HAL
open science

Anthropologie multisituée des économies du risque choléra. Savoirs, pratiques et technologies (Côte d'Ivoire)

Leonard W. Heyerdahl

▶ **To cite this version:**

Leonard W. Heyerdahl. Anthropologie multisituée des économies du risque choléra. Savoirs, pratiques et technologies (Côte d'Ivoire). Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSEN073 . tel-02612648

HAL Id: tel-02612648

https://theses.hal.science/tel-02612648

Submitted on 19 May 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Numéro National de Thèse : 2019LYSEN073

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON
opérée par
l'Ecole Normale Supérieure de Lyon

Ecole Doctorale N° 483

Sciences Sociales (Histoire, Géographie, Aménagement, Urbanisme, Architecture, Archéologie, Science Politique, Sociologie, Anthropologie)

Spécialité de doctorat : Anthropologie
Discipline : Sociologie

Soutenue publiquement le 11/12/2019 par :

Léonard HEYERDAHL

Anthropologie multisituée des économies du risque choléra. Savoirs, pratiques et technologies (Côte d'Ivoire)

Devant le jury composé de :

Francis Akindès, Professeur à l'Université de Bouaké	Rapporteur
Sylvia Chiffoleau, Chargée de Recherche, CNRS	Rapporteure
Fanny Chabrol, Chargée de Recherche à l'IRD	Examinatrice
Jean-Pierre Chauveau, Directeur de Recherche IRD, à la retraite	Examinateur
Jean-Pierre Dozon, Directeur d'Études émérite EHESS-Paris	Examinateur
Frédéric Le Marcis, Professeur des universités à l'ENS de Lyon	Directeur de thèse

Résumé

Le choléra est une maladie entérique antique originaire du delta du Gange, elle devient une maladie-monde à partir de 1817. La victoire sur le choléra est une histoire des pays riches (Bourdelais 2003), dans le Sud global et en Afrique en particulier (Mengel et al. 2014), la bactérie continue de faire carrière au 21e siècle. À l'aune des imaginaires hérités du 19e siècle, les manifestations contemporaines du choléra s'interprètent volontiers comme la marque d'un manque de modernité, qui, dans un contexte de ressources limitées, invitent à la mise en place d'innovations technologiques au cœur de la lutte contre la maladie.

Nous nous intéressons au déploiement de technologies de surveillance et de contrôle du choléra (dont la vaccination) dans le sous-continent. Ce faisant nous discutons comment se pensent et se négocient les dispositifs de surveillance, se construisent les espaces dans lesquels on anticipe le mal (les hotspots) et se maillent les alliances qui livrent les interventions techniques innovantes. Enfin, nous nous intéressons aux bénéficiaires eux-mêmes, à ceux qui vivent dans les hot spots, à leur manière de se représenter la maladie et les stratégies qui leurs sont destinées, à la mise en échelle de différents risques (dont le choléra), leurs stratégies de prévention et leur propre utilisation et réadaptions de technologies existantes dans le cours de ces stratégies.

Notre approche consiste à suivre ceux qui suivent le choléra et qui veulent lui apposer une intervention technologique, et ceux dont on dit que le choléra les suit et qui seraient les bénéficiaires de ces interventions. Nous sommes ce faisant engagé dans une ethnographie symétrique et multi-située (Falzon 2016) et en partie embarquée, dans laquelle l'observation participante s'enrichit d'une participation observante (Fassin 2017).

Mots clé : Choléra, Santé Publique, Savoirs, Anthropologie, Vaccins, Pêche, Côte d'Ivoire

À Catherine Barme et Lionel Massün,

pour leur soutien indéfectible.

À Ernesto Heyerdahl Guerrero,

parti trop tôt.

Remerciements

La thèse est parfois assimilée à une montagne à gravir. Ma dette est grande envers celles et ceux qui m'ont encouragé, tiré, suggéré des passages et enseigné des cadences.

Je tiens à remercier chaleureusement Frédéric Le Marcis, mon directeur de thèse qui depuis le projet de thèse jusqu'à son aboutissement m'aura orienté, motivé, permis d'éviter certaines embuches et enseigné des pas de côtés salutaires et jamais perdus. Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans lui.

J'adresse tous mes remerciements à Francis Akindes, professeur à l'université de Bouaké et à Sylvia Chiffoleau chargée de recherche au CNRS pour l'honneur qu'ils me font en acceptant d'être rapporteurs pour ma thèse.

Je remercie Jean-Pierre Chauveau pour ses conseils prodigués depuis plusieurs années et pour m'avoir accueilli chez lui à Montpellier à l'été 2017, je m'estime très fortuné d'avoir eu accès à sa documentation, à son temps et à ses conseils.

Ma reconnaissance va également à Jean-Pierre Dozon, dont les séminaires à l'EHESS ont stimulé et pour longtemps mes questionnements sur le champ du développement et de la santé globale. Je le remercie, ainsi que Fanny Chabrol d'avoir relu plusieurs de mes chapitres, de m'avoir conseillé dans le cadre du comité de suivi de thèse et d'avoir accepté de faire partie du jury.

Ma gratitude va à Onc' Abbey pour son accueil dans le quartier Zimbabwe et pour ses traits d'humour, à Jean Nguessan de m'avoir hébergé dans son campement non loin de la lagune Aby. Aux différents *bosco* qui ont bien voulu accueillir un anthropologue quelque peu encombrant et maladroit sur leur pirogue *watcha*. Ma reconnaissance va également aux familles qui ont bien accepté ma présence lors de cérémonies importantes. Je remercie mes différents interlocuteurs de

quartier Zimbabwe, des ministères et des organisations internationales de m'avoir accordé leur temps et leurs mots.

Je me sens très fortuné d'avoir eu l'occasion de travailler avec une collègue telle qu'Élise Guillermet que je remercie vivement pour sa bienveillance et pour ses conseils depuis les premiers jours de mon projet de recherche à l'Agence de Médecine Préventive. Je dois la remercier également de m'avoir introduit à la méthode ethnographique sur le terrain et enfin pour ses relectures pertinentes de plusieurs chapitres de ce travail. Mes remerciements vont également à Berthe « Betty » Njanpop Lafourcade, Martin Mengel, Florentina Rafael, Christel Saussier et Federica Joelle, pour leur compagnonnage sur les différents terrains de surveillance et de campagnes vaccinales, de la Guinée au Malawi.

Que Ruby Lecoq, Pauline Claudot, Souley Issoufou Mamane Sani, mes co-doctorants à l'ENS trouvent ici l'expression de ma gratitude pour leur camaraderie malgré la distance.

Je tiens également à remercier les membres de ma famille sans lesquels ce travail aurait été impossible. D'abord Elfie, qui de Paris à Abidjan, en passant par le Loir et Cher m'a toujours soutenu et à Elias mon fils pour sa compréhension et son intérêt de savoir si « j'allais devenir un vrai pêcheur ». Je remercie également tous mes proches, ils se reconnaitront, qui m'ont soutenu et ont supporté ma tendance à parler de maladies entériques en toutes circonstances.

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE 13

PREMIÈRE PARTIE : BRÈVE HISTOIRE DU RISQUE CHOLÉRA 26

Chapitre 1 : Le choléra et la modernité, historiographie d'une relation ambiguë 27

Chapitre 2 : En attendant l'émergence économique : contours du contrôle choléra au 21e siècle 53

DEUXIÈME PARTIE : LE CHARISME ÉVIDENCIAIRE ET LES RÉSERVOIRS DE PERSISTANCE THÉORIQUE, ÉTUDE DE CAS SUR LE *VIBRIO CHOLERAE* 67

Chapitre 3 La naissance d'un doute : Introduction à l'hypothèse du réservoir environnemental du choléra 68

Chapitre 4 : Haïti ou le grand retour de la production de l'ignorance sur le choléra 85

Chapitre 5 : L'épreuve africaine 104

TROISIÈME PARTIE : ÊTRE VULNÉRABLE.
SITUER LE CHOLÉRA DANS UNE ÉCOLOGIE DES RISQUES 118

Chapitre 6 : De sel et de sang. Ancrages socio-historiques de la pêche piroguière sen Côte d'Ivoire 119

Chapitre 7 : Naviguer les incertitudes et prendre en charge le malheur à distance. Pratiques matérielles et technologies des pêcheurs piroguiers fante 134

QUATRIÈME PARTIE : UNE ÉCOLOGIE POLITIQUE DU RISQUE CHOLÉRA 198

Chapitre 8 : Le « génie épidémique » au fondement de la ville coloniale 199

Chapitre 9 : Le choléra au temps d'Ebola. La Côte d'Ivoire post-conflit face aux épidémies 220

Chapitre 10 : La parousie de « Maman Bulldozer ». Logiques d'émergence et persistance des discours épidémiques sur quartier Zimbabwe, Abidjan 270

CINQUIÈME PARTIE : POLITIQUES VACCINALES 299

Chapitre 11 : La longue marche du vaccin 300

Chapitre 12 : À l'ombre du stockpile. Un vaccin entre success-story et sursis 313

CONCLUSION GÉNÉRALE 344

BIBLIOGRAPHIE 362

ANNEXES 382

TABLE DES MATIÈRES 394

Cartes de situation

Carte 1 Situation de la Côte d'Ivoire et du Ghana

Carte 2 Carte d'Abidjan avec annotations des lieux cités dans le corps du texte

Abréviations

ACF	Action contre la Faim
AMP	Agence de Médecine Préventive
ANM	Agence Nationale du Médicament
Cluster	Regroupement d'organisations humanitaires visant à la coordination des efforts
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CTC	Centre de Traitement pour le Choléra
CNLEB	Cellule Nationale de Lutte contre Ebola
FPI	Front Populaire Ivoirien
GAVI	Alliance Global pour Le Vaccin
IHR	International Health Regulations - Règlement Sanitaire International
KAP	Knowledge Attitude Behavior
MSF	Médecins Sans Frontières
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDCI	Parti Démocratique de la Côte d'Ivoire
PEV	Programme élargi de vaccination
SRO	Sels de Réhydratation Orale
Stockpile	Stock de Vaccin
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance

Introduction Générale

Perchée sur un escabeau, Dr Simon choisit sur son étagère murale un carton qu'elle pose délicatement sur son bureau. « Ça c'est les bio cahiers ». Elle en sort plusieurs qu'elle observe quelques instants et qu'elle repose ensuite. Finalement, elle sourit, « C'est celui-là que je trouve délicieux, le tout premier quand je suis arrivée, c'était ça ». Elle lit à la première page « date d'isolement : Avant 1935, avant 1947. Là, c'était des numéros de tiroir, le technicien d'époque recevait les souches avec un certain numéro, donc il notait les numéros qu'il avait reçus. À l'époque on lyophilisait [les souches], et donc en fait, il les rangeait dans des tiroirs ». Dans la pièce adjacente, sur deux étagères murales sont entreposées des centaines de fioles numérotées contenant chacune une souche issue des selles d'un malade de choléra. Certaines de ces souches sont gardées dans le laboratoire depuis près d'un siècle. La scientifique continue de tourner les pages du carnet jauni « 1953, 54, 59 et puis après, c'est comme ça qu'on va voir arriver les souches africaines. Alors 70 ! Voilà, là on commence, 70. Qu'est-ce qu'on a ? Guinée » En hochant la tête, elle énonce après avoir pris sa respiration : « Guinée, Abidjan, Angola, Addis-Abeba et puis après Mali, Côte d'Ivoire, Liban, Sierra Leone, Niamey, Libéria et puis voilà ! Et on suit comme ça finalement toute l'histoire [elle feuillette] ». Dr Simon parcourait à voix haute les pages du carnet et refaisait ainsi l'histoire de la progression géographique du choléra en Afrique, ou du moins des pays qui avaient envoyé au laboratoire français où nous nous trouvions leurs premiers échantillons de souches du choléra.

C'était dans ce même laboratoire que, plus d'un siècle plus tôt, Haffkine avait développé le premier vaccin contre le choléra. La maladie, qui, tout au long du 19e siècle, avait fait des ravages principalement en Europe, en Asie et en Amérique du Nord, avait finalement disparu des pays industrialisés grâce à la mise en place de réseau d'eau et de travaux d'assainissement. Dès lors, les laboratoires européens, dont l'Institut Pasteur, tournèrent graduellement leur regard et leurs dispositifs vers les tropiques, « colonisant le système colonial » (Latour 2001). Le choléra était en effet redevenu une maladie tropicale, concentrée avant tout en Asie du Sud Est pendant la première moitié du 20e siècle. Puis au tournant des années 1960, une nouvelle souche de choléra émergea

des îles Célèbes, qui donna lieu à une septième vague pandémique. L'Afrique, jusque-là épargnée va devenir l'un de principaux lieux de survenue des épidémies. À partir de 1970, et en moins d'un an, c'est tout le continent qui est concerné par cette « nouvelle » maladie. Depuis près d'un demi-siècle, le continent africain est, avec l'Asie du Sud Est, la région la plus affectée par la bactérie. Dans la région des Grands Lacs, et notoirement à l'est de la République Démocratique du Congo, les flambées de choléra sont très fréquentes et la maladie y est considérée comme *endémique*. Ailleurs, le choléra apparait surtout sous forme de flambées brutales, mais souvent limitées dans le temps, elles y sont dites *épidémiques*, revenant le plus souvent avec des intervalles de plusieurs années et souvent à la saison des pluies. C'est notamment le cas en Afrique de l'Ouest. La Côte d'Ivoire par exemple, connaît des flambées espacées généralement de deux à 6 ans et concentrées sur les zones urbaines de la côte.

Depuis la fin du 20e siècle, le choléra[1] fera également deux retours très remarqués sur le continent américain. Une première fois entre 1991 et 1993 par une épidémie partant des côtes du Pérou et s'étendant à l'ensemble des pays d'Amérique latine, exception faite de l'Uruguay et des Caraïbes. L'OMS estime que près d'un million de cas surviennent alors[2]. Puis le choléra disparait à nouveau du continent américain pendant deux décennies, avant de réapparaître à Haïti en 2010, à la suite du tremblement de terre. Cette épidémie fera près de dix mille morts en dépit de la présence massive d'organisations médicales exerçant sur place. Une mortalité aussi importante, ainsi que la controverse sur son importation par les Casques bleus, feront, dans le domaine public international, l'objet d'une attention et d'une intensité devenues rares pour le choléra[3].

Maladie ancienne, maladie honteuse, maladie négligée, le choléra fait donc partie des épidémies terrassées au Nord (Bourdelais, 2003), mais il constitue dans le Sud global un phénomène persistant qui provoque entre 3 et 5 millions de malades par an et environ 200 000 morts (Mengel, Delrieu,

[1] La notion d'épidémie de choléra, et de présence de la bactérie est sujette à caution. Des pays tels que les États-Unis ou la France qui n'ont pas connu d'épidémies de choléra depuis un siècle, comptent bel et bien des cas (importés) chaque année. Il n'y a dès lors pas lieu de parler d'épidémie, bien que dans d'autres régions, il est souvent considéré « qu'un cas de choléra (confirmé par laboratoire) signifie une épidémie ».

[2]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8544225 consulté le 12 juin 2018

[3] Mis à part Haïti la couverture des épidémies de choléra reste très limitée sauf pour la RDC (Goma) parmi des réfugiés du génocide rwandais en 1994 ; Pérou en 1992 . Soit des épidémies survenues en marge d'événements catastrophiques déjà fortement couverts par les médias internationaux (pour Haiti, DRC/Rwanda) ou une épidémie dans un lieu insoupçonné (le Pérou).

Heyerdahl, & Gessner, 2014). Le phénomène choléra, bien qu'il ait depuis longtemps abandonné le statut de menace épidémique pour le Nord, s'inscrit toutefois dans le champ de la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes dont les pratiques institutionnelles sont en phase d'évolution rapide. En effet, les zoonoses récentes telles qu'Ebola, le Sars ou encore le Zika et les épidémies qui suivirent, ont familiarisé le grand public avec ce qui constitue un tournant important des politiques actuelles de la *Global Health* : la surveillance et l'anticipation des épidémies. Ce tournant se traduit par le développement et la mise en place de technologies de suivi et d'anticipation qui visent à gérer le risque à l'échelle globale.

Avant d'être un objet d'étude, le champ de la surveillance et du contrôle du choléra a été pour moi le champ d'une pratique. Fin 2010 j'ai été embauché à l'Agence de Médecine Préventive (AMP), une association française fondée en 1972 qui œuvre dans le domaine de l'appui technique à la vaccinologie[4] auprès de ministères de la Santé en Afrique. Mon rôle en tant que *gestionnaire des opérations* est alors de mettre en place et de gérer le Réseau africain de Surveillance du Choléra (Africhol), un projet financé pour près de 10 millions de dollars par la fondation Bill et Melinda Gates, initialement prévu dans 8, puis 12 pays d'Afrique subsaharienne.

Le projet Africhol visait à produire quotidiennement, et pendant plusieurs années, des données de surveillance à granularité fine (une surveillance basée sur des cas individuels), confirmées par laboratoire et comparables entre plusieurs pays africains porteurs du projet.

Au sein de chaque zone de surveillance identifiée, tous les centres de soins publics disposaient de personnel formé à remplir un formulaire détaillé et à prendre des échantillons de selles pour chaque malade dont l'état concordait avec la définition clinique d'un cas suspect de choléra. Un fond commun aux différents pays permettait également de mettre en place des enquêtes de flambées hors des zones de surveillance. Les échantillons étaient ensuite acheminés vers un laboratoire régional qui se chargeait de tester la présence du choléra sur des cultures (TCBS), le laboratoire national se chargeait du contrôle qualité du ou des laboratoires régionaux et d'extraire et de stocker

[4] Le concept de vaccinologie est développé par Jonas Salk et Charles Mérieux « *La vaccinologie ne consiste pas uniquement à inventer de nouveaux vaccins. Elle doit prendre en compte tous les aspects biologiques, épidémiologiques, socio-économiques, logistiques, éducatifs, éthiques et médiatiques qui concourent à l'amélioration de la protection vaccinale de toutes les populations humaines* » également cité dans (Salion, 2009)

les éventuelles souches du choléra. Chaque mois, un coordinateur national était chargé de partager la base de données de surveillances au gestionnaire de données d'Africhol, basé au Burkina Faso ainsi qu'un rapport d'activité épidémiologique. Pendant plusieurs années, j'ai été chargé de compiler tous les mois les rapports des pays et de préparer la première mouture du rapport unifié à partager avec la fondation Gates. Un consortium Africhol a également été créé, de façon à regrouper les représentants des pays participants et certains acteurs non étatiques du camp de la santé globale (tels que l'OMS, le CDC des organisations régionales africaines et des universités américaines et européennes). Ce groupe se réunissait le plus souvent une fois par an pour la présentation et la discussion des résultats de surveillance des différents membres.

On est en droit de questionner l'utilité de ces dispositifs. Une surveillance renforcée offre certes des possibilités dans le registre d'action de la *preparedness* : la détection précoce des épidémies facilite une réponse immédiate par et pour les ministères de la Santé. Le dispositif permettait également de décrire certains aspects de la dynamique de la maladie sur le continent, ouvrait la possibilité d'identifier des facteurs de risque (et potentiellement des activités et des groupes à risque) et d'analyser les particularités microbiologiques des différentes souches en circulation[5].
Toutefois, l'objectif principal du projet était surtout de pouvoir mieux établir un indicateur clé de la santé publique, celui du « poids » (*burden* en Anglais) du choléra dans les pays et grâce à des pondérations dont l'épidémiologie a le secret, au niveau du continent africain. Dans l'appel à projet, puis dans les différents documents-cadres de celui-ci, la mesure de cet indicateur était jugée nécessaire pour la mise en place de dispositifs de lutte contre la maladie, « dont les vaccins ». Cette prédilection pour le vaccin est une des marques de fabrique de la Fondation Gates, qui, dès ses débuts, fut à l'origine de la création de *l'Alliance pour les Vaccins* (GAVI). L'AMP étant connue pour sa spécialisation en vaccinologie en Afrique de l'Ouest, il était logique que la Fondation Gates la choisisse comme maître d'œuvre pour la mise en place du projet Africhol[6]. L'activité de

[5] La granularité fine des informations épidémiologiques récoltées ouvrait également la possibilité d'une analyse de la distribution géographique de la maladie, avec l'utilisation des points GPS des cas, croisés avec des analyses phylogénétiques des souches. Enfin, des tests de résistance sur les souches permettent de déterminer quels antibiotiques seraient les plus efficaces en clinique pour les différentes souches en circulation.
[6] L'AMP va connaître à partir de 2006 une croissance forte impulsée par des projets de la fondation Gates et de Gavi, passant d'une vingtaine d'employés à plus de cent dix en moins de dix ans. Cette croissance signifiait aussi une plus grande dépendance. Après que, pour des raisons diverses, ces bailleurs eurent redirigé leurs financements vers des acteurs institutionnels concurrents, l'association française finit par déposer le bilan en janvier 2018. Cette thèse n'abordera pas ce naufrage institutionnel de manière directe, mais celui-ci fait partie de la toile de fond de sa réalisation.

surveillance se place donc ici dans le cadre d'une *Evidence Based Medecine (EBM* parfois appelée *médecine des preuves* en français*)* — centrée sur la production de données (les « preuves ») quantitatives pour guider la pertinence d'une intervention en santé publique. Ici, en l'occurrence, une intervention orientée vers le biomédical : le vaccin, plutôt que des améliorations plus classiques en eau et assainissement[7].

C'est au cours des différentes missions de mise en œuvre des systèmes de surveillance, puis des premiers résultats que les premiers récits émergent qui désignent les pêcheurs piroguiers comme population à risque en ce qui concerne le choléra. Ce fut, pour commencer, le rapport d'investigation de la flambée de Kaback en Guinée, début 2012, qui faisait référence à une épidémie qui se déclencha parmi les pêcheurs qui font la navette entre la Guinée et la Sierra Leone. Une mission conduite dans les localités affectées, dont l'île de Kaback, avait pour but d'appuyer la surveillance pendant que s'y déroulait la première campagne réactive contre le choléra d'Afrique[8]. Elle fut aussi l'occasion de récolter des témoignages similaires de la part des personnels du ministère de la Santé et des agents de santé opérant dans les localités affectées. Des récits semblables nous sont rapportés, suite à une autre mission en Côte d'Ivoire, toujours en 2012, par des personnels de surveillance de l'hôpital général de Port Bouët, situé au sud d'Abidjan, la capitale économique du pays. Certains des personnels médicaux ivoiriens dressent ainsi un profil sans conteste identique des groupes vulnérables au choléra : il s'agissait également de pêcheurs piroguiers, majoritairement ghanéens, qui, allant en haute mer et séjournant dans les pays voisins, en ramenaient régulièrement le choléra. Dans la même année, des résultats similaires firent leur apparition dans les rapports d'investigation épidémique du Togo, ou encore de la République Démocratique du Congo. Cette identification des pêcheurs piroguiers comme groupe à risque dans les rapports d'investigation et le récit des responsables de surveillance ou de soin se renouvela dans les années qui suivirent en Tanzanie, au Kenya, en Ouganda, au Malawi et en Zambie.

[7] Ces dernières peuvent pourtant bénéficier également d'une mesure plus précise du nombre de maladies (l'*incidence*) et du « poids » du problème cholera. Elles auront toutefois toutes les peines du monde à justifier, toujours dans le modèle de la médecine des preuves, l'efficacité de leurs interventions cf. chapitre 12

[8] Une campagne vaccinale est réactive si elle est mise en place en tant que stratégie de contrôle d'une épidémie en cours parmi la population concernée ; elle est préventive si elle vise à empêcher l'advenue de cas dans une population qui n'en compte pas encore.

Le récit de cette vulnérabilité des pêcheurs était par contre assez peu reflété dans la littérature contemporaine et semblait être une donnée absente des programmes de la lutte contre le choléra. Tout se passait comme si les pêcheurs n'existaient pas officiellement comme une « population clé », comme il peut y en avoir, par exemple, dans le cadre de la lutte contre le sida[9]. Au contraire, loin des terrains affectés, le choléra semblait être construit dans une description englobante de maladie du passé, maladie « des mains sales », laquelle, si bien elle affectait « les plus pauvres », ne semblait pas faire de discrimination parmi ceux-ci.

Intrigué par ce décalage entre les récits du terrain sur la surveillance du choléra et de la construction du choléra dans la littérature et les programmes de lutte contre ce fléau, je décidai, avec le soutien de mes collègues, de monter un projet de recherche visant à comprendre les déterminants sociaux de cette vulnérabilité parmi les pêcheurs. Mes collègues épidémiologistes et biologistes, quant à eux, s'intéressaient à la quantification du nombre de cas parmi ces groupes, ainsi qu'à la surveillance dite environnementale faisant usage d'analyses microbiologiques des intestins des poissons et des points d'eau, dans le but de retracer une éventuelle souche cholérique environnementale à la base de la contamination des pêcheurs[10]. Un sous projet « pêcheurs » est ainsi né dans le cadre du d'Africhol, et nous avons rapidement pu compter sur la validation des bailleurs et des partenaires africains quant au financement et à la collaboration de ces activités « auxiliaires ».[11]

Sous la supervision technique de mes collaborateurs anthropologues et épidémiologistes nous avons préparé une étude qualitative sur la perception du choléra, en choisissant pour site le quartier de Vridi 3, dit Zimbabwe, situé dans la zone portuaire d'Abidjan. Une fois acquises les autorisations institutionnelles ivoiriennes et que, les financements nécessaires furent assurés, je partis m'installer en Côte d'Ivoire ou siégeait le bureau régional de l'AMP. Progressivement, entre

[9] Principalement du fait de la mobilisation des groupes sociaux particulièrement affectés (et avant tout stigmatisés)

[10] Une partie de ces travaux épidémiologiques sont publiés, voir (Bwire et al., 2017) concernant l'Ouganda en particulier.

[11] Voir l'intérêt de la Fondation Gates dans un billet de blog concernant spécifiquement le quartier de pêche de Vridi 3 (dit également quartier Zimbabwbe) qui constituera mon terrain principal : http://www.impatientoptimists.org/en/Posts/2012/12/Why-Fisherman-amp-Data-are-Key-for-Combating-Cholera, consulté le 1er juin 2019.

2013 et 2016, je fis une transition de la gestion de projet à l'anthropologie médicale, parallèlement à une formation universitaire[12].

Dès le début des années 2010, le champ de la recherche et du contrôle du choléra connut un profond bouleversement avec l'arrivée du vaccin anticholérique, le *Shanchol* dont l'utilisation sera recommandée par l'OMS en 2011 et utilisé pour la première fois en contexte épidémique en Haïti puis en Guinée en début 2012. En prolongement des activités de surveillance, j'ai eu l'occasion de travailler à l'évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité de ce nouveau vaccin dans le cadre d'un autre projet financé par la fondation Gates et sobrement appelé Vaxichol. L'obtention de ce projet fut pour moi l'occasion de participer aux interventions liées à l'introduction de ce vaccin dans différents pays. Celles-ci se déployaient dans des aires qui recoupaient largement les zones de la surveillance renforcée du choléra et qui étaient de plus en plus fréquemment appelées des zones « hotspots » du choléra. Cette thèse se nourrit donc de mes expériences en tant que gestionnaire de surveillance et d'anthropologue auprès des groupes à risque, mais aussi en tant qu'anthropologue embarqué dans le déploiement des vaccins dans les hotspots du choléra. Ce qui constitue autant de pas de côté successifs qui ont fait passer mon rapport au choléra, du statut de pratique de son contrôle à celui d'objet d'étude.

Notre questionnement est le suivant : si le choléra est une maladie vaincue au Nord, comment surveille-t-on et gère-t-on le choléra aujourd'hui au Sud ? Plus particulièrement, quelles logiques sous-tendent la production des savoirs sur la maladie et les dispositifs de son contrôle ?

Quelles frictions, réadaptations et contournements découlent de leur application dans les zones décrites comme des *hotspot*, qui recouvrent des espaces sociaux situés historiquement et tributaires de logiques propres ? Comment les groupes à risque, qui résident dans ces *hotspots*, négocient-ils avec le risque choléra et avec leur statut ? Quel monde émerge des rencontres advenues à la faveur du *hotspot* ?

[12] J'ai suivi la formation de Master de Sociologie recherche à l'Université de Caen, auparavant j'avais suivi plusieurs séminaires méthodologiques et théoriques de l'EHESS, je suis particulièrement redevable à Jean-Pierre Dozon et Laeticia Atlani-Duault pour leur séminaire *Du développement à l'aide humanitaire et internationale. Anthropologie d'une reconfiguration politique*.

Notre approche nécessite de faire appel à des domaines différents de la littérature : L'histoire du choléra, la sociologie du risque, les science studies[13], l'anthropologie médicale et les études critiques de la santé globale, la sociohistoire des pêches piroguières en Afrique de l'Ouest, l'Histoire de la Côte d'Ivoire.

Nous avons ainsi mené une revue de littérature en trois volets. La première porte sur l'histoire du choléra au 19e siècle en Europe et l'histoire du choléra en Afrique depuis l'arrivée de la 7e vague pandémique en 1970 (Echenberg 2011 [...]). L'histoire du choléra renseigne sur les imaginaires hérités de la maladie, qui sont centraux dans la construction du phénomène par les acteurs internationaux et qui sous-tendent une économie morale de la parole sur la maladie dans les terrains affectés.

Le modèle de la société du risque, proposé par Beck (1992, 2009) offre une lecture heuristique d'un monde tout autant (pré) — occupé à énoncer les risques perçus qu'à déployer des technologies pour y faire face et produire, dans le même geste, des effets inattendus. Les reconfigurations à l'œuvre dans le paradigme énoncé de la *Global Health* (Brives, Le Marcis, & Sanabria, 2016 ; Lakoff, 2010) cadrent bien avec la *société du risque* en ce qu'elle mêle santé, soin et biosécurité et d'autre part propose, par l'intermédiaire de ses acteurs emblématiques (par exemple la Fondation Gates), des modèles de résolution du malheur et de gestion des risques orientés par des solutions technologiques innovantes (vaccins, objets connectés, santé par SMS, etc.).

Les s*cience studies* offrent l'outillage nécessaire pour mener à bien l'analyse des pratiques au sein des interventions innovantes et permettent de penser les chaînes de traduction (Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001 ; Latour, 2001) des bailleurs aux labos, des labos au « grand monde » en péril (Ibid). Ils permettent de dégager les efforts d'intéressement, d'association d'idées, d'interventions visant à aborder les grands risques construits dans le cadre de la Global Health.

Le deuxième volet concerne l'anthropologie médicale, en particulier la littérature portant sur les étiologies locales, les nosologies populaires et les représentations de l'infortune et du malheur ainsi que la compréhension des stratégies de prévention et de soin opérés par ceux qui font face à la maladie (Bonnet & Yaffré, 2003 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 1999).

[13] Aussi dénommée sociologie de la traduction

Enfin, le développement de la pêche artisanale en Afrique de l'Ouest (Chauveau, Jul-Larsen, & Chaboud, 2000) et la littérature sur l'intégration des pêcheurs du groupe ethnique Fante dans le contexte ivoirien facilitent la contextualisation de l'expérience de mes interlocuteurs dans le cadre politique dense et tendu de la société ivoirienne post-Houphouëtienne (Chauveau & Dozon, 1988; K. Delaunay, 1995).

Méthodologie

Notre thèse s'appuie sur une recherche ethnographique de cinq années menées parallèlement auprès de pêcheurs piroguiers « Fante », en Côte d'Ivoire ainsi qu'au sein des programmes de surveillance et d'introduction vaccinales tentés ou déployés en Côte d'Ivoire (Institut National D'Hygiène Publique), en Guinée (Département de Lutte Contre la Maladie) et au Malawi (*Polytechnic College of Blantyre*).

Notre approche consiste à suivre autant ceux qui suivent le choléra et qui veulent lui appliquer une intervention technologique, que ceux dont on dit que le choléra les suit et qui seraient les bénéficiaires de ces interventions. Ce faisant nous sommes engagés dans une ethnographie symétrique, multi-située (Falzon, 2016) et en partie embarquée, dans laquelle l'observation participante « s'enrichit d'une participation observante » (Fassin 2017).

L'observation participante réalisée a consisté à prendre part aux réunions de conception des protocoles de surveillance renforcée (Paris, Genève, Abidjan, Nairobi), à la mise en place des systèmes de surveillance, puis aux campagnes vaccinales en tant que représentant de l'Agence de Médecine Préventive (AMP) (déployées en Guinée et au Malawi ; avortées en Côte d'Ivoire), ainsi qu'à participer aux campagnes de pêche maritime des « Fante » vivant sur la lagune d'Abidjan. Sur ces terrains, les observations ont été accompagnées par des entretiens formels et informels avec les acteurs.

Les terrains

L'ethnographie auprès de pêcheurs piroguiers a été conduite sur plusieurs épisodes de 2014 à 2018 à Abidjan et au large des côtes ivoiriennes[14]. Ce terrain a été l'occasion de suivre des familles et des *companies* de pêche piroguière partagées entre le Ghana et la Côte d'Ivoire sur le long court, me donnant accès aux récits de vies marquées par la migration et la pratique matérielle de la pêche en haute mer.

L'ethnographie des technologies de surveillance a été conduite de 2014 à 2017, mais elle s'appuie également sur mon expérience professionnelle en tant qu'acteur de la surveillance depuis 2010. Elle m'a donné accès à la culture épistémologique des experts en charge de mesurer les maux et de déterminer les vulnérabilités, de construire les espaces à risque et leur permutation en concept opératoire de *hotspot*.

L'ethnographie des campagnes de vaccination a été conduite en 2014 et 2017, elle a consisté en la participation observante de la mise en place des interventions et des dispositifs de production du savoir qui entoure les campagnes de vaccinations au sein des *hotspots*. Les campagnes de vaccination contre le choléra se sont déroulées pendant cette période en Zambie, au Malawi et au Mozambique. Il s'y ajoute mon support technique à l'introduction de la vaccination en Côte d'Ivoire et au Ghana, où cependant elles ne seront pas mises en œuvre. Cette ethnographie s'appuie également sur une expérience précédente en tant qu'acteur de la surveillance mobilisé pour appuyer la première campagne de vaccination réactive d'Afrique qui eut lieu en Guinée début 2012.

Cet accès privilégié m'a permis d'observer au plus près la négociation de l'innovation face aux stratégies classiques (eau, assainissement), ainsi que la construction stratégique de l'autre vulnérable au cours d'entreprises de valorisation des interventions dites innovantes.

[14] Deux terrains furent menés dans le cadre d'Africhol en 2014 et 2016. Un troisième fut réalisé dans le cadre exclusif de ma thèse entre 2017 et 2018. Chacun de ces terrains a fait l'objet d'un passage validé au comité d'éthique de la Côte d'Ivoire.

Des entretiens supplémentaires concernant les dispositifs de surveillance et les interventions vaccinales ont été conduits en 2018 auprès d'acteurs clé (OMS, MSF, Institut Pasteur, ministères de la santé au sud).

Plan de la thèse

Dans une première partie, le poids des imaginaires perçus du choléra sur la pratique du contrôle est envisagé. L'avènement du choléra monde à partir de 1817 et son impact sur la pratique médicale et la naissance d'une épidémiologie moderne au 19e siècle y sont retracés. (Chapitre 1). La façon dont se pensent et se négocient les dispositifs de surveillance est ensuite discutée. Comment se construisent les espaces dans lesquels on anticipe le mal (les *hotspot*) et comment se maillent les alliances qui délivrent les interventions techniques innovantes à l'aune de ces imaginaires hérités d'un choléra vaincu au Nord ? Les manifestations contemporaines du choléra s'interprètent volontiers comme la marque d'un manque de modernité. Elles incitent d'une part à la production de l'ignorance sur la maladie et d'autre part, interviennent dans un contexte de ressources limitées, invitent à la mise en place d'innovations technologiques au cœur de la lutte contre la maladie. Ce faisant nous discutons comment se pensent et se négocient les dispositifs de surveillance, se construisent les espaces dans lesquels on anticipe le mal, « les *hotspots* », et se maillent les alliances qui livrent les interventions techniques innovantes (Chapitre 2).

La deuxième partie aborde la controverse principale traversant le champ de la recherche sur le choléra depuis plusieurs décennies, celle de l'existence de réservoirs environnementaux du choléra (Chapitre 3). Cette hypothèse scientifique fait l'objet d'une capture par des enjeux politiques plus larges et participe à la production de l'ignorance sur l'origine de l'épidémie de choléra d'Haïti de 2010 (Chapitre 4). Cependant les croyances qui sous-tendent l'hypothèse environnementale atteignent leurs limites dans le cadre d'une revanche des contextes épidémiques en Afrique (Chapitre 5).

Le vécu du phénomène choléra au niveau des groupes identifiés comme « à risque » en Côte d'Ivoire, ceux qui *vivent* dans les « hotspots », fait l'objet de la troisième partie. L'histoire de

l'installation des groupes de pêcheurs piroguiers dans la société ivoirienne et leur positionnement en tant « qu'autres étrangers » dans le cadre de la crispation qu'a connu le pays depuis la mort du président Houphouët Boigny est d'abord discutée (Chapitre 6). Ensuite les différents risques auxquels les pêcheurs piroguiers font face au sein du « hotspot » du quartier Zimbabwe sont mis en exergue, la place qu'occupe le choléra dans cette écologie des risques est discutée, les institutions fante visant à réduire l'incertitude et à prendre en charge la maladie, la mort et le malheur à distance sont décrites et analysées (Chapitre 7).

La quatrième partie porte sur l'économie politique du risque choléra en Côte d'Ivoire. L'histoire du risque épidémique dans la matrice symbolique et matérielle de la création de la ville coloniale puis postcoloniale est d'abord retracée (Chapitre 8). Ensuite, la question du choléra au temps d'Ebola est discutée, et particulièrement les bruits et silences épidémiques qui le caractérisent. Le contexte de la Côte d'Ivoire post conflit aspirant à une paix sociale médiatisée par l'émergence économique est ici crucial pour comprendre la façon dont le choléra est pensé à cette époque (Chapitre 9). Enfin la persistance des discours épidémiques et la mobilisation des stigmates du choléra comme des débris de la surveillance et du contrôle qui prolongent la lutte pour l'espace et les ressources disputés aux « autres étrangers » font l'objet d'une analyse conclusive (Chapitre 10).

La cinquième partie aborde l'avènement du vaccin anticholérique. Après une présentation de l'histoire longue d'un vaccin hérité des premières heures pasteuriennes (Chapitre 11) son ascension irrésistible est analysée. Le vaccin est un outil de contrôle dans une santé globale compartimentalisée, acquise aux solutions sociotechniques adaptées aux impératifs quantitatifs de la médecine des preuves et mené par des acteurs « pragmatiques » revenus des promesses d'un monde proche ou l'eau et l'assainissement seraient accessibles à tous (Chapitre 12).

Reposant sur une ethnographie de longue durée (5 années), nos travaux consistent en une anthropologie symétrique, multisituée, à la fois anthropologie des techniques, du risque et de la santé dans une perspective d'analyse politique. Se nourrissant de terrains difficiles d'accès, nos travaux viennent combler un déficit de connaissances sur le rôle des technologies et des procédés d'innovations appliqués en Afrique contre les maladies épidémiques et largement inspirés par les nouveaux acteurs de la santé globale telles que la fondation Gates. Cette anthropologie permet de révéler les constructions globalisées du risque en prêtant attention à la fois à la façon dont elles transforment le monde et comment elles sont elles-mêmes transformées par les contextes locaux

qu'elles rencontrent. Finalement, elles donnent à saisir la question du risque comme *objet frontière* et *objet de friction* permettant de saisir comment se construit un monde commun. Nos travaux participent ainsi à un champ de recherche en expansion qui concerne les technologies du *Global Health*.

Première Partie : Brève histoire du risque choléra

Chapitre 1 : Le choléra et la modernité, historiographie d'une relation ambiguë

1. Avènement du choléra-monde

En 1817, des nouvelles inquiétantes parviennent de Jessore, une ville reculée de la province du Bengale. Un mal mystérieux y a fait 6 000 morts en quelques semaines. Les locaux l'appellent le *mordéxi* ou *mordéchi* ; cette maladie, rebaptisée Mort de chien par les Européens qui en seront victimes ou témoins, va se propager le long des rives du Ganges puis gagner l'ensemble de la péninsule Indienne. Pour la première année, 150 000 personnes périssent dans la compagnie des Indes (Buet 1831). À la suite de Madras, Bombay, Lucknow, le choléra fera irruption au Tonkin, dans la Cochinchine, au Siam, en Chine, au Japon, aux Philippines. À l'Ouest, le choléra touchera la Syrie, l'Iraq actuel, une partie de la Turquie. À chaque apparition, la maladie choléra causera des pertes importantes en vies humaines, Bagdad perd un quart de sa population en moins d'un mois. Le choléra va également toucher quelques îles éloignées du Pacifique, telles que l'actuel Zanzibar en Afrique de l'Est, puis l'Ile Maurice, qui en six semaines, perd 20 000 personnes sur une population totale estimée à 70 000. Selon les rumeurs de l'époque, c'est le Topaze, navire de commerce en provenance de Ceylan (Sri Lanka), où la maladie régnait alors, qui était à l'origine du transbordement du mal (Keraudren 1831). Malgré des quarantaines strictes, l'île de Bourbon, voisine de l'île Maurice, ne peut empêcher l'importation de la maladie, mais on n'eut à déplorer « que » 275 morts. Ce différentiel de mortalité, cette capacité à avancer malgré les mesures contraignantes forgèrent rapidement la réputation d'un mal aussi redoutable qu'imprévisible. Les rapports de l'époque, les monographies qui suivirent et les analyses historiques contemporaines font peu de mystère quant aux routes qu'empreinta le choléra : il s'agit en premier lieu des routes commerciales terrestres et maritimes ; des mouvements de troupes (à pied, cheval ou en bateau à vapeur) et dans une moindre mesure des grands pèlerinages.

Bien que présentée comme un mal redoutable, cette maladie épidémique ne semble cependant pas inquiéter outre mesure les sociétés européennes, du moins tant que le mal semblait relégué aux contrées exotiques (Hempel, 2006). Dans une certaine mesure, nombreux étaient ceux qui en Europe, se pensaient protégés par leur « haut degré de civilisation », comme le dira un médecin français contemporain cité par Bourdelais (2003, p. 79). Ce rapport à un objet dangereux, mais exotique commence à changer pendant la deuxième vague pandémique, lorsque la barrière psychologique de la Russ e est franchie à la fin des années 1820 et que le choléra semble pouvoir basculer en Occident (Hempel, 2006). On retrouve une trace de cette variation « kilométrique » de l'intérêt pour le mal dans la place prise par le mot *choléra* dans le corpus de la littérature produite à l'époque (figure 1). Si la première pandémie de 1817 à 1823 semble avoir eu peu d'incidence sur l'intérêt du sujet (même en comptant les délais de publication), celui-ci grimpe très fortement à partir de 1830.

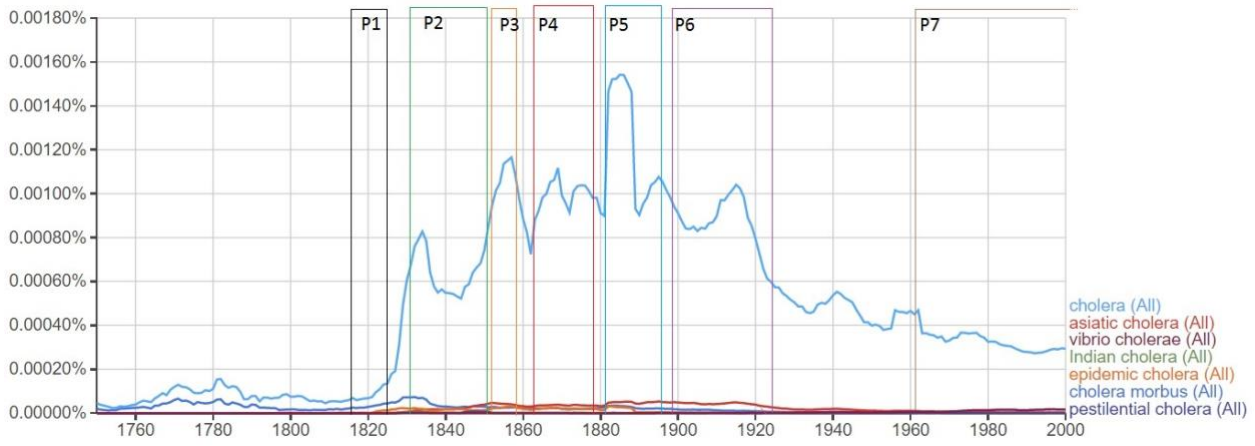


Figure 1 Fréquences d'utilisations relatives du terme « cholera » et des sous-appellations (voir Figure 2 pour le détail) dans le corpus d'ouvrages publiés entre 1750 et 2000 et numérisés par Google. Périodes des vagues pandémiques ajoutées par l'auteur (P1 à P7). Google Ngram 13 avril 2017

Cette année-là, le choléra parvient à percer l'hiver russe et parcourt les plaines du Caucase pour atteindre Moscou à l'automne, à la faveur de mouvement de troupes impériales œuvrant à la stabilisation régionale suite à la révolution de juillet (Buet, 1831). Le choléra va rapidement se répandre en Europe. De Moscou, il part vers le Sud et l'Ouest, et atteint la cité impériale de Saint-Pétersbourg en juin 1831. Suivent ensuite et dans la même année Berlin, atteinte par les canaux, puis Vienne et Hambourg et enfin, en octobre, la petite ville côtière de Sunderland, en Angleterre, laquelle compte ses premiers malades parmi des marins et des employés du port (Hempel, 2006).

En 1832 le choléra atteindra Londres en février, puis en juin, par les ferrys et malgré les quarantaines imposées au large de leurs ports, Montréal et New York. Le mal va alors se déplacer sur tous les chemins de fers et les bateaux à vapeur qui font la fierté des Américains (Rosenberg, 1987). Cette propagation du mal par les routes commerciales et les mouvements de troupes impériales au moyen de transports modernes est un trait principal des pandémies de choléra au 19e siècle. L'avènement des bateaux à vapeur, « fleurons de la modernité », va jouer un rôle crucial dans la distribution des germes à travers le monde (Chiffoleau, 2011). Si des traces de la maladie semblent subsister de toute antiquité dans certaines régions du sud Est asiatique (Pollitzer, 1959), l'avènement du choléra monde est une affaire résolument moderne.

Figure 2 « La barbarie et le choléra morbus entrant en Europe : Les Polonais se battent, les puissances font des protocoles et la France… », Raffet, Auguste, 1831

2. Peur bleue sur la ville : des étiologies sous influence

La première année de son arrivée en France, l'épidémie de choléra va provoquer 100, 000 morts. Les corps médicaux et politiques, qui s'étaient intéressés à la maladie et avait envoyé des émissaires enquêter dans les capitales de l'Est, en étaient revenus avec des informations contradictoires. Nombreuses étaient les théories sur les modes de propagation du mal. On peut cependant les

classifier en deux écoles principales. Les contagionistes, inspirés par la théorie des germes et les néo-hippocratiques qui pensaient le mal comme étant le produit de l'environnement. Pour ces derniers, l'air en particulier, jouait un rôle majeur dans la propagation de la maladie. On retiendra leur attachement à la théorie des miasmes. Mais, comme le note l'historien Bourdelais (2003), les populations, elles, semblaient acquises et depuis le haut moyen âge, à la théorie de la contagion, dans laquelle le contact et la contamination entre les hommes étaient la source principale de l'épidémie. Certains médecins en ce début du 19e siècle étaient aussi dans le camp de la contagion. Les mécanismes de protection contre les épidémies, héritées des pestes moyenâgeuses et largement construites autour de cette conception de la contagion, furent mis en travers de la route du choléra, sans toutefois parvenir, du moins lors de la deuxième pandémie, à en arrêter la marche. Maladie nouvelle et qui provoquait la mort de la moitié des malades, apparaissant comme un « coup de hache au ventre » et capable de tuer un homme dans la force de l'âge en quelques heures. Le choléra laisse des morts recroquevillés et déshydratés au point de donner à la peau fripée des mourants un reflet bleu surréel. La *peur bleue* embrase les villes.

Incrédulité, rumeurs et violences sociales

La population n'accepte d'abord pas la réalité de l'épidémie. Dans un contexte de forte tension sociale en Europe, les rumeurs se développent quant à la source *réelle* du mal. Avec la nouvelle de l'arrivée de la maladie, et précédant les premiers malades, une lecture politique du mal est faite par de nombreux acteurs sociaux. Ainsi, nombreux sont ceux qui, en France, pensent que le choléra n'existe pas et serait en fait un poison répandu par des individus à la solde du gouvernement, pour « en finir avec les pauvres ». Certains représentants de l'ordre concordent sur le rôle des empoisonneurs, mais pensent au contraire qu'ils sont à la solde des révolutionnaires qui cherchent à créer la panique dans le pays (Bourdelais, 1988, p. 38).

Ces rumeurs culminent dans le lynchage de personnes au comportement jugé suspect, errants ou badauds, dans différentes villes de France. Certains médecins aussi, suspectés de s'être alliés au bourgeois pour tuer les pauvres, sont pourchassés ; un étudiant en médecine est poignardé et jeté dans la Seine (Ibid, p. 39).

L'annonce de la mort du Premier ministre par le choléra, et la constatation que le mal touche toutes les classes sociales fait finalement taire les rumeurs sur les empoisonnements (Bourdelais, 2003, p. 96). Par contre ces violences vont faire leur retour au cours des différentes vagues épidémiques qui vont submerger l'Europe à la suite de 1832 : en 1848, 1854, 1866 et dans une moindre mesure en 1892. Ces violences s'exprimeront particulièrement lorsque les mesures de prévention du mal, telles que les quarantaines, mais aussi l'isolement des patients, ou encore l'enterrement des morts, seront jugées insupportables par les populations.

Ainsi, il est courant en France et ailleurs que des malades ne soient arrachés des brancards qui les accompagnent vers les hôpitaux de cholériques. La suspicion envers les médecins gonfle à différentes reprises sur la base de rumeurs d'utilisation du choléra comme prétexte pour subtiliser des corps et s'adonner à des expérimentations (Bourdelais, 2003, p. 97). Cette rumeur, favorisée par l'isolation des corps malades ou sans vie, se base également sur la connaissance populaire des modalités de formation des médecins de l'époque, qui reposait déjà sur la pratique de la dissection pour laquelle les candidats et les corps se font rares. Hempel (2006) rapporte qu'à la fin du 18e siècle en Angleterre, les étudiants avaient besoin de trois corps au cours de leur formation, et que ceux-ci, étant donné la pénurie ambiante de candidats (ou de prisonniers) se monnayaient chèrement. Les rumeurs sur l'exploitation des corps des cholériques vont parfois être confortées par des dérives constatées par les patients et leurs proches qui leur font craindre de basculer de patients à matériaux d'expérimentation. Ainsi en Angleterre, l'hôpital de Manchester est pris d'assaut en septembre 1832 par une foule déterminée à en détruire le mobilier et à en découdre avec la police. Quelques jours auparavant, un certain John Hare s'était rendu à l'hôpital pour visiter son petit-fils de quatre ans, que le choléra avait rendu orphelin et qui l'avait rendu malade à son tour. Les médecins interdirent la visite au grand-père arguant que le petit garçon était en voie de guérison. Mais lorsque le grand-père revint le lendemain, ses interlocuteurs lui annoncèrent que le petit garçon était mort et ils lui remirent par la même occasion le cercueil contenant le petit corps. En ouvrant le couvercle du cercueil, le grand-père s'aperçut que la tête, manquante, avait été remplacée par une brique : un jeune médecin avait pris l'initiative de retirer la tête pour procéder à une dissection clandestine à son domicile (Hempel, 2006).

Baignant dans une incertitude radicale sur la nature du mal, les autorités en charge de rédiger les normes d'enterrement sécurisés tentent de prendre le moins de risques possible. Ne sachant, au

fond, si le choléra était contagieux ou pas, on statue en Angleterre que les cercueils devraient être cloués et scellés à la chaux. Contrairement à ce que veut la tradition, ils ne devraient pas être introduits dans les églises avant l'inhumation. Ainsi, quand les processions d'enterrement partent du domicile des défunts, les cercueils sont portés les bras tendus, à niveau de cuisse plutôt que sur l'épaule comme il est coutume, on ne tarde pas à s'émouvoir de ce que les malades sont « enterrés comme des chiens » (Hempel, 2006). À Dantzig, les corps sont manipulés avec des pinces en métal, enterrés dans des fosses communes après avoir été ensevelis sous la chaux, sans égard pour les pratiques religieuses ou le recueillement des proches. Quel que soit le pays, les soulèvements s'observent là où la population estime que les enterrements ne conservent pas la dignité due aux défunts (Bourdelais, 2003, p. 98).

De terribles traitements

Les morts ne sont pas les seuls à être malmenés. Les traitements subis par les malades pendant les trois derniers quarts du 19e. allaient mettre à rude épreuve la réputation des médecins. Confrontés à un mal nouveau dont la nature était incertaine, les médecins appliquent comme ils le peuvent les médicaments à leur disposition, chacun procédant à ses propres expériences dans l'espoir de réduire la mortalité chez ses patients. Les partisans du professeur Broussais s'astreignent à des saignées, l'application de sangsues et de glace pour calmer *l'inflammation* qu'il considère à la base du choléra. Les fidèles de l'école de Magendie s'en remettent aux boissons excitantes pour soutenir l'effort du malade et excluent les saignées dont ils estiment qu'elles pourraient l'affaiblir (Bourdelais, 1988). Dans cette veine, on retrouve en Angleterre et aux États-Unis l'utilisation de Calomel — contenant notamment du mercure — et de Laudanum un combiné de Brandy et d'opium, combinés sous différentes modalités avec du poivre de Cayenne, du bismuth et d'autres émétiques. Certains traitements sont assistés par des instruments inventés pour l'occasion. L'un d'eux est le sudatorium (figure 2), un appareil dont l'objectif est de provoquer la sueur chez le malade et aider « à ranimer la chaleur vitale dans les symptômes du choléra », l'appareil est approuvé par le corps médical de l'Hôtel Dieu de Paris et par la Commission Centrale de Salubrité de la capitale (P. Delaunay, 1831, p. 61)

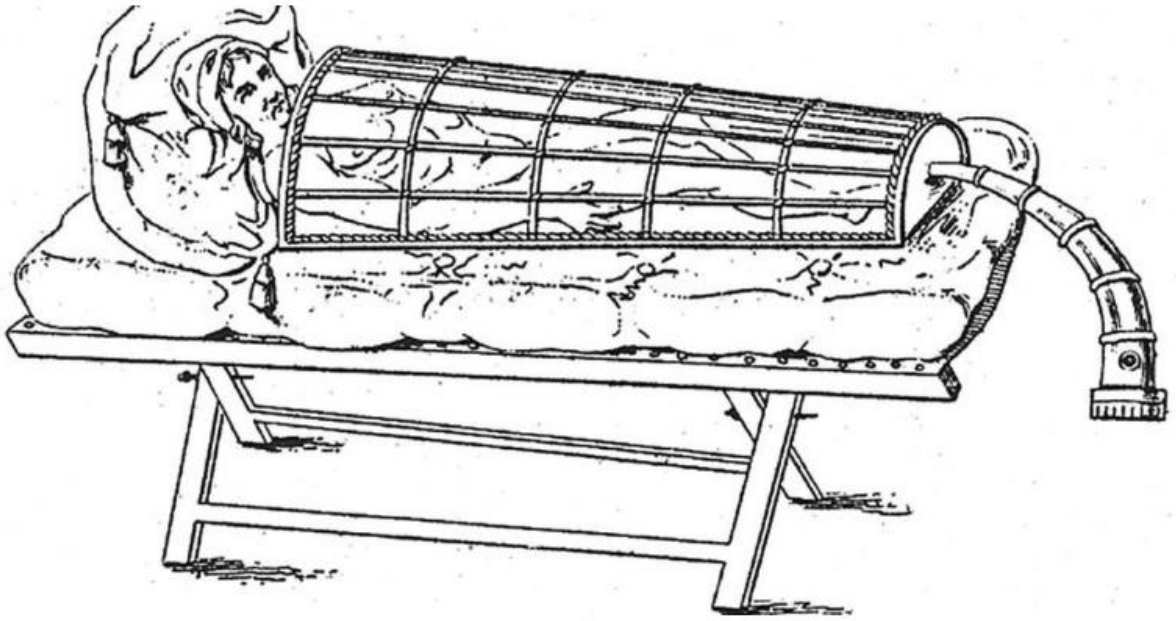


Figure 3 le Sudatorium du docteur d'Anvers, image tirée du prospectus produit par le Dr D'Anvers, reproduit dans (P. Delaunay, 1831)

Aux États-Unis en particulier la liste des remèdes, dont on fait la réclame dans les journaux, donne lieu à une véritable industrie d'initiative individuelle de médecins ou charlatans, vantant les mérites de leur panacée (Rosenberg, 1987). La conviction d'avoir trouvé le bon remède pousse certains praticiens a des extrêmes, ainsi partisans d'un remède à base de Bismuth pour l'un, de Calomel pour l'autre, les docteurs Searle et Mikilniski se provoquent en duel à l'épée lors d'une congrégation internationale sur la prise en charge du choléra à Varsovie (Hempel, 2006). Certaines des expérimentations paraissent plus pertinentes à postériori, ainsi quelques médecins particulièrement perspicaces se sont aperçus que l'aspect pâteux du sang des cholériques indique un état général de déshydratation, ainsi certains s'emploient à faire boire de larges quantités d'eau à leurs patients, tandis que d'autres injectent directement des solutions salines dans le sang, mais au risque de faire mourir leurs patients de phlébites. Ce n'est qu'au début du 20e siècle que des avancées probantes en réhydratation vont permettre aux traitements du choléra d'acquérir une efficacité (Bourdelais, 1988).

Pendant tout le 19e siècle le choléra demeure donc un mal mortel pour près de la moitié des malades et dont les remèdes sont aussi désagréables et dangereux que peu efficaces. Cette multiplication

des traitements et des prétentions de leurs inventeurs pousse non seulement les patients à bout et porte atteinte à la crédibilité de la profession médicale, elle incite aussi de nombreux observateurs, à partir du milieu du 19e siècle, à faire appel à l'utilisation de statistiques pour déterminer l'efficacité des traitements prodigués (Rosenberg, 1987, p. 153).

La prédominance des néo-hippocratiques

Comme on l'a vu plus haut, le débat sur la nature du mal cholérique avait déjà commencé lors de la première pandémie. Elle se réactive dans une intensité croissante à partir du moment où le choléra bascula à l'Ouest. Du fait de la claire avancée du choléra sur les routes commerciales et par le biais des troupes militaires, les contagionistes semblaient avoir le haut du pavé alors que le choléra arrive dans les pays d'Europe occidentale. Parmi eux, le Dr Jonnès avait acquis une forte réputation. Il avait publié un rapport sur le cholera morbus et avait été nommé rapporteur au conseil supérieur de santé en France. (Bourdelais, 1988, pp. 19–20). Les quarantaines et les cordons sanitaires mis en place pour combattre le choléra étaient des dispositifs hérités des grandes pestes et pensés dans le cadre de la théorie de la contagion. Cependant la prééminence des contagionistes dans la compréhension du mal et dans les dispositifs visant à l'endiguer ne fut que de courte durée. Très vite, sur la base d'observations locales, notamment de médecins russes, mais aussi certains des médecins français et anglais dépêchés dans les capitales de l'Est pour observer l'avancée du choléra en 1830, tirèrent des conclusions qui allaient à l'encontre de la théorie contagioniste. En premier lieu, ils purent constater que les différents cordons et quarantaines mis en place n'avaient pas réussi à contenir la maladie partie du Bengale. D'autre part, certains rapports préliminaires émanant de la Russie ne font pas état d'une plus grande propension de cas chez les personnels soignants, contrairement à ce que laisserait supposer une maladie transmissible de personne à personne (Bourdelais, 1988, p. 20).

Au refus sur les modalités de contamination s'ajoute une forme plus brute, mais toujours motivée par la peur de la quarantaine, de déni incarné par le refus de notifier la maladie.

La peur de la quarantaine avait déjà provoqué des formes plus élémentaires de déni dans le refus de notifier la maladie. À Sunderland par exemple, première ville touchée par le choléra en

Angleterre, les médecins de la ville qui avaient informé Londres de l'arrivée de la maladie se voient menacés d'avoir leur nom publié publiquement par les commerçants et de perdre ainsi les plus fortunés de leurs clients. Suite à quoi seize d'entre eux se présentent à une réunion publique pour déclarer en seconde instance que la maladie qui avait couté la vie à plusieurs personnes dans la ville n'était pas du « choléra continental », mais une forme sévère de « choléra Anglais » (Hempel, 2006).

Mais le recul de la théorie de la contagion a d'autres sources. Partout où elles ont été mises en place, les mesures contraignantes, établies sur la base de la croyance dans la contagiosité du choléra, ont provoqué des réactions violentes parmi ceux qui doivent la subir. Il s'agit, comme nous l'avons vu, des malades et de leurs proches, soumis à des isolements, des prises en charges maladroites et des enterrements humiliants. Il s'agit également, dans le cadre des quarantaines imposées aux équipages et aux marchandises de contraintes intolérables aux bourses des commerçants et des défenseurs du libre-échange économique. La peur de la quarantaine avait déjà provoqué des formes plus élémentaires de déni dans le refus de notifier la maladie. À Sunderland par exemple, première ville touchée par le choléra en Angleterre, les médecins de la ville qui avaient informé Londres de l'arrivée de la maladie se voient menacés d'avoir leur nom affiché publiquement par les commerçants et de perdre ainsi les plus fortunés de leurs clients. Suite à quoi seize d'entre eux se présentent à une réunion publique pour déclarer, en seconde instance, que la maladie qui avait couté la vie a plusieurs personnes dans la ville portuaire n'était pas du « choléra continental », mais une forme sévère de « choléra Anglais » (Hempel, 2006).

Aussi bien pour des raisons de paix sociale que pour ne pas ajouter la misère à la maladie, et pour se conformer au libre-échangisme, l'abandon de l'interprétation contagioniste de la maladie au profit d'une théorie de l'infection miasmatique devient une nécessité pour désamorcer un sentiment de peur panique (Bourdelais, 2003, pp. 90–91).

Ainsi, dès que la maladie perce à Londres en 1832, les mesures quarantenaires instaurées par la police sanitaire sont levées, des médecins, qui se disent par ailleurs peu convaincus par la théorie

de l'infection miasmatique, signent pourtant des annonces faisant état de la non-contagiosité du choléra. L'opinion bascule dans l'anti-contagionisme (Bourdelais, 1988, pp. 21–24).

Il apparait alors clairement que ce sont des logiques non médicales, mais culturelles, politiques et économiques qui sont à l'œuvre dans le développement des thèses sur la contamination et l'établissement des mesures coercitives pour l'empêcher. Mais ces mécanismes ne sont pas toujours à la faveur des contagionistes, ainsi au Canada, en juin 1832, les quarantaines sont maintenues pour les navires entrants par les canadiens francophones. Ceux-ci suspectent les anglophones de vouloir faire entrer le choléra pour décimer les populations francophones, tandis que les anglophones suspectent que les quarantaines ne soient érigées que pour les décourager à émigrer (Bourdelais, 1988). De même l'identification des pèlerins de la Mecque comme un groupe à risque et les mesures particulièrement contraignantes qui leur sont appliquées dans les lazarets témoignent d'une influence de la politique dans la volonté de contrôle de flux perçus comme potentiellement menaçants dans leur capacité à faire émerger des discours hostiles aux pouvoirs coloniaux (Chiffoleau, 2011).

3. Les luttes épistémiques

Suite à sa première incursion en occident en 1832, le choléra va revenir, partant à chaque fois de flambées émanant du sous-continent indien par vagues successives particulièrement meurtrières en 1848, 1854, 1866, une dernière vague, en 1892 touchera une partie seulement de l'Europe. À partir de la sixième vague, qui débute en 1899, puis de la septième, en 1967— qui est toujours en cours — tous les continents sont touchés, à l'exception de l'Europe et de l'Amérique du Nord.

Lectures politiques du choléra : l'amoralité en cause

La prise de pouvoir des tenants de la théorie de l'infection miasmatique donne lieu à de nouvelles lectures politiques du malheur. Les recommandations pour se prémunir de la maladie, forgées dans le rapport de l'individu à son environnement et portées par les hygiénistes donnent la part belle à la tempérance et à la retenue. En découlent des lectures politiques du mal qui permettent

d'interpréter à postériori l'éclosion du malheur comme étant le fait d'un manque de retenue supposé des cholériques. C'est particulièrement le cas aux États-Unis, pays perçu par nombre de ses habitants comme une terre pieuse, vierge de tout soupçon, incapable d'héberger un mal réservé à des peuples « ignorants, fatalistes et sales »[15] (Rosenberg, 1987, p. 103). La survenue des épidémies en terre américaine vient défaire ces discours, qui se réadaptent cependant, trouvant dans la petite vertu des masses des villes et des populations marginalisées le fond coupable de l'éclosion du mal. Ici comme ailleurs le choléra est un révélateur des tensions qui traversent les sociétés qu'il assaille (Bourdelais, 1988, p. 37). Dans les villes industrielles croissantes de la côte Est déjà on interprète le lourd tribut payé par les plus démunis comme étant le fait de leur gloutonnerie, leur alcoolisme, de la pauvreté peut-être, mais de celle provoquée par une oisiveté résolument maladive. En 1849, la connexion entre le choléra et le vice était devenue un réflexe dans la presse (Rosenberg, 1987, p. 120). Les migrants irlandais étaient dépeints comme étant particulièrement susceptibles d'attraper le choléra ce qui, pour les observateurs n'était que la preuve de leur ignorance, leur saleté et leur penchant pour la boisson (Rosenberg, 1987, p. 137)[16]. L'Europe n'était pas en reste, et la construction d'une altérité dangereuse reposant sur le lexique de la tempérance et visant des communautés étrangères se retrouvent dès les premières vagues épidémiques. Lord Heytesbury, ambassadeur Anglais auprès de l'empire russe note alors que des cas de choléra sont rapportées non loin de la frontière polonaise dans une région qui abrite des communautés de Juifs, note que du fait de leur « grégarisme » et de leur « saleté » ils « ne manqueront pas d'amener le choléra en Pologne » (Hempel, 2006). L'interprétation par la tempérance semble jouer un double rôle : celui d'apaisement individuel dans l'identification d'une causalité sur laquelle l'individu peut agir (respecter la tempérance) et celui de l'effacement des déterminants sociaux et politiques du mal à la faveur d'une faute morale supposée et essentialisée chez les groupes affectés.

Le grand désordre des causes

À la moitié du 19e siècle, la théorie de l'infection par les miasmes prévalait encore, et comptait une multitude de travaux, les plus poussés portant sur la corrélation entre les variations climatiques

[15] "dirty, ignorant and fatalistic people"
[16] Voir également Tom Stafford, « Americans once believed the Irish caused cholera » Springfield News-Sun, 17 mars 2013. Url : https://www.springfieldnewssun.com/news/local/americans-once-believed-the-irish-caused-cholera/HPHiGaOtMcsElfurR0AE1H/, consulté le 05 juin 2019

avec l'apparition de points d'infection dans l'atmosphère (Rosenberg, 1987, p. 172). Ces théories sont la continuation des théories des miasmes. Elles étaient toujours plus fréquentes que celles qui mettent en avant que le choléra était un champignon, ou qu'il était causé par des « animalcules ». Les travaux de Pasteur sur les micro-organismes, à l'encontre de la « génération spontanée » (Pasteur, 1862) puis l'isolation du bacille du choléra par Koch (1884) vont finir par enterrer la théorie des miasmes et surtout confirmer à postériori les travaux jusqu'alors controversés d'autres scientifiques, au premier rang desquels le médecin John Snow.

Celui-ci est aujourd'hui considéré comme le fondateur de l'épidémiologie moderne et le premier à avoir « déchiffré » le mode de propagation du choléra. L'histoire de Snow est révélatrice de la constitution d'une discipline qui sous-tend aujourd'hui le savoir sur la gestion des risque épidémiques globaux, autant qu'elle révèle les frictions entre le savoir et le politique, car si aujourd'hui John Snow a découvert le choléra, il n'a, de son vivant, connu que peu de gloire. Cette instauration à postériori d'une figure historique est également constitutive de la construction d'un mythe disciplinaire (qui révèle d'autres subjectivités).

Les pionniers incompris de la santé publique moderne : Paccini et Snow

John Snow est confronté très jeune au choléra. En 1832, suite à son apparition sur les docks de Sunderland en Angleterre, le choléra survient rapidement dans la ville de Newcastle dans laquelle exerce le médecine William Hardcastle, accompagné de son apprenti, John Snow. Le maître, débordé par le nombre de malades à Newcastle, demande à son apprenti de s'occuper des malades affectés dans la localité adjacente de Killingworth, un village construit autour et vivant d'une mine. John Snow a 19 ans, il va prendre en charge des centaines de malades du choléra. La plupart de ses patients proviennent des entrailles de la terre, portés par leurs camarades. Pour les standards de l'époque, Snow s'en sort à bon compte en termes de guérison parmi ses patients, et ce, malgré son refus d'utiliser le Brandy ou tout alcool pour traiter ses patients, passant outre aux recommandations de Hardcastle[17]. Cette année-là l'épidémie dans la localité minière fit une

[17] Bien qu'il soit décrit comme étant le pourfendeur de la théorie de miasmes et ce faisant des hygiénistes qui placent la tempérance comme primordiale dans le contrôle de la maladie, John Snow est toutefois un adepte assidu de la tempérance dépassant même les plus zélés, ayant fait le vœu très tôt de ne consommer ni viandes, ni alcool.

centaine de morts, et l'épisode marque le futur médecin à vie. John Snow, comme sans doute l'ensemble de ses compatriotes, se demande comment la maladie se propage. Les explications fournies par son maître, les journaux, les discussions et les bruits qui pointent déjà fortement vers l'infection par les miasmes lui semblent peu probables au vu de son expérience dans les mines de Killingworth. Dans les profondeurs de mines ou ses futurs patients passent leurs journées et semblent tomber malades, la génération spontanée de points d'infection miasmatiques semble théoriquement inopérante. Pour lui le choléra a été importé par un malade dans la mine, la maladie doit pouvoir passer d'une personne à l'autre, l'agent[18] à son origine doit en outre être capable de se reproduire seul. Cette hypothèse de contagion, qui reprend la théorie des « contages », John Snow s'évertuera à l'explorer et à en administrer la preuve dans le courant des décennies suivantes (Hempel 2006).

Suite à la première épidémie de 1832, le choléra disparut d'Angleterre et d'Europe avant de revenir lors de la troisième vague pandémique en 1848. Entre temps, Snow était devenu un médecin anesthésiste connaissant un certain succès, sa notoriété le portant à assister la reine Victoria dans son accouchement en 1853 (Johnson, 2006, p. 66). Les travaux de Snow sur l'anesthésie ne l'avaient pourtant pas détourné de ses interrogations sur le choléra. Lorsque la maladie revient en Angleterre en 1848, Snow entreprend rapidement d'enquêter sur la propagation de la maladie en ville afin de déterminer son mode de propagation, mais ses travaux retiendront peu l'intérêt de ses contemporains (Johnson, 2006).

Lorsque le choléra revient pour la troisième fois en Angleterre, John Snow a 41 ans, le manque de reconnaissance, voire la condescendance, avec laquelle ses travaux avaient été accueillis n'avaient pas entamé sa volonté de résoudre le mystère, ou plutôt de prouver une fois pour toutes que le choléra était le fait d'un organisme qui se multipliait dans les intestins des malades et passait d'une personne à l'autre par l'eau. Ses hypothèses n'avaient pas changé depuis 1848, elles avaient été renforcées par une lecture minutieuse des documents historiques sur le choléra aux Indes et les travaux de ses confrères sous d'autres contrées. Le problème de John Snow, à une époque où le

[18] Agent qu'il appelle prudemment « poison », mais à qui il attribue la capacité de se démultiplier seul, faisant référence à la théorie ancienne des « contages ».

laboratoire n'existait pas, était de réussir à démontrer ses théories par déduction et statistiques (Hempel, 2006).

Dans l'entre-deux des épidémies, John Snow avait appris qu'une grande partie de Londres était desservie par deux compagnies d'eau rivales, opérant dans les mêmes secteurs. Lors de l'épidémie de 1848, ces deux compagnies puisaient dans la Tamise, au cœur de Londres, une eau contaminée par les reflux des fosses septiques et des industries. Entre temps cependant, l'une des deux compagnies avait changé son point d'approvisionnement en eau en amont de la ville, dans une section bien moins contaminée de la rivière. John Snow y vit la possibilité de tester son hypothèse de la contamination par l'eau souillée en conduisant une étude à large échelle sur la distribution des malades en fonction du fournisseur en eau. Connue depuis sous l'appellation de the *grand experiment*, John Snow la conduisit seul sur la base de la liste des clients, qu'il complètera en faisant du porte à porte pour s'enquérir du nombre de malades dans les ménages et du fournisseur en eau des ménages. Il constate ainsi que la proportion de malades était plus élevée chez ceux qui se fournissaient auprès de la compagnie qui puisait son eau au cœur de Londres (Brody, Rip, Vinten-Johansen, Paneth, & Rachman, 2000, pp. 64–65).

Lorsqu'il apprend la nouvelle de la survenue d'une flambée dans le quartier de Soho, dans lequel il a vécu plusieurs années, avant de connaître un succès relatif lui permettant de s'installer dans un quartier moins défavorisé, et qu'il est invité par la paroisse du quartier à enquêter sur l'épidémie, Snow entreprend de faire une pause dans sa collecte de données pour le *grand experiment* pour consacrer quelques jours à une enquête dans Soho.

Bien que Snow ait considéré l'enquête de Soho comme un travail mineur comparé à son *grand experiment*, les résultats de cette enquête et particulièrement la carte des cas qu'il produit pour les besoins de son enquête feront postérité. L'histoire de la production de cette carte et du retrait de la poignée de la pompe d'eau incriminée pour le démarrage épidémique est sans doute la plus connue en épidémiologie, elle fait partie du folklore de la discipline et agit comme un mythe fondateur (Brody et al., 2000).

Comme de nombreux personnels de la surveillance, je pris connaissance de l'œuvre de John Snow et du récit de la carte et de la poignée de pompe grâce à un collègue épidémiologiste. Celui-ci me présente John Snow comme le père de l'épidémiologie moderne, le premier à avoir résolu la source

d'une épidémie en combinant la « line-list » des morts de choléra et en rapportant les cas sur une carte. En reliant les cas les uns aux autres Snow se serait rendu compte qu'il y avait une concentration de cas à un endroit particulier de la Broad Street, lorsqu'il tira les traits entre ces différents cas, ceux-ci se joignirent en un point, qui, une fois rendu sur place, correspondait à la pompe de Broad Street, John Snow en déduisit qu'il s'agissait de la source de l'infection, et armé de sa carte convainquit les autorités de retirer la poignée de la pompe. Une fois la poignée retirée, l'épidémie s'effondra dans Broad Street. John Snow avait alors simultanément identifié la source de l'épidémie, mais aussi le mode privilégié de contamination du choléra, et inventé une nouvelle discipline, l'épidémiologie moderne mêlant comptabilisation des cas et description des dynamiques spatio-temporelles de l'épidémie par la cartographie. Une illustration visuelle de l'acte fondateur et salvateur de John Snow peut se contempler dans une illustration du début du 20e (Figure 4) qui présente le docteur Snow arrachant à mains nues la poignée de la pompe de Broad Street, sous l'œil médusé de la population usagère de la pompe et en proie à l'épidémie.

Figure 4 Le docteur John Snow retire la poignée de la pompe de Broad Street (à mains nues, ndlr). Illustration, Newell Convers Wyeth 1882-1945

L'enchaînement des évènements qui ont conduit à la production de la carte, et de sa place dans l'histoire des sciences, mais aussi les raisons qui ont poussé au retrait de la poignée de la pompe de Broad Street s'éloignent cependant de l'histoire qui circule parfois dans les milieux de la santé publique.

La première méprise tient au rôle attribué à la carte, celle-ci aurait permis à John Snow partant de l'information factuelle sur les morts et de leur distribution sur la carte, de générer l'hypothèse sur du rôle contaminant de la pompe, et donc de celui l'eau, dans la propagation de la maladie. Elle présuppose que n'importe qui, armé de cette carte aurait tiré la conclusion du mode de contamination par l'eau (Brody et al., 2000, p. 64). Cette interprétation prête une force illégitime à l'outil. Car l'hypothèse d'une contamination par l'eau était préalable à la construction de la carte : elle guidait la présence de Snow dans son investigation à Soho, mais aussi celle du *Grand*

Experiment, la carte, plutôt qu'un outil heuristique, était là pour permettre de visualiser un résultat basé sur une théorie préexistante du mode de contamination du choléra, que le médecin avait publié quelques années auparavant (Snow, 1856).

Si l'expérience de l'enquête de Soho fait aujourd'hui l'objet de récits quelque peu romancés servant au mythe fondateur d'une discipline, il semble utile à ce stade de resituer autant que faire se peut le détail de son déroulement, d'autant qu'elle fit à l'époque et pendant des décennies l'objet de peu d'attention voire de dédain de la part des observateurs scientifiques. Les variations dans l'interprétation des faits présentés dans l'enquête et dans les représentations de celle-ci au travers des époques nous donnent accès aux logiques qui sous-tendent la production des savoirs à ces différentes époques.

John Snow commence son enquête de Soho en consultant le *William Farr's registrar General's Office* pour les statistiques. Il y a 89 morts sur la première semaine dans le quartier de Soho, dont 83 les trois premiers jours. Il marque ensuite les morts sur un plan, maison par maison, avec une barre pour chaque mort[19]. Il constate alors un regroupement de morts sur une partie de Broad Street et observe sur place ce qu'il soupçonnait déjà : les cas ont lieu dans les maisons autour de la pompe publique de la Broad Street. Il prend un échantillon de l'eau de la pompe qu'il analyse la nuit du trois septembre, mais n'y trouve aucun aspect trouble.

Le lendemain il commence son enquête de terrain. Il utilise à nouveau le porte à porte pour s'entretenir avec les locataires sur la présence de malades dans la famille. Pour avoir habité ce quartier, Snow sait que les habitants y préfèrent souvent l'eau de la pompe à celle des canalisations, il va donc s'enquérir des préférences de points d'eau locaux. Son enquête dans ce quartier qu'il connait bien, bien que brève, fait dire à certains auteurs qu'elle relève presque de l'ethnographie (Lock & Nguyen, 2018).

[19] L'inscription des cas sur les cartes n'est pas une invention de Snow elle est déjà pratiquée par d'autres scientifiques le précédant et notamment parmi les défenseurs de la théorie des miasmes, qui interprètent la concentration des cas sur les cartes comme l'expression graphique de la présence de nuées de miasmes (Brody et al. 2000)

Les proches des décédés qu'il interroge indiquent dans la majorité des cas qu'ils utilisaient la pompe de Broad Street située en face de chez eux. Pour cette période, il identifie également dix morts du registre qui sont éloignés de la pompe et qui auraient à priori choisi d'autres sources de boisson (du fait de la présence d'autres pompes plus proches de leur maison). En interrogeant ces familles, il s'aperçoit que cinq des morts utilisaient tout de même la pompe de Broad Street plutôt que des pompes plus proches, car ils lui préféraient le gout de l'eau, tandis que trois autres étaient des enfants qui allaient à une école située à proximité de la pompe. Au final, son enquête de terrain lui permet d'établir que, sur les 83 premiers décédés recensés dans le quartier, 61 consommaient l'eau de la pompe. Au-delà des habitants, son enquête auprès des commerçants lui permit d'apprendre que l'eau de la pompe servait également à divers restaurants et coffee-shops et que l'eau servait également à produire des boissons effervescentes vendue sous le nom de *sherbet*.

Mais les victimes avaient-elles eu à se plaindre de l'aspect de l'eau ? Snow apprit que l'ornithologue John Gould, de retour le 2 septembre, avait fait chercher de l'eau à la pompe, mais avait refusé de la boire, à cause de l'odeur que dégageait l'eau, son assistant avait suivi l'exemple, tandis qu'un autre de ses employés qui avait tout de même bu l'eau, était tombé malade le jour même.

Snow est également en mesure de relier l'épidémie de Broad Street à des cas isolés survenus dans d'autres aires jusque-là épargnées de Londres. Snow fut averti par un des médecins dépêchés par le gouvernement pour enquêter sur les épidémies dans d'autres quartiers de Londres, qu'un cas isolé était apparu dans le quartier de Hampstead, a plusieurs kilomètres de Soho. Susanah Eley, la veuve d'un artisan travaillant sur Broad Street avait déménagé de Soho plusieurs mois auparavant, mais ses fils continuaient de tenir une fabrique dans Broad Street. En parlant à ses proches, Snow apprit que la veuve, bien qu'elle n'ait pas mis les pieds à Soho depuis des mois, faisait parvenir chaque jour une bouteille d'eau remplie à la pompe de Broad Street, qu'elle préférait à l'eau de son quartier. Sa nièce, qui avait également bu de l'eau rapportée le 31 août était également tombée malade une fois rentrée dans son quartier Islington, et avait succombé, alors qu'aucun autre cas n'était à déplorer dans ce quartier huppé de Londres. Snow semblait alors tenir la preuve que l'eau, transportée dans une aire jusque-là libre de la maladie pouvait provoquer de nouveaux cas.

Certains éléments pourtant contredisaient la théorie de Snow, par exemple le fait que la grande fabrique de Poland Street, qui se trouvait en plein milieu des maisons les plus touchées, ne comptait

que très peu de victimes parmi ses 535 employés. De même la brasserie du *Lion* située également à quelques pas de la pompe ne comptait pas non plus de victimes parmi ses 70 employés. Cette fois également, en collectant des données par le biais d'entretiens auprès des employés des deux établissements, Snow va résoudre ces faits à priori incompatibles avec son hypothèse. La fabrique détenait à l'intérieur de ses locaux une pompe non répertoriée que les employés utilisaient pour leur consommation journalière. Quant à la brasserie, son propriétaire fit savoir qu'avec son accord, les employés avaient droit de se servir une certaine quantité de bière par jour et il estimait qu'ils ne buvaient sans doute jamais d'eau pendant leur service. De son enquête, Snow put donc tirer la conclusion finale que le choléra s'était manifesté de manière particulièrement forte chez tous les individus qui avaient utilisé la pompe comme source d'eau de consommation entre le 31 août et le 3 septembre (Hempel 2006).

Fort de ses conclusions, le soir du 7 septembre, c'est-à-dire 4 jours après le début de son enquête, il décida donc de se rendre devant le comité de santé du quartier, dont les membres, réunis quotidiennement pour faire face à l'épidémie, lui concédèrent ce soir-là une entrevue. Exposant les résultats de son enquête, il leur demanda de bien vouloir retirer la poignée de la pompe de façon à interrompre ce qu'il considérait comme la source de l'épidémie. Ce soir-là, les membres du comité ne furent pas convaincus par la présentation de ce dénommé Snow, dont ils n'avaient jamais entendu parler auparavant, ni de sa théorie. Cependant, n'ayant rien à perdre, et face à l'insistance du médecin, ils décidèrent d'enlever la poignée le lendemain (Johnson, 2006).

La légende veut que ce geste ait permis d'arrêter l'épidémie. Cependant, le sept septembre au soir, jour précédent le retrait de la poignée, le nombre de nouveaux cas avait déjà été divisé par cinq depuis le pic du quatre septembre, détail d'importance sur lesquels reviendront ses détracteurs de la fin du 19e siècle, tels que Pettenkoffer (Morabia, 2007). Par la suite, et dans l'indifférence générale, Snow publie en 1855 son document final sur le mode contamination du choléra, lequel était basé sur ses travaux épidémiologiques théoriques et n'étant pas encore en mesure de s'appuyer sur des résultats de microbiologie qui devaient venir ultérieurement grâce à la révolution pasteurienne.

Le jeune révérend du quartier Whitehead, qui avait assisté à la demande de Snow pour le retrait de la pompe se lance dans sa propre investigation de l'épidémie, convaincu de prouver que Snow a tort. Cependant en discutant avec des habitants il se rend compte au contraire de la pertinence des conclusions du médecin. Il découvre notamment que toutes les veilles dames de la rue principale ont survécu, et qu'elles l'ont été parce que ne pouvant chercher de l'eau à la pompe, envoyait des petites filles, celles-ci ayant peur de se rendre à la pompe avaient développé la norme pratique de prendre l'eau a la citerne. Quelques semaines plus tard, alors qu'il s'apprête à rendre son rapport final sur l'épidémie de Broad Street, Whitehead consulte à nouveau le registre des décès et constate l'enregistrement d'une mort d'un nouveau-né au deux septembre, causée par une attaque de diarrhée quatre jours avant le démarrage de l'épidémique. Le révérend s'empresse alors de s'entretenir avec la mère, Sarah Lewis, qui explique alors qu'elle avait épongé les langes de sa fille malade dans des bassines d'eaux qu'elle avait ensuite déversées dans la fosse d'aisances située devant son palier, celui-ci se trouvait à moins d'un mètre de la pompe de Broad Street. Lorsque Whitehead fit part de sa découverte à l'assemblée paroissiale, ils ordonnèrent que la fosse d'aisances soit vidée et examinée. L'examen démontrant que des fuites avaient lieu, de même que le puits de la pompe, dont les deux parois étaient situées à quelque 60 centimètres de distance (Hempel 2006). Ce dénouement quelque peu tardif fit une forte impression sur Whitehead et quelques observateurs du quartier, mais n'eut que peu d'impact au-delà. Le comité d'enquête appointé par le parlement très occupé à éplucher les centaines de pages du résultat de l'enquête officielle orientée par la théorie des miasmes et de l'influence atmosphérique, déclare au sujet de l'hypothèse de Snow, du rôle de la pompe de Broad Street dans la propagation du choléra « qu'après une relecture attentive nous ne voyons pas de raison d'adopter cette croyance »[20] (Halliday 2001, 1470).

Le peu de discussion qu'entrainera alors sa théorie viendra de manière indirecte, après l'intervention de Snow dans un débat parlementaire sur la dangerosité des émanations produites par les abattoirs et les tanneries opérant dans la ville de Londres. Snow y était invité par l'un des représentants de ces activités, un « bouilleur d'os ».

[20] "After careful enquiry we see no reason to adopt this belief."

Le médecin déclara devant le parlement qu'il ne pensait pas que les odeurs produites par ces commerçants pouvaient provoquer des maladies. Cette déclaration ne manqua pas d'étonner les dignitaires en présence, et poussa Benjamin Hall, le directeur du *board of health* (comité de la santé) anglais, à demander à Snow de bien vouloir confirmer qu'il ne pensait pas qu'il puisse y avoir un danger, au sujet des émanations de légumes ou de viande avariée, ne savait-il pas « que d'humer un air si putride pouvait aisément produire et sur le champ une maladie violente ? »[21] (Hempel 2006).

Il suffit de ces déclarations pour que le Lancet, qui n'a jamais été tendre avec Snow, se fende d'un communiqué pour déclarer que :

> « Le Dr Snow prétend avoir découvert que la loi de propagation du choléra réside dans la consommation d'eau des égouts. Sa théorie, bien entendu, déplace toutes les autres théories. Les autres théories attribuent une grande efficacité dans la propagation du choléra au mauvais drainage et aux impuretés atmosphériques… Le fait est que les égouts constituent la source d'où Dr Snow puise toute vérité sanitaire… En abusant de son passe-temps [les enquêtes sur le choléra ndlr], il est tombé dans une bouche d'égout dont il n'a jamais réussi à sortir. »[22]

(The Lancet, 1855 également cité par Hempel 2006)

Benjamin Hall négocie cette même année les plans de la construction des grands égouts de Londres avec l'ingénieur Joseph Bazalguette. La construction des égouts, dépense faramineuse n'est approuvée que trois années plus tard dans la foulée de ce que les journaux d'époque appellent « la Grande Puanteur » [*the Great Stink*]. L'été caniculaire de 1858 avait en effet réduit la Tamise à un ruisseau, exposant à l'air libre et aux rayons du soleil les déchets qui s'accumulaient dans son lit. L'odeur qui s'en dégageait était tellement « offensante » que les parlementaires officiants au Palace de Westminster sont contraints de se réfugier dans la librairie du parlement avant d'abandonner le

[21] " Do you not know that the effect of breathing such tainted air often is to produce violent sickness at the time?"

[22] "Dr Snow claims to have discovered that the law of propagation of cholera is the drinking of sewage water. His theory, of course, displaces all other theories. Other theories attribute great efficacy in the spread of cholera to bad drainage and atmospheric impurities … The fact is that the well whence Dr Snow draws all sanitary truth is the main sewer[…] In riding his hobby very hard, he has fallen down through a gully-hole and has never since been able to get out again." (The Lancet, 1855).

site de peur qu'ils n'attrapent « le typhus ou la malaria ». Les dignitaires s'empressent de valider dans les semaines qui suivent le plan de l'ingénieur Bazalguette (Halliday, 2001, p. 1471). Les travaux des grands égouts, qui permettent d'intercepter les déversements des égouts localisés préexistants et de les acheminer vers une usine de retraitement en aval de Londres (et non plus dans la Tamise, au cœur de Londres), commencent en 1859 et sont achevés en 1875. Cet ainsi que l'intervention la plus efficace et la plus audacieuse contre le choléra est décidée sur la base d'arguments faux sur l'étiologie de la maladie, celle de la théorie des miasmes.

4. En héritage, le choléra trophée

Snow meurt en 1858 sans que ses travaux ne soient reconnus, au-delà de quelques amis fidèles. L'obituaire du Lancet, deux phrases, salue sobrement l'anesthésiste, ne mentionne rien au sujet du choléra (Johnson, 2006, p. 206). Toutefois ses idées avancent avec le temps, y compris chez d'anciens sceptiques, tels que le révérend Whitehead, qui sera très actif lorsque le choléra reviendra, en 1866. C'est dans le tournant de cette épidémie que le rôle de l'eau dans la contamination devient moins controversé. Farr, qui avait toujours été dubitatif vis-à-vis de Snow, mais qui lui avait donné accès aux statistiques nécessaires à son *Grand Experiment*, se rend compte en 1866 que c'est dans les zones non encore couvertes par les grands égouts, et manifestement par la faute d'un réservoir d'eau contaminé de l'Est de Londres que la maladie s'est propagée (Halliday 2001, 1471). Peu à peu, les idées de Snow font leur chemin dans le milieu médical anglais, mais il faudra attendre près de trente ans après la mort de Snow et l'isolation reconnue du vibrion par Koch pour que sa théorie devienne acceptée par une majorité des scientifiques.

FiliPpo Pacini fut un autre investigateur malheureux de la production du savoir sur le choléra. Il est le premier à avoir identifié formellement ce qu'il nommera le « *Vibrio cholerae* » en 1854. Pareillement à Snow, ses travaux publiés furent largement ignorés par une communauté scientifique acquise à la théorie des miasmes. Trente ans plus tard, dans le courant de la révolution pasteurienne, Robert Koch est donc le premier à être entendu alors qu'il annonce avoir identifié et isolé l'agent du choléra, un bacille mobile qu'il appellera « coma Bacillus » pour sa forme en virgule. Il avait observé au microscope un spécimen identique provenant d'échantillons de patients atteints du choléra en Égypte et en Inde et était parvenu à faire pousser l'organisme sur des disques de gélatine. Dans la publication détaillée de sa « découverte », Koch (1884) décrit comment le

bacille pourrait se multiplier dans les intestins de ses victimes et les mécanismes de transmission d'une personne à l'autre, par le moyen des déjections des malades. Le nom *Vibrio cholerae* sera officialisé par la nomenclature médicale en 1965, pour honorer Pacini, plus d'un siècle après sa contribution[23]. John Snow et Pacini ne sont pas seulement des pionniers d'une santé publique moderne, l'histoire de leur reconnaissance posthume est une preuve supplémentaire de la non-linéarité de l'histoire de la médecine et des conditions sociales et politiques qui modulent la force de l'administration des preuves. Même dans les années qui suivirent la « découverte de Koch » les tenants de la théorie des miasmes conservèrent une certaine aura, notamment dans les bastions les plus pétris des logiques du libre-échangisme, imperméable a toute conception de la maladie susceptible d'entraver la libre circulation des marchandises, ce qui fut notoirement le cas de la ville de Hambourg dans laquelle les positions de Koch se heurtent à une figure allemande qui lui résiste, celle du professeur Pettenkoffer.

Savoirs ignorés. Hambourg comme foyer persistant de la théorie des miasmes

Les connaissances produites par Koch sur l'existence des micro-organismes à la base du choléra ne vont pas immédiatement provoquer une modification de la construction des maladies par les autorités en charge de lutter contre le mal. Jusque dans la décennie suivante, certains systèmes de lutte contre les épidémies maintiendront la conception anticontagionniste du choléra. Lorsqu'une dernière vague de choléra atteignit l'Europe en 1892, la plupart des pays mirent en place des programmes de lutte incluant la mise à disposition d'eau bouillie, de traitement des eaux usagées. Pour la première fois, la majorité des pays d'Europe parviennent à limiter très fortement le nombre de malades, voire à ne déplorer aucun cas. Par contre, l'épidémie fera de nombreux cas dans la ville libre de Hambourg dont les responsables décideurs, portés par les idéaux libre-échangistes et inspirés par les théories du Professeur Pettenkoffer, feront figure d'irréductibles partisans de la non-contagion, croyance à laquelle leurs concitoyens paieront un lourd tribut.

Pettenkoffer est un professeur Hygiéniste, il a développé sa propre théorie, dite « localiste », qui tente de trouver une troisième voie entre la théorie des miasmes et celle de la contagion. Pour lui le choléra est causé par un germe qui se fixe dans le sol, duquel il produit, sous certaines conditions

[23] Frerichs R R https://www.ph.ucla.edu/epi/snow/firstdiscoveredcholera.html , consulté le 16 Janvier 2019.

environnementales, des miasmes qui une fois libéré à la surface, sont à même d'infecter les personnes par voie aérienne. (Morabia, 2007, p. 1234).

Pettenkofer pensait que tous les citoyens devraient avoir accès à l'eau et à l'évacuation des déchets. La disponibilité de l'eau permettrait aux gens de se laver fréquemment et d'éviter l'accumulation de saleté propre à l'apparition de maladies. Il est ainsi à l'origine de l'installation dans la ville d'un abattoir et d'un système d'approvisionnement en eau fraîche provenant des montagnes. Mais fidèle à sa théorie localiste, il considère que l'eau n'avait pas besoin d'être filtrée, car incapable de transmettre la maladie, et la diète était pour lui plus importante pour la prévention du mal. Récalcitrant face à l'action de l'État, en économie comme en santé publique, il juge qu'il ne sert à rien de fournir ces services si au préalable une éducation solide n'a pas été dispensée. Par ailleurs, il estime que l'État ne peut rien faire de bon une fois que l'épidémie a débuté. En particulier, les quarantaines, la séparation des patients, la création d'hôpitaux pour la prise en charge des cholériques, et la désinfection des selles sont inutiles, car d'après lui, les malades de choléra ne produisent aucun contaminant. De même la fermeture des marchés ne sert à rien, sauf si le « facteur sol est puissant » (Evans, 1987, pp. 241–242).

La conduite du magistrat de la cité hambourgeoise demeure identique pendant tout le 19e siècle : pour éviter les sanctions économiques à l'exportation des marchandises produites par la ville, il ne déclare pas les premiers cas ni l'évolution de l'épidémie, et ce « jusqu'à ce que son ampleur ne permette plus d'observer le silence » (Bardet, Bourdelais, Guillaume, Lebrun, & Quétel, 1988). Justifiées par cette doctrine du silence et du laisser-faire, la réponse et la prise en charge des malades est minime, l'épidémie dévastatrice. Les milliers de morts provoqués par l'épidémie de Hambourg, tandis que Londres, principal partenaire économique de la ville, n'en déplorait plus aucun, constituèrent un revers sévère supplémentaire pour la théorie des miasmes (Halliday 2001, 1471

Pettenkoffer défendra sa théorie localiste jusqu'à la fin de sa vie, il gardera également des disciples, dont Freidrich Wolter, qui est considéré comme le « dernier des anticontagionnistes » et qui continua de publier des articles fidèles à la doctrine localiste jusque dans les années 1940, ce qui lui valut d'être copieusement moqué par ses pairs et utilisé « comme un exemple de ce qu'il ne faut pas faire » (Howard-Jones, 1980). Plus récemment cependant, la théorie localiste de

Pettenkofer, malgré les erreurs dramatiques du postulat selon lequel la filtration de l'eau était inutile, regagne en légitimité, car elle est la première à prendre en compte les relations complexes germe-environnement (Morabia, 2007), qui connaissent un regain d'intérêt depuis les années 1970. C'est d'ailleurs sur ce point précis que les travaux de Pettenkoffer et de Koch se rejoignent. En effet alors qu'en révélant son agent, Koch semble apporter une clarification de taille dans la boite noire du mécanisme de transmission du choléra, il va par la même occasion planter la graine d'un doute lancinant sur les capacités de subsistance du choléra :

> « Une question importante demeure, qui est de savoir si le matériel infectieux est capable de se reproduire ou de se multiplier en dehors du corps humain. Je pense qu'il le peut […] Certains endroits [dans la nature] pourraient contenir des concentrations suffisantes de nutriments. »[24]
>
> (Koch 1884, également cité dans Colwell 1992)

À partir de la sixième vague, en 1899 les pays industrialisés d'Europe et des États-Unis ne seront plus affectés par le choléra, contrairement aux pays du sud. Le choléra est aujourd'hui tributaire de représentations fortes. En premier lieu, le choléra est fréquemment présenté comme une maladie du passé, « pré-moderne », voire « moyenâgeuse »[25]. Cependant, l'histoire du choléra au 19e siècle apparaît au contraire entretenir des relations plus ambiguës avec la modernité. En effet, l'avènement du choléra-monde est avant tout un produit de la modernité naissante des bateaux à vapeur, de la mobilité impériale, des villes industrielles balbutiantes et de la constitution d'un prolétariat urbain vivant dans des conditions plus propices encore à la possibilité d'épidémies que les configurations démographiques de la « vieille gadoue » de l'ancien régime.

En deuxième lieu, les récits contemporains de la défaite du choléra tendent à tisser un lien direct entre la connaissance acquise sur la maladie et l'action prise pour l'endiguer. Il est commun d'entendre présenter l'ordre de la résolution des épidémies de manière plus ordonnée et fluide : la science aurait compris la maladie, les autorités auraient suivi les recommandations en mettant en

[24] " There remains still the important question to be answered, whether the infectious material can reproduce or multiply itself outside the human body. I believe it can [...] some spots may contain sufficient concentrations of nutritive substances."

[25] « Les maladies moyenâgeuses sont de retour » lepoint.fr/sante/les-maladies-moyenageuses-sont-de-retour-02-09-2018-2247682_40.php , consulté le 09 décembre 2018.

place les chantiers en eau et assainissement et qu'ainsi le choléra aurait été vaincu. Ainsi par exemple, John Snow peut être présenté dans une encyclopédie comme un « médecin anglais, à qui l'on doit la victoire sur le choléra »[26]. La prégnance des théoriciens du miasmes jusqu'à la fin du 19e siècle, leur rôle capital dans la mise en place (pour de mauvaises raisons) des infrastructures qui auront raison du choléra, la production politique de l'ignorance sur la nature de la maladie, l'ostracisme persistant des contagionistes — aujourd'hui considérés comme des héros de la science (Paccini, Snow) — tout ceci est laissé dans l'oubli afin de mieux célébrer à postériori une marche de la science sans accrocs. En effet de tels raccourcis contribuent constamment à l'édification de ce que Latour (2001) appellerait sans doute une histoire médicale linéaire et à l'abri des influences des sociétés qui la produisent, elles constituent une illusion positiviste.

Ces lectures simplificatrices font du choléra une maladie « pré-moderne » et vaincue, de manière linéaire, par la science au Nord. Elles restent à ce jour, constitutives de l'image d'un « choléra-trophée » preuve de la victoire de la modernité. Le choléra disparu devient ainsi l'un des gages de cette modernité. Mais au-delà de l'intérêt intrinsèque que cette discussion peut avoir pour l'histoire de la médecine, quelles sont les implications actuelles de cet imaginaire hérité sur la lutte contre la maladie ? Dans le chapitre suivant, nous aborderons le revers du choléra-trophée, lequel réside dans les significations politiques implicites que doivent affronter les pays qui font encore face aux épidémies de choléra. En effet, si le choléra est le trophée de la modernité des pays du Nord, que dire de ceux qui essuient encore des épidémies ? Comment dans ce contexte construire du savoir et un agir sur la maladie au 21e siècle ?

[26] http://agora.qc.ca/dossiers/John_Snow , consulté le 13 Avril 2017

Chapitre 2 : En attendant l'émergence économique : contours du contrôle choléra au 21e siècle

« Vous allez à Pétion-ville en Haïti.
Haïti, c'est un million de cas, dix mille morts depuis 2010.
Je suis sûre et certaine qu'à Pétion-ville il n'y a pas eu un seul cas.

Mais Pétion-ville à Port-au — prince, c'est Beverly Hills, c'est la piscine.
Mais les gens qui prennent les décisions, ils habitent Pétion-ville.
Donc même si en passant en bagnole ils vont bien voir que ' *vraiment le bidonville là : c'est pas bon*…', eux-mêmes ils ne sont pas exposés.

Ce qui n'est pas le cas du palu, de la rougeole, d'Ebola et tout ça.

On est sur une maladie… c'est la *neglected disease of neglected people*,
les gens qui sont touchés par le choléra ils n'ont pas voix au chapitre.
Ils n'ont aucun poids politique. »

Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Après une brève apparition au 19e siècle, l'Afrique subsaharienne est épargnée par le choléra pendant près d'un siècle, jusqu'à ce que, dans le courant de la 7e pandémie, une épidémie démarre

à Conakry à l'été 1970. En moins d'un an, la maladie traverse le continent. Depuis lors, des dizaines d'épidémies sont à déplorer chaque année, localisées avant tout dans la région des Grands Lacs et le long des côtes. La lutte contre le choléra en Afrique, et dans le « sud global », s'organise aujourd'hui sur la base d'un couple d'énoncés, que le Dr Calico, médecin humanitaire, nous restitue :

> « En France, en Suisse, en Espagne on n'a pas le choléra parce qu'on a de bons systèmes en eau, assainissement et hygiène. On est arrivés à ce standard, mais ce n'est pas évident. On ne va pas arriver à ce standard ni dans 2, 3, 4 ans, 6 ou 7 ans dans beaucoup de pays en Afrique, pour beaucoup de populations en Afrique ou en Asie ».
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Ce chapitre consiste en l'analyse de l'organisation de la fenêtre d'action sur le choléra, il aborde ensuite les effets qu'une économie morale de la parole sur la maladie exerce sur la mise en place de ces dispositifs. Il se conclut par une réflexion sur la convergence des logiques et leurs frictions dans le cadre des *hotspots*, dont l'ethnographie symétrique est présentée.

1. « À l'exception de l'eau ». La fenêtre d'action contre le choléra au 21e siècle

La lutte contre le choléra se situe actuellement dans un entre-deux, et se pense comme une période de transition. En attendant l'émergence économique qui serait à même de financer les infrastructures en eau et en assainissement en mesure de parer aux épidémies de choléra, la lutte contre la maladie doit donc être pensée en termes d'interventions intermédiaires dans un contexte de ressources limitées.

Ces interventions sont largement imaginées, financées et évaluées sur la base du cadre conceptuel et méthodologique de la médecine des preuves portant sur la quantification des maux et de l'efficacité des interventions et dont le modèle de l'essai randomisé contrôlé (RCT en Anglais) constitue l'étalon-or (Adams, 2013). Elles prennent la forme de dispositifs de surveillance et de contrôle des épidémies qui se veulent innovants et qui opèrent comme des « modèles voyageurs ».

Ils sont souvent pensés comme des « magic bullets », profilés pour un mal en particulier. La tendance, en ce qui concerne le choléra est donc à la mise en place de solutions technologiquement intensives, à l'effet mesurable, spécifiques à la maladie plutôt que transversales aux maladies hydriques.

Le vaccin anti-cholérique, qui est introduit en février 2012 en Haïti et en Guinée constitue l'intervention-phare pour le contrôle du choléra en Afrique. Suite aux premières campagnes, ce dispositif conserve un caractère innovant dans ses modalités de délivrance sur ses terrains d'introduction successifs : administration en urgence d'un régime de double dose orale, administration d'une seule dose orale, auto-administration de la deuxième dose par des bénéficiaires jugés « hautement mobiles ».

Les dispositifs innovants peuvent être assimilés à des modèles voyageurs (Behrends, Park, & Rottenburg, 2014), déployés sur la base d'une *success-story*, ils participent de la standardisation d'interventions faites au détriment de la prise en compte des contextes d'intervention (Brives et al., 2016 ; J. O. De Sardan, 2018). Ces interventions technologiquement intensives et cadrées par la médecine des preuves, également appelée *Evidence Based Medecine* requièrent la mise en place « d'industries du décompte » à différents niveaux (Adams, 2013). La plus importante est celle de la surveillance épidémiologique, qui constitue la base des interventions en santé publique (Zacher, 1999). Il est ici question décompter les occurrences du mal, de relever le nombre de personnes affectées par la maladie (*incidence*), le nombre de morts (*mortalité* et *taux de fatalité*) qu'elle entraine, de jours de maladie et de handicap (*morbidité*).

La surveillance épidémiologique sert deux objectifs principaux dans le temps. À court terme elle permet de détecter et de donner l'alerte sur le démarrage épidémique et l'activation de la « riposte » visant à contrôler la maladie. À long terme, elle mesure le « poids » de la maladie (*disease burden* en anglais) indicateur souvent jugé indispensable pour mettre la maladie « sur la carte », c'est-à-dire pour justifier le besoin d'investir auprès des financeurs et des décideurs. Sur le moyen et long terme, elle sert également à l'évaluation des interventions en santé en offrant une base de comparaison pour mesurer l'efficacité d'une intervention mesurée principalement par le différentiel de cas relevés avant et après l'intervention. Sans une mesure jugée précise et acceptée

du poids de la maladie, il est donc illusoire dans un monde de la médecine des preuves de sécuriser des financements et de faire valoir de l'intérêt de son intervention.

2. Appeler un chat un chat. L'Économie de la parole sur la maladie à l'aune des imaginaires hérités du choléra trophée de la modernité

Si le décompte des cas par la surveillance épidémiologique est central dans le champ de la lutte contre le choléra, quel est donc le poids actuel de la maladie en Afrique ?

> « Le *burden* [le poids] réel de la maladie n'est pas très bien connu, c'est certainement probablement plus que ce qui est rapporté, on parle de 50 à 150 000 décès par an. Personne ne sait exactement le *burden* »
>
> Dr Morgane (entretien, téléphone, janvier 2017)

Si le nombre de cas de choléra est difficilement estimable, c'est d'une part du fait des contraintes techniques pour des pays aux ressources limitées, qui ne sont pas toujours en mesure de maintenir un système de surveillance optimal. Des centres de santé aux ministères de la Santé des capitales, en passant par les laboratoires universitaires, régionaux et centraux, la chaine de la surveillance et de la confirmation de laboratoire est longue et les données de terrain, pour une grande part toujours inscrite sur du papier, on a toutes les chances de ne pas parvenir au niveau central. Cependant, ce raisonnement logistique ne permet pas d'expliquer à lui seul le manque de visibilité sur la comptabilisation du mal cholérique en Afrique. Si l'estimation est difficile en dépit des efforts et de la pression considérable des différents intervenants en santé (OMS, Fondations et ONG) pour des données fiables et une transparence sur les évènements épidémiques, c'est que la parole sur la maladie et la production de savoirs sur celles-ci ne relèvent pas d'une simple pratique de comptage, mais qu'elle sous-tend une économie de la parole chargée autour de la maladie.

Nous pouvons relever différentes formes de silences produits autour des évènements cholériques. Dans un premier groupe, il y a, nous dit Dr Calico, « les pays qui **ne reconnaissent pas l'existence du choléra**, l'Éthiopie ou le Soudan. Ces pays qui disent que c'est des *Acute Watery Diarrea*

outbreaks, on a des AWD, mais on n'a pas de choléra »[27]. Plutôt que de reporter et d'annoncer des épidémies de choléra, ces pays notifieraient alors des épidémies de AWD **« ce qui n'existe pas techniquement »**[28] pointe le Dr Morgane**.** Dans ce cas-là, les partenaires spécialisés dans l'intervention épidémique sont prêts à « jouer le jeu », Morgane indique « Bon, si on n'appelle pas un chat un chat, à la rigueur on peut s'en tirer quand même. On va dire 'entre nous là, en privé, on met ça sur le choléra'. Donc ça, ça va aller à peu près. »

Cette dénomination indirecte est également accompagnée d'un délai de notification, de sorte qu'au moment d'épauler le ministère de la Santé en question, les opérateurs internationaux des agences onusiennes et des ONG médicales doivent souvent faire un rattrapage en respectant la taxinomie employée par le pays.

Il existe cependant des formes de « production de l'ignorance » plus marquées encore autour des phénomènes cholériques, il n'est alors plus question d'euphémismes, mais bien d'un refus complet de communication. Dr Morgane nous explique que dans ces cas-là

> « c'est le black-out total ! On sait [de manière officieuse] qu'il y a du choléra dans [X pays] en ce moment, on sait qu'il y a des cas dans telle ville [mais] c'est à peu près tout ce qu'on sait ! » dans ce cas les opérateurs internationaux du contrôle sont démunis face à ceux qui refusent l'assistance technique. « Là, on est dans un niveau de déni maximum quoi ! Donc là pour la réponse euh… moi je ne suis pas magicienne quoi ! Ça, c'est un problème politique à 100 % ! ».
>
> Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Le Dr Calico donne également une impression de l'étendue du problème : « c'est très facile de ne pas avoir de choléra, tu ne confirmes pas de choléra [en laboratoire], tu n'as pas de choléra »[29]. Le phénomène ne se limite pas à l'Afrique sub Saharienne, « Le Bangladesh et l'Inde, ça a été des

[27] Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018.
[28] Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018.
[29] Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018.

pays hyperendémiques qui n'ont pas notifié de choléra depuis des années, l'Inde a probablement des millions de cas chaque année, elle déclare 800 cas à l'année ».

Pour les experts qui pensent en termes de santé globale, les différentes formes de déni de choléra posent un problème de santé publique immédiat, mais également lointain. En refusant de reconnaître le problème et donc de l'aborder, les pays qui gèrent en silence la maladie promettent de constituer des viviers potentiels de résurgence de la maladie.

Le Dr Calico, qui est intervenu pour une ONG médicale lors de plusieurs épidémies africaines, dessine les limites de cette stratégie « il y a un moment où tu ne peux pas cacher le problème, c'était la courbe du Zimbabwe c'est l'exemple, c'est un paradigme tu vois, tu as l'épidémie qui démarre comme ça [il dessine une courbe épidémique sur une feuille blanche] »

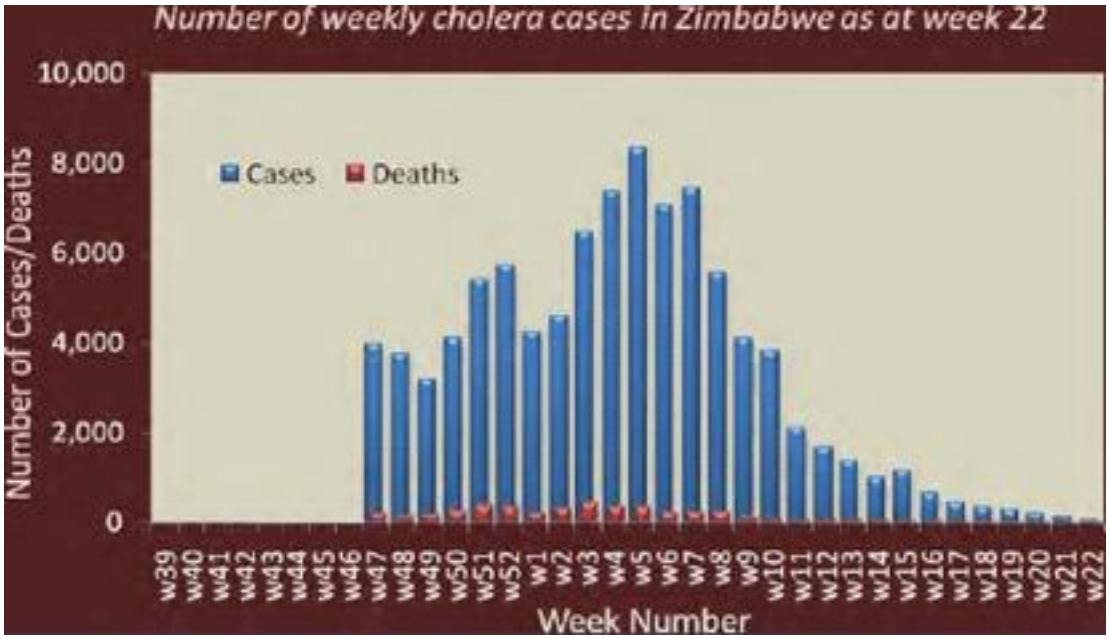


Figure 5 Nombre de cas de choléra au Zimbabwe à partir de la semaine 22, 2009 (source : who.int)

Calico pointe la zone vide avant les premières déclarations (semaine 39 à 46 dans la figure 5) :

> « Tu vois qu'il y a eu un gros morceau de l'épidémie qui n'a jamais été décrit parce que le ministère n'a pas détecté ou il n'a pas voulu notifier cette épidémie, il a essayé de dire 'on va réussir à contrôler, on va réussir à contrôler' jusqu'au moment où c'est tellement évident qu'il faut faire un appel à l'aide extérieure, tu vois ? »
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Le prix du silence

Pour nos interlocuteurs, le silence fait autour des phénomènes épidémiques est motivé par deux raisons principales : les effets négatifs sur le commerce d'une part, le stigmate d'un manque de bonne gouvernance de l'autre.

La raison principale invoquée pour la non-reconnaissance des cas de choléra réside dans les pertes économiques qui peuvent se produire après la déclaration de l'épidémie. Pour les pays tournés vers le tourisme de masse, le risque est grand de voir les vacanciers potentiels se détourner par peur d'être contaminés par la maladie. De plus, certains pays, notamment ceux du golfe, imposent des sanctions économiques sur les biens de consommation provenant de pays ayant des cas de choléra.

> « C'est-à-dire qu'ils vont par exemple interdire l'importation de bétail qui viendrait d'un pays où il y a eu une épidémie de choléra. Ça n'a aucun sens d'un point de vue épidémiologique ou scientifique hein ! Mais c'est la réalité. Or ces pays exportateurs [de viande] ne veulent pas déclarer à cause de ça »
>
> Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Ces mécanismes de dissimilation des cas visant à éviter les conséquences commerciales des quarantaines sont aussi anciens que les épidémies de choléra (cf. chapitre 1). Ce qui ne laisse pas de surprendre puisque, depuis l'après-guerre, l'OMS déconseille les quarantaines applicables aux personnes et sur les biens provenant de pays affectés par des épidémies de choléra (WHO 1993). Et de même, des experts à qui l'on demande pourquoi certains pays de la région taisent leurs cas de choléra, en viennent récemment à renverser la question : « Il faut qu'on parle aussi aux pays qui pratiquent ces sanctions pour ne pas qu'ils le fassent ! » [30]
Une troisième raison pour ne déclarer est d'ordre plus politique. D'après la Dr Morgane, elle réside dans le fait que le choléra « est une maladie qui est très facile à prévenir ! C'est pas un problème ! Vous donnez de l'eau même propre, ça suffit. » [30] La solution est bien connue et démontrée depuis

[30] Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018.

longtemps, « à commencer par l'Europe, il y a 150 ans » [30]. La situation resterait compréhensible dans les pays qui ont « un niveau de développement très limité, qui sont dans des crises chroniques » [30], il n'y alors rien de surprenant, « mais des pays qui sont stables, qui ont des niveaux de revenus, disons décents, et qui ont toujours du choléra, ça veut dire que là il y a un problème de gouvernance ! » [30] La reconnaissance de la maladie dans ces cas-là est un aveu de défaillance que d'autres pourraient se voir reprocher : « si vous aviez investi dans les structures publiques, vous n'auriez pas d'épidémies de choléra » [30].

Nous observons ici la prolongation des logiques politiques dans la production du savoir et de l'ignorance autour de la maladie. La persistance des mécanismes de quarantaine, hérités des grandes pestes et maintenus au 19e siècle (Bourdelais, 2003), entraine des pratiques de silence autour des épidémies. On trouve ici aussi une permanence des mécanismes de protection par mise à distance et immobilisation des biens et des personnes, incarnés par les dispositifs quarantenaires, aussi bien que les pratiques de production de silence autour de la maladie visant à les contourner. Des pratiques similaires ont eu lieu à Hambourg, à Sunderland et dans de nombreux ports Européens dans le creux des flambées cholériques (Chapitre 1).

Aujourd'hui dans les pays dits « en développement » et « a revenus intermédiaires », on est en droit d'interpréter le silence épidémique concernant le choléra comme la volonté d'échapper au stigmate du choléra au sens de choléra-trophée, dont l'absence constituerait un gage de modernité — mesurée ici par Dr Morgane en termes de « bonne gouvernance » — et sa survivance un marqueur de sous-développement. Tout se passe donc comme si le champ contemporain de la lutte contre le choléra continuait d'être déterminé par les implications symboliques des savoirs produits historiquement sur la maladie.

A l'heure de la « médecine des preuves », quelle médecine efficace peut être déployée sur la base de statistiques dont les trous ne sont pas simplement dus à un manque de surveillance, mais à une volonté tacite de ne pas dire le choléra ? Quel biais l'écologie politique du risque choléra engendre-t-elle sur les modèles prédictifs développés dans la pratique de la santé globale ? Quels contextes possibles (Brives et al., 2016) peuvent-ils être construits par les producteurs de la connaissance sur

la maladie dans cette configuration ? Enfin, quelles stratégies de contrôle découlent des décisions prises au niveau global sur la base de ces connaissances et de ces ignorances produites ?

Baignée par les imaginaires du choléra-trophée et pensée dans les registres de la médecine des preuves, qui se targue d'agir sur la base d'interventions dont l'efficacité a été mesurée, la lutte contre le choléra actuelle s'oriente vers des solutions qui ne sont pas celles qui ont historiquement fait preuve de leur efficacité durable contre la maladie, à savoir la mise en place des infrastructures en eau et assainissement. L'exercice actuel de la lutte contre le choléra se pense dans un régime d'exception temporaire pragmatique, une fenêtre d'action qui cherche des dispositifs alternatifs (notamment le vaccin) compatibles avec la médecine des preuves en attendant que les infrastructures classiques soient économiquement à la portée des bourses des pays affectés par le choléra.

Ensuite, si ces dispositifs alternatifs requièrent une production importante de connaissances, elle se heurte à des logiques de production de silence et par voie de conséquence, d'ignorance, instruite par des croyances héritées communes sur le choléra-trophée, la simple comptabilisation du choléra pourrait exposer au stigmate d'une pré-modernité.

Ces heurts toutefois, ne sont pas rédhibitoires en ce qui concerne la mise en place des dispositifs de surveillance et de contrôle déployés au sud et en Afrique en particulier. Les logiques de production de connaissances biomédicales et de production de silence (et d'ignorance) sur la maladie sont parfois partagées par les mêmes individus. Ceux-ci sont alors pris dans une « double contrainte » du fait de leur appartenance à la communauté scientifique et leurs attachements professionnels auprès d'institutions de contrôle de la maladie et du flux d'information sur les phénomènes épidémiques se déroulant sur le territoire national.

Ainsi, dans le cadre du projet Africhol j'ai eu la possibilité d'observer ces tensions alors que dans un effort de transformation des données de surveillance en information utilisable d'un point de vue opérationnel par les intervenants d'urgence, nous avions entrepris de relayer sur le réseau social Twitter les confirmations positives de choléra que les partenaires des ministères voulaient bien publier. Bien que de nombreux partenaires se soient « pris au jeu » et aient autorisé la publication

de ces informations, nous avons également eu à essuyer des refus, des mises en suspens de publications au cours de certaines épidémies, lesquelles existaient de fait dans les registres de surveillance, mais n'avaient pas d'existence propre dans le domaine public. Parfois les collaborateurs, très proactifs, devaient revenir sur les accords de principe quant à la publication de l'annonce de l'épidémie sur les sites d'information du projet, parce que l'autorisation finale n'avait pas été accordée par leurs supérieurs au niveau central, et à d'autres occasions, parce que, bien que validée par les responsables ministériels, tel gouvernement local s'opposait à la publication d'informations qu'il jugeait délétères. L'impact sur le commerce, le tourisme ou la dégradation de l'image de bonne gouvernance vis-à-vis des bailleurs internationaux ne sont pas les seuls risques qui se constituent autour de l'annonce des épidémies. Si des élections étaient en vue, le choléra pourrait être brandi comme « preuve » du manque d'avancement du pouvoir en place vers le progrès (autre effet du choléra-trophée comme indicateur de modernité). Ou encore, l'historique de tensions intercommunautaires pourrait être utilisé pour relancer des rumeurs sur l'utilisation du choléra comme arme bactériologique. Les usages sociaux de la nouvelle épidémique font de l'annonce des résultats de la surveillance une affaire bien plus politique qu'une simple opération de comptage épidémiologique ou qu'une simple activité routinière de santé publique comme d'aucuns aiment à présenter la surveillance.

3. Les Hotspots comme lieux de frictions

L'objectif de la surveillance ne réside pas seulement dans la mise en alerte du dispositif de réponse ni dans l'estimation du poids de la maladie. Elle peut également dégager des informations sur les des facteurs de risque qui peuvent eux-mêmes donner des indications sur des populations à risque. Très tôt, dans le cadre du programme Africhol, (CF introduction) les informations formelles et informelles recueillies ont pointé vers une surexposition à la maladie des personnes vivant de la pêche artisanale (également appelée pêche piroguière). L'identification des groupes de pêcheurs a ceci de particulier qu'elle est en fait aussi ancienne que le retour du choléra sur le continent, à l'occasion de la septième vague pandémique (GOODGAME, 1975) et que, répétitive dans les discours, elle ne donne pourtant lieu à aucune forme d'action spécifique pour pallier cette vulnérabilité. En fait cette connaissance, liée à l'expérience des agents de surveillance, des médecins, infirmiers, volontaires de santé, des experts internationaux et des humanitaires, mais

aussi des responsables communautaires, y compris parmi les groupes de pêcheurs, ne permet pas de constituer une connaissance d'un degré suffisant pour constituer une preuve solide au sens de la médecine des preuves. Comme *soft science* elle se situe en fait au dernier échelon de la pyramide des preuves (Adams, 2013). Pour atteindre un degré suffisant de preuve sur cette échelle, les facteurs de risques devraient être étudiés dans le cadre d'une étude à cas contrôle des facteurs de risques associés avec le choléra, pour se rapprocher ainsi du gold standard des Essais Randomisés et Contrôlés (*Randomised Controlled Trials*). Ce genre d'étude n'a pas encore eu lieu en Afrique pour la définition des groupes à risque.

Figure 6 Niveaux de preuve (aussi appelée Evidence Pyramid en Anglais) tiré de eupati.eu/fr/pharmaco-epidemiologie/medecine-factuelle/, consulté le 18 juin 2019.

Cet état de choses n'empêche cependant pas que ces formes de connaissances — jugées anecdotiques par les tenants de la médecine des preuves — circulent et agissent sur le choléra et les populations qui le subissent. Elles peuvent dès lors, sous certaines conditions, présenter un intérêt pour les intervenants, par exemple en contexte épidémique. Ce fut le cas en Afrique de l'Ouest pendant deux vagues épidémiques, en 2014 et en 2016, au cours desquelles je fus contacté par des experts de lutte contre les épidémies appartenant à deux organisations internationales différentes, qui voulaient savoir comment intervenir auprès des pêcheurs piroguiers Fante et

anticiper leurs mouvements le long de la côte, alors que des épidémies de choléra faisaient rage au sein de ces communautés. L'intérêt cyclique, très ponctuel et institutionnellement amnésique[31] pour les groupes dits à risque laisse songeur quand on consulte la littérature de la première épidémie côtière ouest-africaine, qui fait état des mêmes dynamiques de contamination exacerbée parmi ces groupes le long de la côte (GOODGAME, 1975). Ces registres de connaissances mineurs peuvent également être rappelés sur le devant de la réponse, dans le cadre de *l'implementation science* s'ils permettent de faciliter la mise en place de dispositifs innovants. Ce fut par exemple le cas pour l'introduction de vaccins anticholériques auprès de groupes de pêcheurs malawites. La mobilité des pêcheurs du lac Chilwa, considérée comme étant très haute justifie en effet, dans les documents officiels, l'expérimentation de l'auto-administration de la deuxième dose du vaccin par les pêcheurs bénéficiaires.

Enfin, ces formes mineures de connaissance circulent librement entre les experts, mais aussi localement, entre les personnels de soin, et dans les sociétés faisant face à la maladie. Elles sont mobilisées dans le cadre de dynamiques politiques locales qui peuvent s'avérer délétères pour les groupes à risques. Leur vulnérabilité, en tant que connaissance produite par les systèmes de surveillance, existe alors pour servir à leur stigmatisation, mais ne donne pas lieu à une action bienveillante de la part des programmes de la santé globale pour lesquels ils demeurent invisibles. La classification des populations comme étant à risque ne dépend pas uniquement de la classification de la médecine des preuves, de nombreux acteurs de la réponse sont conscients que ces catégories ne sont pas neutres politiquement. Bien qu'elles pourraient permettre la mise en place de politiques spécifiques destinées à venir en aide aux populations ainsi catégorisées, ces catégorisations échappent volontiers à ceux qui les créent et peuvent servir, dans le contexte politique chargé du choléra, à des fins moins nobles et on peut le craindre, à la stigmatisation des groupes. C'est donc également ce double tranchant, qui justifie d'éviter d'aborder la question des groupes à risques pour certains acteurs de la santé publique avec lesquels nous nous sommes entretenus.

[31] La transition vers un régime de l'urgence, qui plus est dans un cadre d'austérité budgétaire, y compris dans les organisations internationales, entraine également un « turn over » important et une prédominance des consultances, des contrats courts et précaires parmi les experts embauchés à court terme (pour un épisode épidémique, une campagne de vaccination réactive, etc.) chargés de répondre aux épidémies et de constituer des savoirs opérationnels de la réponse. De sorte que d'une épidémie à l'autre, pour le même poste, la même région et les mêmes populations à risque, on retrouve des personnes différentes qui n'ont souvent pas bénéficié de la documentation de leurs prédécesseurs.

Si la question du « qui » épidémique semble bloquée dans des registres inexploitables pour la réponse (aux épidémies), celle du « où » a pris un envol notable au cours des années 2010. La distribution géographique des cas détient deux atouts majeurs dans le cadre de la lutte telle qu'elle se pratique aujourd'hui. Elle repose sur des techniques des Systèmes d'Information Géographique (SIG, communément appelée GIS en anglais) très en vogue, relativement facile à financer et offrant le bénéfice d'éviter les considérations d'inégalités de revenus et d'appartenance à des groupes sociaux (Brives et al., 2016). Le produit le plus notable des tentatives de placer le mal sur une carte réside sans doute dans l'adoption de la notion de « hotspot » du choléra (ou « hot spot ») comme unité de localisation et d'encapsulation du mal à l'échelle globale. Les hotspots sont une notion d'écologie épidémique (Brown & Kelly, 2014), ils sont aussi tributaires des « hot zones » un concept popularisé par le best-seller éponyme de Richard Preston (1994). ils sont également pensés dans le cadre d'une approche territoriale de la gestion gouvernementale des risques majeurs que Collier et Lakoff (2008) ont appelé la *distributed preparedness*. En début de guerre froide, celle-ci comprenait les techniques pour cartographier sur le territoire national les cibles potentielles d'attaques nucléaires et, sur cette base, procéder à une réorganisation administrative du territoire. En santé, les hotspots constituent un lieu privilégié du rapport au risque épidémique et dont il faut ouvrir la perspective à l'ethnographie (Brown & Kelly, 2014). Nous suivons ici Brown et Kelly dans leur plan d'exploration des rencontres matérielles qui s'effectuent au sein des « hotspots »[32] et les économies de la production des savoirs et de l'ignorance qui s'entrecroisent au sein de ces lieux de friction d'un monde globalisé (Tsing, 2005).

Le hotspot du choléra en tant qu'outil du contrôle de la maladie permet de déterminer les lieux de vie de ceux et celles dont le système de surveillance indique qu'ils sont les plus affectés par la maladie, sans parler directement de ces populations ou des déterminants sociaux de leur vulnérabilité. Le hotspot constitue une boîte noire. Cette dernière présente de nombreux avantages : elle évite l'interrogation des inégalités sociales et politiques, réduisant ainsi le risque d'entraves

[32] Cependant, Brown et Kelly empruntent le terme (écrit *hotspot*, sans espace) à l'écologie des épidémies et « offrent » alors le *hotspot* comme une heuristique de l'étude de la santé globale. Dans mon cas, je ne construis pas le *hotspot* en tant qu'anthropologue, mais le prends comme donné par les experts en santé publique, bien que mon intention soit la même, en faire une ethnographie. Cette distinction me semble nécessaire dans le sens ou le concept de hotspot est devenu une catégorie opératoire centrale des acteurs de la lutte et de la surveillance du choléra, bien plus prégnante qu'elle ne le fut ou l'est à l'heure ou ces lignes sont écrites dans le cadre d'Ebola des dernières épidémies africaines.

politiques à la production de la connaissance. Elle gomme les contextes et produit de ce fait des comparables à l'échelle globale, gagnant ainsi les faveurs de la médecine des preuves. La standardisation impliquée par la boîte noire des hotspots permet également de constituer une cible circonscrite et pensée comme politiquement neutre pour les dispositifs innovants de réponse (notamment les vaccins), lancés à une échelle globale.

Enfin la boîte noire permet de s'intéresser au comment de la maladie sous un angle biologique, en établissant un deuxième type de surveillance au sein des hotspots, environnementale cette fois. Car la question du choléra actuelle ne se limite pas à en connaître le poids et la distribution en Afrique. Des points d'ombre, ceux soulevés par Pettenkoffer ou Koch au 19e siècle, subsistent dans les causes possibles des démarrages épidémiques. Il s'agit en particulier de la capacité de la bactérie à se passer de la chaîne de transmission interhumaine en constituant des réservoirs environnementaux à long terme, ce qui permettrait hypothétiquement à la maladie de ré-émerger de manière indépendante à l'activité humaine. Si le doute sur cette capacité de survie environnementale existe depuis plus d'un siècle, il a pris la forme d'une controverse soutenue depuis les années 1970 et dominée jusqu'à récemment par les partisans du réservoir environnemental. L'Afrique constitue dans les années 2010 un front pionnier empirique de cette controverse. Aussi, nous proposons de présenter une cartographie de la controverse sur les réservoirs environnementaux en tant que scène majeure du déploiement de la production de connaissances et d'ignorance de la maladie.

Deuxième partie : Le charisme évidenciaire et les réservoirs de persistance théorique, étude de cas sur le *vibrio cholerae*

Chapitre 3 La naissance d'un doute : Introduction à l'hypothèse du réservoir environnemental du choléra

Le choléra est une maladie diarrhéique sévère, que l'on peut contracter par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des déjections ou des vomissements de personnes malades, ou encore lorsque des mains contaminées sont portées à la bouche, on parle de cycle féco-oral du choléra. L'agent causal de la maladie est la bactérie *Vibrio cholerae* El Tor. On considère classiquement que la dynamique des épidémies de choléra est conditionnée à ces cycles féco-oraux de transmission du vibrion d'une personne à l'autre dans lequel l'environnement aquatique (le puit, la rivière, la bassine d'eau claire) agit comme un transmetteur du choléra, pour une période limitée allant de quelques heures à 3 jours (Lahiri, Das, & Malik, 1939). On considère donc usuellement que l'épidémie de choléra ne peut se maintenir dans un lieu donné que par le biais des cas actifs et qu'une fois l'ensemble des malades soignés, la maladie ne peut y réapparaitre sauf réintroduction par un malade venu d'ailleurs.

À la fin des années 1970 et reprenant à leur compte une interrogation de Koch[33], qui avait isolé le bacille du choléra en 1884, certains biologistes commencent à remettre en cause ce modèle de transmission dite *interhumaine* et proposent d'y adjoindre la possibilité d'une persistance de la bactérie pathogénique dans l'environnement à hauteur de semaines, de mois voire d'années. L'environnement ne serait donc plus simplement un *transmetteur*, mais un *réservoir* du choléra. Les bactéries s'y trouvant en état de *dormance* pourraient survivre en s'associant à d'autres organismes comme les planctons, les crabes, les jacinthes d'eau et théoriquement « ressusciter » pour créer de nouvelles épidémies (Rita R Colwell & Spira, 1992a).

[33] Pour ses auteurs, l'hypothèse de la transmission interhumaine est vécue comme un dogme à dépasser, d'autant plus injuste que Koch avait lui-même émis quelques réserves sur l'aspect purement interhumain de la multiplication de ce qu'il nomma le *vibrio cholerae.* Celui-ci, explique-t-il pouvait peut-être s'abriter dans un milieu naturel pour y trouver les nutriments nécessaires à sa multiplication (Koch 1884 cité dans Colwell 1992).

Cette perspective ne vient pas enrayer le modèle classique de la transmission interhumaine, mais rajoute une source potentielle de contamination et de démarrage des épidémies de choléra et vient donc bouleverser la manière dont on appréhende et l'on étudie la maladie. Morgane, un médecin épidémiologiste qui travaille dans le contrôle du choléra pour divers organismes depuis les années 1990, résume ainsi :

> « Si vous avez une situation dans laquelle […] on va nous dire, nous expliquer que 'le Vibrio c'est rejeté dans l'environnement, ça reste dans l'environnement, ça se modifie, ça ré-émerge.' Ok, ça c'est l'argument disons des environnementalistes versus les mecs qui disent 'non, non, non pas du tout, l'environnement, il joue un rôle, mais juste de transmetteur. Ça passe d'une personne à l'autre via l'environnement, point barre.' Dans le premier cas c'est très embêtant, ça veut dire qu'on ne sait pas du tout ce qui va se passer, 'hé, euh, dans la mangrove en Guinée, je ne sais pas où, il y a des petits vibrios qui sont cachés et qui attendent la prochaine saison pour ressortir.' Contrôler ça, bonjour quoi ! »
>
> Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Cette hypothèse rend possible la reprise d'épidémies indépendamment de la réintroduction de la bactérie par des personnes malades, elle bouleverse donc la conception de la prévention et les hypothèses plausibles qui peuvent être faites en démarrage de chaque épidémie. Enfin, si la dynamique du choléra trouve toute sa complexité dans l'environnement, son étude relève alors principalement de la biologie de l'environnement et non plus uniquement de l'épidémiologie, de la bactériologie (et des sciences sociales). Cet enjeu n'est toutefois pas simplement celui de la détermination des disciplines pertinentes pour aborder et produire des connaissances sur le phénomène, on assiste ici à l'effacement des dimensions sociales et politiques des épidémies du choléra.

1. Dynamique spatio-temporelle d'une idée : d'hypothèse à paradigme

Afin de mieux cerner les acteurs et les institutions en première ligne sur la controverse de l'hypothèse du réservoir environnemental, nous avons constitué un corpus bibliographique en usant d'opérateurs de recherche visant à regrouper tous les articles comprenant « *Vibrio Cholerae* » ou « cholera » dans le titre, ainsi que l'un des mots clés représentatifs du débat (« environnemental », « survival »…)[34].

Les requêtes ont été lancées sur deux bases de données, celle de *Web of Science* et celle de *Dimensions.ai*, le 26 octobre 2018. Il y a peu de controverse concernant la personne qui devrait être considérée comme championne de l'hypothèse du réservoir environnemental, tant en termes du nombre de publications sur le sujet (170) que de citations de ces articles (plus de douze mille), la professeure Rita Colwell occupe le premier plan dans la défense de l'hypothèse. Son nom revient presque invariablement dans les entretiens qui abordent la controverse.

[34] Les opérateurs de recherche sont les suivants : "INTITLE: cholera OR vibrio cholerae AND INTITLE: environment OR environmental OR marine habitats OR ecology OR sea OR reservoirs OR coasts OR bay OR estuaries OR brackish waters OR lakes OR non-culturable OR nonculturable OR persistence OR survival OR dormancy OR Lagoon OR estuary OR crustacean OR climate OR shellfish".

Nom Organisation Pays	Publications liées au réservoir environnemental	Nombre de citations des publications concernées
Rita Rossi Colwell University of Maryland, College Park, United States	170	12,345
Anwar Huq University of Maryland, College Park, United States	117	6,710
Nur-A Hasan University of Maryland, College Park, United States	28	975
Richard Bradley Sack Johns Hopkins University, United States	25	1,632
Christopher J Grim Center for Food Safety and Applied Nutrition, United States	23	798
Bradd J Haley Agricultural Research Service, United States	18	669
M Ashraful Alam International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	18	716
David Allen Sack Johns Hopkins University, United States	15	1,440
G Balakrish Nair National Institute of Neurological Disorders and Stroke, United States	15	1,213

*Tableau 1 Auteurs ayant le plus grand nombre de publications dans le corpus sur le réservoir environnemental. *Les publications de Anwar Huq apparaissaient avec deux orthographes de son nom, nous les avons regroupées. Données obtenues sur app.dimensions.ai en décembre 2018.*

En particulier, avec plus de 1700 citations, l'article « DNA sequence of both chromosomes of the cholera pathogen *Vibrio cholerae* » publié dans nature en 2000 et dont Rita Colwell est une des auteurs est d'après Google Scholar, l'article à comité de relecture portant sur le choléra le plus cité de l'histoire. Avec plus de 1300 citations, l'article phare de Colwell qu'elle signe en auteur unique pour Science en 1996, « *global climate and infectious disease: the cholera paradigm* » est quant à lui le 4e article, juste derrière le texte fondateur de John Snow publié en 1854. La carrière de Rita Colwell ne s'arrête pas à ces articles ni au choléra, et un dernier chiffre pourra donner une idée de la portée de ses propos ; d'après le réseau Researchgate, tous articles confondus R Colwell a été citée plus de 49 000 fois.

Au-delà de la figure de Colwell, une passion pour le réservoir semble exister parmi les groupes de recherche sur le choléra aux États-Unis, mais aussi au Bangladesh et en Inde comme le montre la figure 7 permet de visualiser les pays les plus impliqués dans la production d'articles scientifiques portant sur le réservoir.

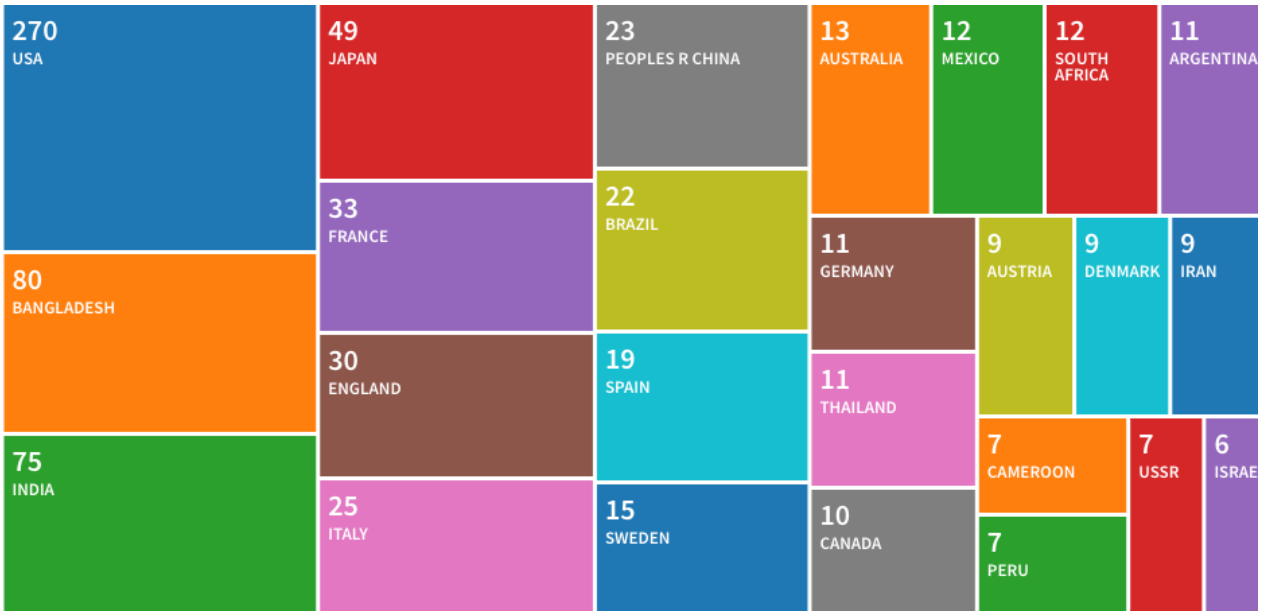


Figure 7 Carte proportionnelle du pays de rattachement institutionnel des auteurs du corpus sur le réservoir environnemental du choléra

concernant le continent africain, seuls le Cameroun et l'Afrique du Sud apparaissent. La figure 10 nous donne accès au découpage institutionnel des articles. L'université de Maryland représentée sous trois intitulés différents (tels que déclarés par les auteurs) domine la production avec (86 +68 +44) suivie par *l'International Center for Diarrhoeal Disease Research (ICCDDR, b)*, basé au Bangladesh, puis le National Institute of Cholera Enteric Diseases of India (NICED).

Figure 8 Carte proportionnelle des institutions de rattachement des auteurs du corpus d'articles sur le réservoir du choléra

Les mécènes du réservoir

Les défenseurs du réservoir ont réussi à susciter un intérêt durable pour leur hypothèse, mais qui au juste y croit *suffisamment* pour financer l'effort de recherche qu'ils proposent ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons entrepris d'identifier les financements associés aux auteurs les plus prolifiques parmi le corpus de littérature sur le réservoir. Pour chaque auteur nous avons compilé en annexe 2 les sources de financement de leurs articles les plus cités, l'annexe 3 présente quant à elle le détail de chaque financement accordé.

Nous avons identifié 17 organisations finançant les 30 auteurs les plus prolifiques du corpus sur le réservoir environnemental. Malgré la multiplicité des affiliations institutionnelles et géographiques des auteurs, une seule institution nord-américaine, le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) affiliée au National Institute for Health (NIH) tient une position prépondérante dans le financement de la recherche sur le réservoir environnemental au niveau mondial. En effet, sur les 30 auteurs les plus prolifiques l'institut en a financé 28. Seuls deux chercheurs, l'une de l'Université de Gène (N° 25), l'autre du Center for Food Safety and Applied Nutrition (N° 26) n'ont pas bénéficié des aides à la recherche du NIAID. Les autres institutions de financement n'ont pas de couverture comparable, elles se situent entre 1 et 4 chercheurs financés dans le groupe. Le NIAID est le premier « sur le coup » et finance Colwell sur un premier *grant* en 1977, entre cette date et 2018 ce sont 31 financements qu'il assurera sur le sujet pour un montant d'au moins 69 Millions de dollars.[35]

[35] Nous avons soustrait du calcul les financements qui ne font pas uniquement référence au *vibrio cholerae*. Ce montant n'est pas exhaustif : certains financements datant d'avant les années 1990 ne font pas référence aux sommes alloués. Enfin ces calculs sont effectués sur la base de notre échantillonnage raisonné d'articles parmi les auteurs les plus lus, d'autres financements attribués à des chercheurs moins prolifiques peuvent ne pas apparaître ici. Le montant total alloué par le NIAID à la recherche sur le *vibrio cholerae* environnemental pourrait être bien plus élevé.

Institution de financement	N Chercheurs financés (30 totaux)	Pays
National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIH)	**28**	États Unis
National Institute of General Medical Sciences (NIH)	**4**	États Unis
National Center for Advancing Translational Sciences (NIH)	**2**	États Unis
National Institute of Environmental Health Sciences (NIH)	**1**	États Unis
National Cancer Institute (NIH)	**1**	États Unis
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIH)	**1**	États Unis
Fogarty International Center (NIH)	**3**	États Unis
US Public Health Service	**1**	États Unis
Directorate for biological sciences (NSF)	**4**	États Unis
Ministry of education, culture, sports, Science and Technology	**1**	Japon
Japan agency for medical research and development	**1**	Japon
National Natural Science Foundation of China (NNSFC)	**1**	Chine
Wellcome Trust	**2**	UK
European Research Council	**1**	U.E
European Commission	**1**	U.E
Swiss National Science foundation	**1**	Suisse
Ministry of foreign affairs and international cooperation	**1**	Italie

Tableau 2 Synthèse des institutions finançant des travaux publiés sur l'hypothèse environnementale du choléra par les auteurs les plus prolifiques. Données brutes sur les auteurs et les institutions de financements issues de Dimensions.ai au 25 novembre 2018 et synthétisées par l'auteur.

Ces informations nous permettent de mieux situer les alliés institutionnels des chercheurs engagés sur le réservoir environnemental. Contrairement à d'autres controverses en santé globale, il ne semble pas y avoir de financement privé conséquent investi dans la controverse. Ce pan de la recherche semble s'appuyer presque exclusivement sur des financements publics et dans sa majorité sur le National Health Institute américain et l'intérêt qu'y suscitent des scientifiques avant tout américains, bangladeshi et indiens fonctionnant en réseau.

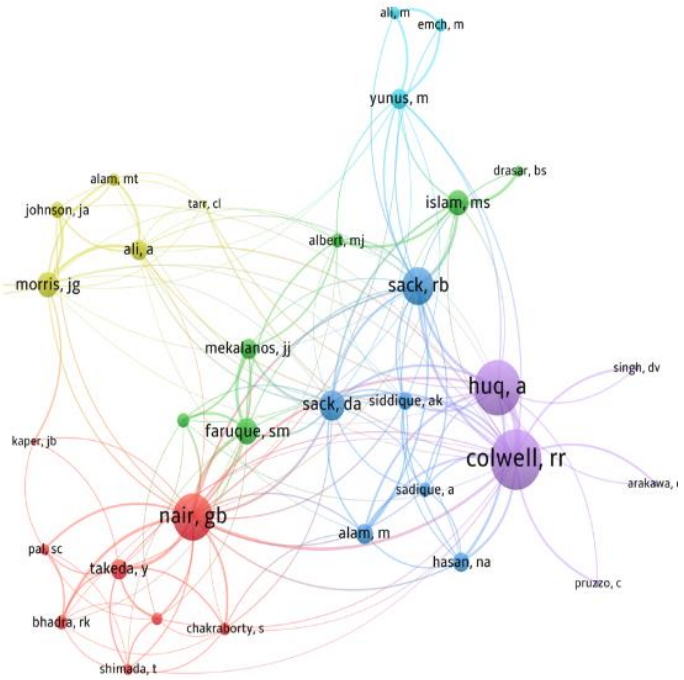


Figure 9 Distribution des auteurs les plus cités sur la théorie du réservoir environnemental. Données issues de Web of Science le 26 octobre 2018 et traitées avec le logiciel libre de droits VOSviewer.

Itinéraires d'une idée

Parmi les *Vibrio* cholériques seuls certains sérogroupes ont acquis une toxicité pour l'homme à même de produire la maladie : le *Vibrio Cholerae* 01 de biotype El Tor toxigénique, ou, plus rarement, le *Vibrio cholerae* 0139 toxigénique. Près de 200 autres bacilles, regroupés sous l'appellation *Vibrio cholerae non 01* et/ou *non toxigéniques* se retrouvent dans l'environnement en abondance et ne présentent pas la capacité de rendre malade (Islam, Drasar, & Sack, 1993).

Les premiers articles de la Professeur Rita Colwell sur le sujet partent de la comparaison génétique des différents vibrions, ceux obtenus auprès de patients, et ceux, à priori inoffensifs trouvés dans l'environnement. Colwell commencera par souligner avec les techniques ADN naissantes une certaine homogénéité entre les souches non toxigéniques présentes dans l'environnement et des souches toxigéniques prélevées en clinique. Elle en déduira que ces dernières devraient à priori être également capables de survivre dans l'environnement. (Citarella & Colwell, 1970). Les équipes de Colwell isolent entre 1976 et 1978 différents Vibrios cholerae, la plupart non 01 et non toxigéniques, un seul 01, mais non toxigénique, sur la base d'échantillons tirés de l'eau de la baie

de Chesapeake, située à proximité de la ville de Washington D.C. (R R Colwell, Kaper, & Joseph, 1977 ; Rita R Colwell & Spira, 1992 ; Kaper, Lockman, Colwell, & Joseph, 1979)
Les vibrios entreraient dans un état de dormance, et deviendraient rapidement non cultivables (mais dont on pourrait retrouver trace avec des techniques de *polymerase chain reaction* (PCR) en laboratoire. Les auteurs supposent qu'ils pourraient demeurer viables malgré cet état envisagé de dormance. Les auteurs notent que la teneur en vibrios semblait être corrélée aux niveaux de salinité et de température de l'eau (Rita R. Colwell & Huq, 1994).
Une autre équipe va confirmer ces résultats et isoler des vibrios non 01 dans le Bayou de Louisiane. Des études similaires ont lieu au Bangladesh, où les épidémiologistes planchent depuis les années 1940 sur les raisons de l'endémicité de la maladie et de la cyclicité de ses épidémies, qui semblent survenir chaque année aux mêmes mois de la saison froide et de la saison chaude (Islam et al., 1993).

Les années 1990 marquent un palier important pour les tenants de l'hypothèse du réservoir environnemental, d'abord par l'évènement extraordinaire d'une épidémie aussi inattendue que colossale entre 1991 et 1993 en Amérique latine qui fit plus d'un million de malades, cela alors que le choléra n'y était pas revenu depuis le début du siècle. Le Pérou fut le premier et le plus durement frappé des pays de la région.

C'est en 1992, pendant l'épidémie latino-américaine que des *Vibrio cholerae* toxigéniques sont pour la première fois isolés au cours d'un échantillonnage de routine dans l'environnement de la baie de Mobile en Alabama, dans le Golfe du Mexique, aux États-Unis. Cette baie sert de lieu de mouillage pour des bateaux provenant notamment de ports latino-américains (Motes, Depaola, Ginkel, & Mcphearson, 1994). Dans la foulée les résultats d'une deuxième étude, portant sur l'eau de ballast de cinq de ces bateaux rapporte la présence du même vibrion 01 épidémique. Les auteurs concluent qu'en déchargeant leur eau de ballast provenant d'Amérique latine, ces navires avaient contaminé la baie nord-américaine. Si d'aventure les résultats des échantillonnages environnementaux demeuraient positifs dans la baie au-delà de l'épidémie latino-américaine, il s'agirait sans doute de la démonstration de l'existence d'un réservoir environnemental pour le choléra. Cependant suite à l'interdiction du ballastage dans la baie aucun nouvel échantillon d'eau prélevé dans la baie ne s'est par la suite révélé positif (McCarthy & Khambaty, 1994).

C'est à la suite de ce retour du choléra sur le continent américain que Colwell publie l'article phare de l'hypothèse du réservoir environnemental et l'un des 5 articles les plus cité concernant le choléra, intitulé « Global climate change and infectious disease: the cholera paradigm ». Comme annoncé dans son titre, Colwell (1996) énonce un paradigme du choléra à la jonction des notions d'émergence environnementale et les phénomènes météorologiques tels qu'*El Niño* ou encore le réchauffement climatique. Prenant l'épidémie du Pérou comme cas d'étude et s'appuyant sur les études concernant les eaux de ballast, elle suggère que, similairement, l'environnement côtier du Pérou avait été contaminé par le ballast de bateaux provenant d'Asie du Sud Est. L'auteur avance que l'épidémie péruvienne démarrant presque simultanément en différents points de la côte devrait être due à une émergence environnementale liée à la démultiplication de planctons contaminés tout au long de la côte. Une source unique de contamination n'aurait pu être à l'origine d'autant de cas simultanés, argue-t-elle.

Cet article rencontre un succès académique considérable. Il démontre l'habileté de la Professeur Colwell dans l'intéressement pour son hypothèse. À la manière du Vibrio qui s'attacherait aux copépodes ou aux crabes pour prospérer, Colwell parvient à monter en généralisation en raccrochant les objets particuliers de sa recherche à des enjeux contemporains de premier ordre. Déjà, en liant les Vibrios cholerae non toxiques récoltés dans un pays qui n'avait pas connu d'épidémie depuis près d'un siècle à leurs homologues toxiques et épidémiques faisant des ravages sous d'autres cieux, la biologiste avait déjà réussi à susciter l'intérêt pour « ses » bactéries — à priori totalement inoffensives — qui se trouvaient à portée d'échantillons dans les Grands Lacs Nord-Américains. Avec la publication de son article portant sur le « cholera paradigm » dans *Science*, Colwell fait une deuxième avancée remarquable en liant cette fois-ci cet amalgame de Vibrios aux domaines théoriques du réchauffement climatique et construit dès lors un pont d'avec les disciplines et les groupes d'intérêts associés à cette thématique phare. Elle parvient ainsi à agrandir le collectif de recherche réuni autour de son hypothèse et à se constituer de nouveaux alliés prêts à reprendre ses énoncés dans le cœur de leurs propres travaux.

Le succès de Colwell est couronné lorsqu'elle est nommée pour occuper le poste de directeur de la National Science Foundation (NSF), de 1998 à 2004. Les années 2000 voient la prolifération de travaux scientifiques portant sur la relation *Vibrio cholerae* à l'environnement ou au climat, émanent de champs disciplinaires très variés. La figure 7 donne une autre perspective de l'empreinte et de l'impulsion que Colwell a donnée à l'hypothèse environnementale sur trois décennies.

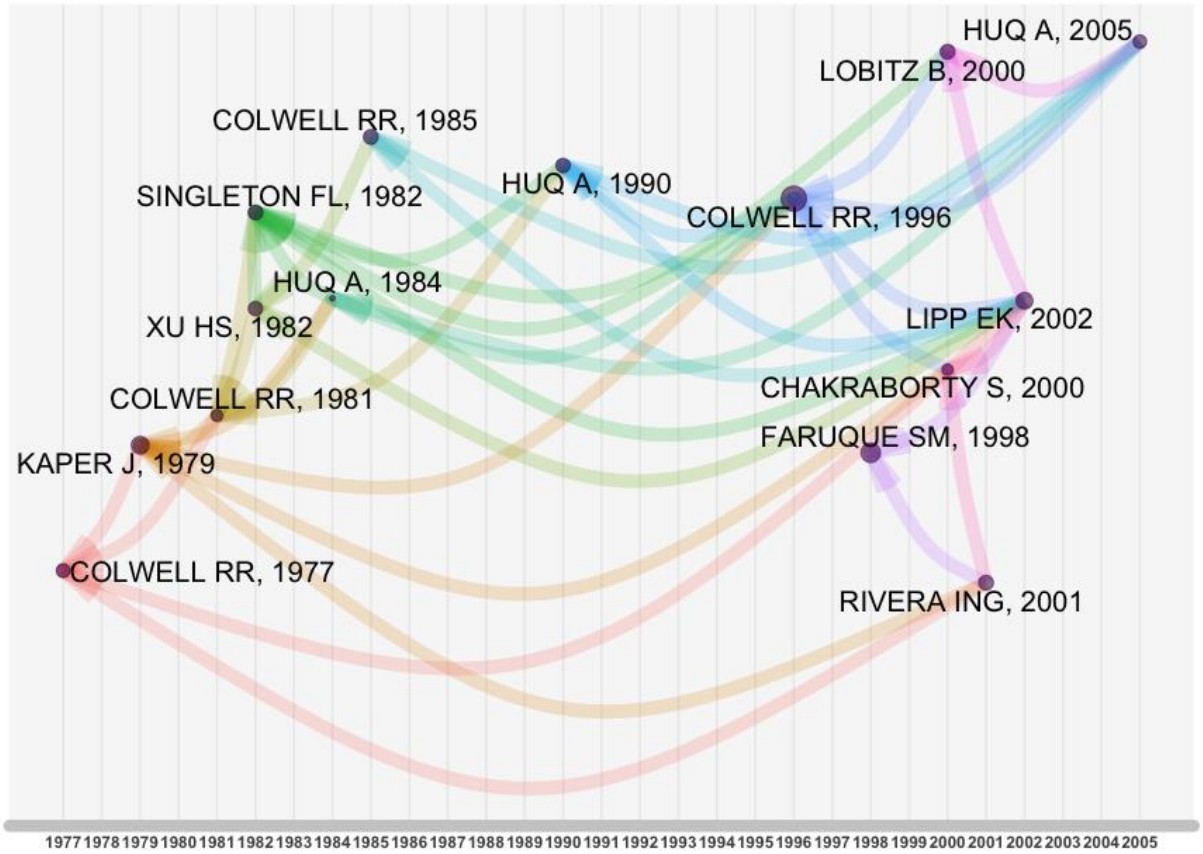


Figure 10 Réseau de citation directe pour le corpus sur le réservoir environnemental. Les 15 articles les plus cités ont été inclus, les liens représentent une citation directe. Données issues de Web of Science au 26 octobre 2018, analyse et graphique produits avec le logiciel R et le paquet Bibliometrix mis au point en distribué librement par Aria and Cuccurullo (2017)

Qu'implique cette agitation épistémique pour la compréhension du choléra et pour son contrôle ? Dans la prochaine section nous proposons de revoir le cheminement et la prévalence des travaux liés aux réservoirs environnementaux dans l'état de l'art de la recherche choléra et les

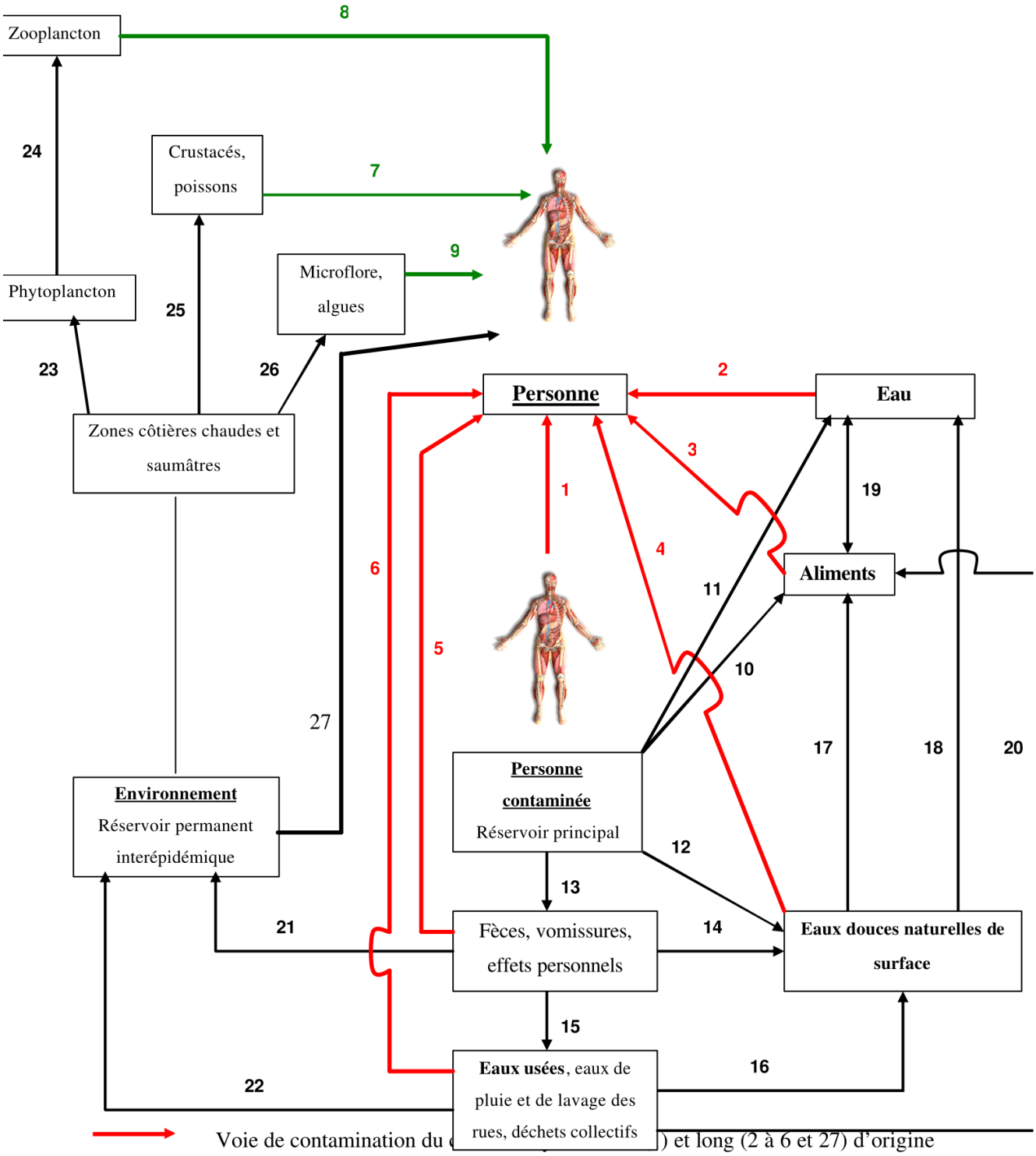
positionnements institutionnels sur le contrôle épidémique pour la période couvrant les années 2000 et 2010.

2. La prévalence de l'hypothèse du réservoir environnemental dans la littérature scientifique et dans les documents normatifs du contrôle épidémique.

Si le « paradigme du choléra » environnemental est contesté par une partie des experts, quelle est la place qui lui est attribuée dans la littérature scientifique et les documents normatifs ?

Sur sa page dédiée au choléra, L'OMS indique que les selles d'individus contaminés sont la principale source de contamination pour le choléra, et ajoute que *« Le bacille peut également subsister dans les eaux saumâtres des rivières ou les eaux côtières. »* [36] De même le CDC indique que « les eaux saumâtres et marines sont un environnement naturel pour […] le *Vibrio cholerae*. »[37] Les réservoirs environnementaux sont donc considérés comme une source crédible de contamination au choléra. L'hypothèse environnementale est reprise dans les ouvrages de référence, dans les mémoires et dans les articles de vulgarisation. La possibilité d'une source environnementale n'y est pas présentée comme une piste à suivre, même si des sections lui sont consacrées. Le ton est plus prudent. Ainsi dans un mémoire de santé publique concernant l'étiologie multifactorielle du choléra (Janny, 2004), l'auteur structure sa section sur les sources d'épidémies en réservoir environnemental/réservoir humain, malgré la mention de la nécessité de prendre ces observations de manière « prudente et critique ». Il pérennise cette double source épidémique par un schéma très clair qui différencie les circuits de contamination par le réservoir (en vert) et ceux du circuit de personnes à personnes (en rouge). Ce schéma sera largement partagé par les intervenants du choléra (nous y compris). Une décennie plus tard, nous participons également à la reprise de l'hypothèse dans un chapitre d'ouvrage dédié à la revue de littérature sur les flambées de choléra en Afrique. Nous présentons alors la persévérance du Vibrio dans la flore comme une voie possible de persistance du choléra en Afrique (Mengel et al., 2014).

[36] http://www.who.int/topics/cholera/faq/fr/ , consulté le 11 octobre 2018.
[37] "Brackish and marine waters are a natural environment for (…) Vibrio cholerae" http://www.cdc.gov/cholera/infection-sources.html consulté le 11 octobre 2018.



Voie de contamination du c) et long (2 à 6 et 27) d'origine anthropique.

Voie de contamination du choléra : cycle environnemental (7 à 9).

Voie de transmission du vibrion cholérique dans l'environnement anthropique et environnemental (10 à 26)

Figure 11 : voies de contamination et de transmission de Vibrio cholerae repris de Janny (2004)

L'engouement n'est pas limité aux sciences dures, on retrouve des partisans de cette hypothèse dans les sciences sociales, y compris parmi les auteurs « critiques ». Ainsi, en 2013, l'historien Myron Echenberg (Echenberg in Giles-Vernick & Webb Jr, 2013) introduit son article — au demeurant excellent — sur l'histoire du choléra en Afrique par un long paragraphe ou il explique que « pendant près d'un siècle, le dogmatisme scientifique soutenait que le seul réservoir du choléra se situait dans le conduit digestif des humains. Hautement adaptée à son hôte, il était cru que la maladie était incapable de survivre plus de quelques heures ou jours en dehors du corps humain. Aujourd'hui, il a été établi par des chercheurs de premier ordre comme l'Américaine Rita Colwell […] que le choléra toxigénique Vibrio El Tor a acquis la capacité de se maintenir sans hôte humain et de survivre dans le milieu aquatique. » [38]

Echenberg rapporte les mécanismes de cette survie : « En s'attachant à la coque des crevettes, et dans les intestins des coques, des moules et des huitres, ces bactéries sont capables de survivre de longues périodes de disette en se plongeant dans un état de dormance. Les chercheurs […] ont déterminé que les variables clé étaient la température et la salinité, l'adhérence aux surfaces et la colonisation des macrobiotiques avec des proliférations de zooplanctons ainsi que les copépodes. » [39] Partant du commentaire de résultats portant sur des vibrions cholerae non toxiques et non épidémiques appelés simplement « *Vibrio cholerae* » il tire une conclusion sur le choléra épidémique : « Les implications pour la dissémination du choléra sont énormes. Les *vibrions cholerae* furent capables de survivre en association avec de la végétation aussi commune que les Jacinthes d'eau […] aussi bien qu'avec d'autres zooplanctons et coquillages dans l'environnement aquatique. Les épidémies de choléra sont dès lors dépourvues de sources communes et ont une large distribution du fait des marées, des courants et des inondations saisonnières. » [40] À la faveur

[38] "For almost a century, scientific dogma held that the only reservoir of cholera was located in the human intestinal tract. Highly host adapted, the bacteria were believed incapable of surviving longer than a few hours or fays outside the human body. Today it has been established by leading scholars such as the American Rita Colwell and her South Asian associated Dilip Mahalanabis that toxigenic Vibrio cholerae 01 El Tor has acquired the ability to stand without a human host and survive in an aquatic milieu."

[39] "Attaching to shells of shrimps, and in the guts of clams, mussels and oysters, these bacteria are able to survive long periods of starvation by moving into dormancy. The researchers also investigated the microflora that served as cholera's nutrients in its aquatic environment. They determined the key variables to be temperature and salinity, adherence to surfaces, and colonization of macrobiota with zooplankton blooms, and copepods.

[40] "The implications for the spread of cholera are enormous; cholera vibrios are able to survive in association with such common aquatic vegetation as water hyacinths and the bluegreen bacterium anabena, as well as other zooplankton and shelfish in the aquatic environment; cholera outbreaks therefore lack of a common source and have a broad distribution as a result of tidal ebb and flow and seasonal flooding"

de cet amalgame de *Vibrio*, un imaginaire du choléra autonome s'épanouit dans une dernière phrase : « Alors que les courants océaniques balaient les aires côtières, ils sont capables de transporter du plancton et, accrochés à eux, leurs passagers bactériens »[41]. Quelques pages plus loin dans son texte, Echenberg va toutefois rappeler que l'hypothèse d'un réservoir doit encore être démontrée par la science.

Le Pr George a conduit des études microbiologiques sur le choléra depuis de nombreuses années et dans un entretien datant de juillet 2018, à Paris, il résume les travaux issus de la veine du *cholera paradigm :*

> « Des photo satellites, de la génomique un peu complexe, de la microbiologie, du temps, du climat » il ajoute avec un sourire en coin « tout ça, c'est magnifique ». [42]

Au sujet du Pérou il précise :

> « *El Niño*, l'épidémie de 91 — c'est là où je parle de mensonge —. Quand on regarde de près, le *El Niño* a commencé bien après le début de l'épidémie ! … Depuis, des travaux de séquençages ont montré que la souche venait d'Afrique, des choses comme ça. Mais n'empêche que l'histoire des bateaux, le ballast, le choléra qui était là, rampant sur les côtes, et qui tout d'un coup s'est mis à émerger parce qu'il y avait *El Niño*, tout ça, c'est une fable. » [43]

Pr George se réfère à une étude du début des années 2010 faisant usage du Séquençage du Génome qui a établi que la souche affectant l'Amérique Latine vingt ans auparavant était identique à une souche circulant précédemment en Angola et que par conséquent la maladie avait dû être importée par un malade à la fin des années 1980 (Mutreja et al., 2011).

Avant ces premières déconvenues sévères et fort de ses divers objets biologiques et son association avec le changement climatique, le « paradigme du choléra » connait une époque dorée dans les années 2000, et ce sont des centaines de papiers qui sont publiés qui, de près ou de loin, se penchent

[41] "As ocean currents sweep coastal areas, they are able to transport plankton and their bacterial passengers, which have attached them."

[42] Pr George, entretien, Paris, juillet 2018.

[43] Ibid.

sur les corrélations entre le choléra, les plantons, la salinité de l'eau, les variations climatiques diverses (Lutz, Erken, Noorian, Sun, & McDougald, 2013).

Pour de nombreux auteurs la démonstration de l'existence du réservoir alors relève d'une formalité, l'hypothèse a acquis force de paradigme au travers des disciplines et des supports de médiation des connaissances. À la fin des années 2000, le choléra fait un retour dévastateur et très remarqué sur le continent américain. L'épidémie d'Haïti va constituer l'épisode le plus médiatisé de la controverse du réservoir environnemental.

Chapitre 4 : Haïti ou le grand retour de la production de l'ignorance sur le choléra

De par son ampleur et du nombre de victimes qu'elle a faites, l'épidémie de Haïti, qui débute en fin 2010, en fait l'épidémie de choléra la plus discutée de l'histoire récente de la maladie. Cette commotion internationale doit également beaucoup au contexte de sa survenue, dans un pays déjà meurtri par un séisme et déjà au cœur de l'attention internationale. Elle s'explique également par l'implication controversée des Nations Unies dans l'introduction involontaire du choléra, par le biais de soldats des Casques bleus porteurs de la maladie. Cette controverse s'étalera sur des années et fera les choux gras de la presse internationale. Au cœur de cette controverse sur la *cause* de l'épidémie d'Haïti en particulier, vient s'y nicher une autre, théorique, que le public découvre : celle de la discussion des *causes possibles*[44] des épidémies de choléra, entre les partisans d'une hypothèse d'un réservoir environnemental du choléra et ceux qui plébiscitent la transmission interhumaine comme source exclusive de la maladie. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 3, Haïti n'est pas la première scène épidémique de cette opposition, mais c'est la seule dans l'histoire de la controverse qui mobilise intensément la sphère journalistique et le domaine public. En tant que telle, et par les écrits que cette controverse à ciel ouvert a produits, l'épidémie d'Haïti nous renseigne sur les logiques contemporaines de production de l'ignorance et les enjeux politiques renouvelés autour du phénomène cholérique. Nous prenons donc le cas haïtien comme une boîte de résonance pour des logiques ayant déjà eu cours de manière plus subtile concernant le choléra sous d'autres cieux, notamment en Afrique.

Quelques mois seulement s'étaient écoulés depuis le tremblement dévastateur qui avait couté la vie à plus de 230 000 Haïtiens. Haïti amorce sa « reconstruction » et plus d'un million de ses habitants sont encore sans-abri. C'est dans ce cadre qu'une foule institutionnelle composée de centaines

[44] Ici la discussion sur le choléra s'apparente dans le domaine public et pour un instant à celle du sida et des débats sur la « Cause » du VIH (Dozon 1991).

d'ONG, institutions de recherche et agences des Nations Unies intervient pour accompagner le pays dans sa lente et douloureuse reconstruction. De nombreux correspondants de presse séjournent également sur place pour couvrir l'intervention humanitaire et la situation sociale souvent bouillonnante. Le 21 octobre 2010, les autorités sanitaires haïtiennes déclarent un démarrage épidémique dans la région d'Artibonite, au nord de Port-Au-Prince. La nouvelle est relayée intensément dans les médias locaux et internationaux. Malgré la présence massive d'intervenants médicaux rompus à la prise en charge de malades diarrhéiques, la flambée prend rapidement des proportions importantes, les premiers articles font déjà état de plus de cent morts (P. Farmer, 2012).

1. Droit de savoir, devoir d'ignorer. L'antichambre de la science en action

Rapidement, la question de l'origine de la maladie se convertit en une préoccupation centrale parmi la population haïtienne. En effet Haïti n'avait pas connu d'épidémies de choléra depuis près d'un siècle. Nombreux sont ceux qui, parmi la population, « la société civile »[45] ou les intervenants humanitaires, se demandaient : d'où la maladie pouvait-elle venir ? Dès les premiers jours, des rumeurs circulent concernant l'origine de la maladie, en particulier à l'égard d'un campement de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH) (P. Farmer, 2012). Il est rapporté que certains villageois auraient aperçu des camions provenant du campement déverser des liquides nauséabonds dans la rivière, et qu'en aval du courant des villageois seraient tombés malades (Katz, 2013; Piarroux et al., 2011). L'épidémie de choléra aurait-elle donc commencé, comme le suggéraient les rumeurs, autour d'un camp des Casques bleus de la MINUSTAH ? Le site de la mission publie dès le 22 octobre l'information selon laquelle « le premier cas de choléra selon le ministère haïtien de la Santé Publique et de la Population (MSPP), a été recensé le 24 septembre dans le Bas-Artibonite », un endroit éloigné de leur base et associé à une date de démarrage supposé plus ancienne, que l'on ne retrouvera pas reprise par la suite dans les divers

[45] http://www.potomitan.info/ayiti/cholera.php , consulté le 12 décembre 2018.

rapports épidémiologiques. Les Nations Unies n'auront alors de cesse de se défendre d'une implication dans le démarrage épidémique (Frerichs 2016).[46]

Les médias internationaux, déjà investis dans le récit de la catastrophe sismique puis d'une reconstruction pilotée par une communauté internationale « au chevet » d'Haïti, s'emparent de la question de la Cause et cherchent des experts du choléra pour commenter la survenue épidémique.

Durant la première semaine de l'épidémie, les interlocuteurs principaux des médias seront des épidémiologistes d'agences internationales, la plupart états-uniens et généralement favorables à l'hypothèse d'un réservoir environnemental (Ibid). Ainsi David Sack, qui est l'un des auteurs les plus prolifiques sur le thème du réservoir environnemental (voir tableau 1, chapitre 3), offre le 26 octobre, soit 5 jours après la déclaration de l'épidémie, son interprétation sur l'origine du phénomène. Il commence par étayer sa conception de la nature de la bactérie : « le choléra est une bactérie environnementale, elle peut persister dans l'environnement pendant beaucoup, beaucoup d'années sans qu'il y ait d'infections humaines ».[47] Sur cette base théorique, il offre une explication possible de l'arrivée de la bactérie sur l'île : « l'explication la plus probable tient dans l'augmentation de la température et la salinité dans les rivières estuaires autour de la baie de Saint-Marc dans le Département de l'Artibonite à Haïti. Cette aire, située à 70 kilomètres au nord-ouest de Port-au-Prince, est l'épicentre de la flambée de choléra actuelle. »[48] Pendant ce temps, les porte-parole des Nations Unies ne cessent de communiquer. L'un d'eux déclare le 26 octobre que le contingent népalais est arrivé le 15 octobre, car déjà des articles de presse indiquent qu'une flambée de choléra avait lieu au Népal, dans la ville de provenance du contingent de Casques bleus fraîchement arrivés en Haïti. Le porte-parole avait assuré que les déjections humaines du camp n'étaient pas déversées dans la rivière, que le camp disposait de fosses septiques construites en circuit fermé et qui étaient vidées conformément à la réglementation dans des cuves situées à

[46] Depuis les États-Unis, le Pr Ralph Frerichs a constitué une revue de presse et des déclarations des agences humanitaires concernant l'épidémie de choléra en Haïti et mené des entretiens téléphoniques avec le Pr Piarroux. Son livre « Deadly Rivers » retrace l'enquête épidémiologique du Pr Piarroux dans le contexte délicat de l'épidémie d'Haïti.

[47] "Cholera is an environmental bacterium, It can persist in the environment for many, many years without any human infections." NPR, Earthquake Not To Blame For Cholera Outbreak In Haiti, https://www.npr.org/sections/health-shots/2010/10/26/130832317/earthquake-had-nothing-to-do-with-cholera-outbreak-haiti consulté le 9 décembre 2018, également cité par Frerichs (2016).

[48] "The most likely explanation is a rise in temperature and salinity in the river estuaries around the Bay of Saint-Marc in the Artibonite Department of Haiti. That area, 70 miles or so northwest of Port-au-Prince, is the epicenter of the current cholera outbreak.", Ibid, également cité par Frerichs (2016).

250 mètres de la rivière, soit « vingt fois la distance requise au niveau international »[49] (Frerichs 2016).

Ces déclarations piquent la curiosité de deux reporters qui ont la même idée : se rendre sur place pour évaluer la situation du camp. En découle un reportage vidéo surréaliste de Sébastien Walker, correspondant d'Al Jazeera qui, filmé, tente d'interviewer au travers du grillage des soldats Casques bleus qui s'affairent à portée de micro avec des pelles.[50] Ils sont visiblement gênés et pressés de colmater ce qui apparait être des fuites autour des latrines. En contreplongée on aperçoit la rivière, dans la séquence suivante une habitante du village en aval témoigne des cas de diarrhées sévères qui y sont survenus. Un autre journaliste, Katz, retrouvera le même décor et publiera le premier article, puis un livre, formalisant les suspicions locales, auxquelles il ajoute un élément troublant : le contingent provient d'une ville Népalaise qui était alors affectée par une épidémie de choléra (Katz, 2013 ; Piarroux et al., 2011).

Suite à ces révélations la gronde populaire s'intensifie et une centaine de personnes manifestent le 29 octobre 2010 devant le camp de la MINUSTAH pour demander le départ des Casques bleus (Frerichs 2016). Le jour même, un agent du Center for Disease Control and Prevention (CDC) donne à nouveau une lecture environnementale de l'épidémie à la radio américaine NPR :

> « Nous n'avons pas de preuve qui confirme cette rumeur. Il est certainement possible que le choléra ait été introduit par un voyageur provenant de n'importe où dans le monde. Il est possible que le choléra soit venu par l'environnement, par les eaux de la mer Caribéenne ou peut-être par l'eau de rivière qui, vous savez, aurait pu avoir un petit réservoir de Vibrios. Et que, pour des raisons environnementales que nous ignorons, qu'ils se soient démultipliés, quelqu'un serait tombé malade et ainsi aurait commencé le cycle d'augmentation de la contamination de l'eau »[51]

[49] https://lenouvelliste.com/public/index.php/article/85056/une-maladie-importee-la-minustah-clame-son-innocence
[50] " UN investigates cholera spread in Haiti ", Al Jazeera 2010 disponible: https://youtu.be/gk-2HyQHUZ0 , consulté le 4 décembre 2018.
[51] "I've heard that rumor.[…] and we have no evidence at all to support it. It is certainly possible that cholera could have been introduced by a traveler from anywhere in the world. […] possible that it could have come here through the environment, through water in the Caribbean Sea or perhaps through river water that, you know, may have had a small reservoir of Vibrios. And for environmental reasons we don't understand, that bloomed, someone became ill and started the cycle of increasing water contamination."
https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=130916261&t=1544437884218, consulté le 9 décembre 2018, également partiellement cité par (Frerichs 2016).

Colwell elle-même donnera plusieurs interviews pour expliquer la soudaine épidémie par l'hypothèse environnementale dont elle est la championne depuis 3 décennies. Le 24 novembre 2010 elle déclare ainsi « Le type de distribution et la propagation rapide sur de grandes distances indiquent que le choléra était déjà présent. Une source unique (comme un camp de gardien de paix des Nations Unies) ne pourrait pas avoir causé une propagation si rapide et massive de choléra. »[52]

À la demande du gouvernement haïtien, le gouvernement français a envoyé à Port-au-Prince le Pr Renaud Piarroux, un épidémiologiste et bactériologiste spécialisé dans le choléra et notoirement dubitatif concernant l'hypothèse environnementale. Celui-ci entreprend de conduire, dans le courant du mois de novembre 2010, une enquête épidémiologique pour documenter la dynamique et la source de l'épidémie. Son enquête menée avec des personnels du ministère de la Santé haïtiens mène rapidement aux villages bordant le camp de la MINUSTAH. Son hypothèse est celle d'un déversement massif dans la rivière des eaux noires de latrines contaminées du camp des Casques bleus. Son rapport, partagé avec les autorités sanitaires et le corps diplomatique français, fuite rapidement dans la presse, et fera également l'objet d'une publication sous forme d'article scientifique (Frerichs, 2016 ; Piarroux et al., 2011).

On retrouve au milieu de cette nouvelle scène haïtienne, et pris dans des enjeux politiques denses, des auteurs qui se font face depuis des années dans la controverse du réservoir environnemental. Ils appartiennent à notre sens à des communautés épistémiques différentes. Le groupe mené par la Pr Colwell repose fortement sur la biologie moléculaire, les données climatiques et fait peu de cas des enquêtes de terrain au profit de modèles plus englobants. Ils sont convaincus que l'environnement est le réservoir principal du choléra au niveau global et que l'épidémie d'Haïti n'échappe pas à la règle. Le groupe mené par le Pr Piarroux (dans lequel ou retrouve également le Pr Frerichs et le Dr Rebaudet) bien qu'ils soient des usagers fréquents des techniques biomoléculaires donne une place centrale à l'épidémiologie de terrain et aux travaux

[52] "The pattern of distribution and rapid spread across a large area indicates it was already present. A single source — such as the UN peacekeepers camp — would not have caused such a massive and rapid spread of cholera, she said. physicians are just not taught about the environment as it contributes to disease," Colwell said. ""It takes a long time to change the paradigm within the medical community." "Experts say UN did not bring cholera to Haiti: It was already there", Tom Paulson Humanosphere, 2010 http://www.humanosphere.org/global-health/2010/11/experts-say-un-did-not-bring-cholera-to-haiti-it-was-already-there/, consulté le 10 décembre 2018.

pluridisciplinaires. Ses partisans sont au minimum dubitatifs sur la possibilité de réservoirs environnementaux du choléra et persuadés que l'épidémie haïtienne est due à une importation humaine.

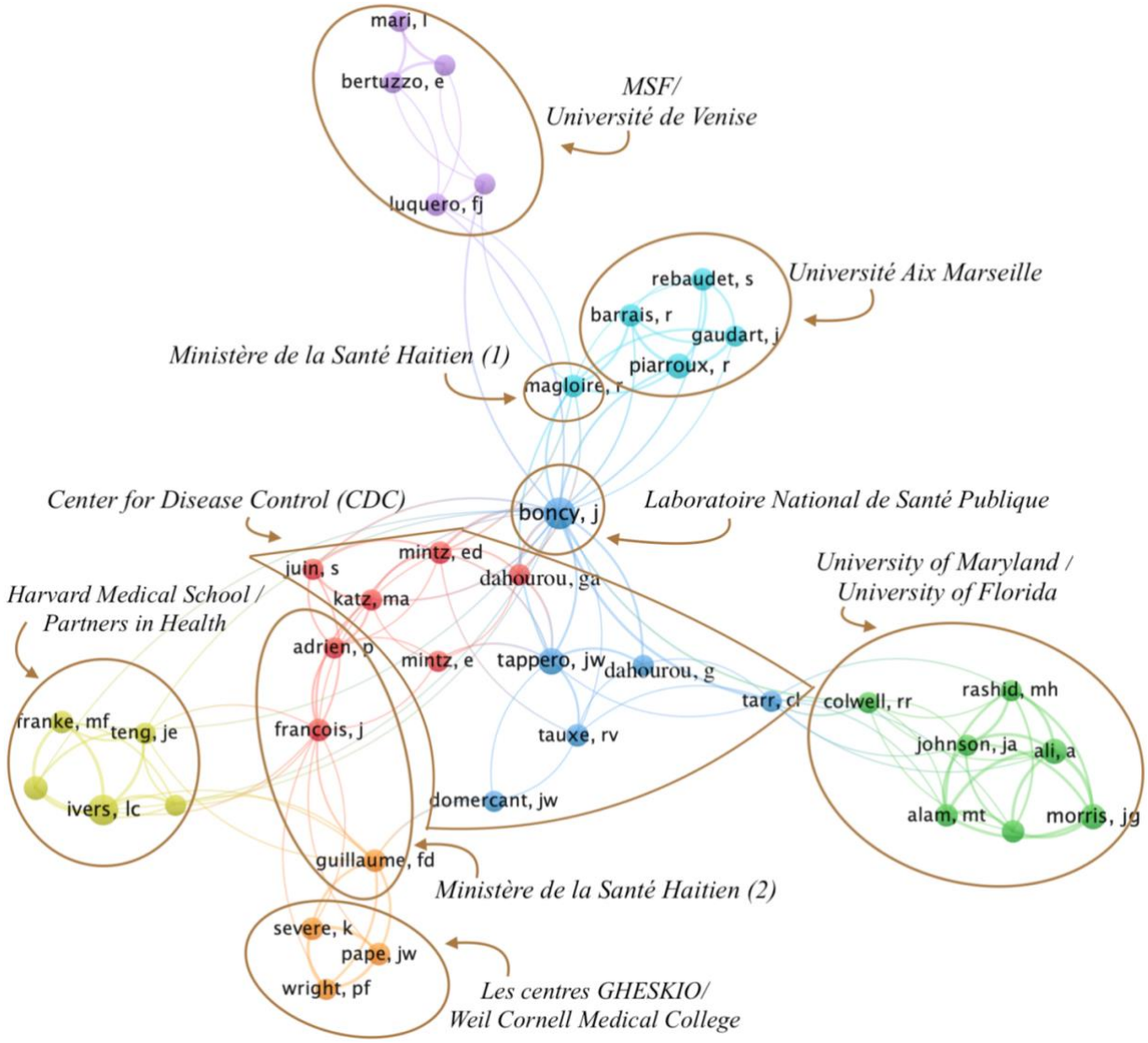


Figure 1 Réseau de publications. Auteurs ayant produit 5 publications dont le titre contient « Haïti » et « choléra » ou « Vibrio cholerae ». Les associations entre auteurs représentent le co-autorat. Les cercles d'appartenance institutionnelle sont ajoutés par l'auteur. Données issues de Web of Science, 18 décembre 2018, analyse et graphique produites avec le logiciel libre VOSviewer.

La carte des auteurs les plus prolifiques sur le choléra en Haïti nous renseigne sur les forces institutionnelles en présence sur le terrain et sur ce sujet. On constate la centralité du groupe CDC et celle des auteurs ministériels, cette représentation graphique reflète l'influence historique du CDC en Haïti où il est implanté depuis 2002, ainsi que son implication dans la production de savoirs biomédicaux. Le CDC est partie prenante de la surveillance nationale et ses laboratoires servent de contrôle-qualité et de confirmation des résultats du Laboratoire National.
Nous notons ensuite cinq groupes de publications périphériques, dont deux sont particulièrement intéressants pour la controverse de l'hypothèse environnementale : celui de l'Université Aix-Marseille, mené par le Pr Piarroux, proche de ministère de la Santé Haïtien (Dr Magloire) et celui du Laboratoire National de Santé Publique (Dr Bondy) qui n'a pour sa part aucun lien direct avec le CDC. Puis celui de l'Université de Maryland, mené par la Pr Colwell, proche du CDC (Dr Tarr), et à l'instar du groupe du Pr Piarroux, mais, dans une moindre mesure, du Laboratoire National de Santé Publique (Dr Boncy).

Comme noté précédemment, les acteurs centraux dans le dispositif de production des connaissances (scientifiques et journalistiques) sur l'épidémie vont très vite s'incliner vers l'hypothèse environnementale pour expliquer la cause de l'épidémie haïtienne. Mais quand, par le truchement de certains experts ou par la contestation populaire, le recours à l'hypothèse environnementale ne constitue plus une réponse théorique suffisante, d'autres registres vont se déployer pour éviter la poursuite de la connaissance de la cause ou comme dirait Proctor (2008), pour « produire de l'ignorance ».

Des connaissances inaccessibles. De l'avis du porte-parole du CDC, Tom Skinner « On ne saura sans doute jamais d'où c'est venu, la nature même de la manière dont le choléra voyage à travers le monde rend difficile d'indiquer d'où il peut venir ».[53] Il ajoute que le germe aquatique qui sévit sur Haïti a pu arriver à n'importe quel moment par le ballast d'un bateau, par l'importation d'eau, la contamination de nourriture ou par une multitude de routes. » En d'autres termes, ce genre de

[53] " 'We may never know where this came from. 'The very nature of the way cholera travels around the globe makes it very difficult to pinpoint where it originated,' said Tom Skinner, CDC spokesman. The waterborne bug now wreaking havoc in Haiti, Skinner said, could have arrived anytime in a ship's ballast, through water importation, contaminated food or any of a number of routes." Tom Paulson Humanosphere 24 Novembre 2010 http://www.humanosphere.org/global-health/2010/11/experts-say-un-did-not-bring-cholera-to-haiti-it-was-already-there/ , consulté le 9 décembre 2018, également cité par Frerichs (2016).

connaissance est hors de portée. Cet argument de la multiplicité des causes possibles est repris simultanément par d'autres épidémiologistes du CDC (Frerichs 2016), donnant l'impression d'un « plan communication ».

Une connaissance dangereuse. Certains développeront l'argument selon lequel l'hypothèse visant la Minustah serait moins motivée par des faits que par une manipulation politique : chercher à faire tomber la Minustah c'est mettre en péril la stabilité du pays. Les accusations de contaminations sont donc interprétées comme des tentatives de déstabilisation de la Minustah, garante du maintien de la sécurité en Haïti et du bon déroulement des élections présidentielles à venir. De fait nombre d'opposants vont utiliser l'épidémie comme une manière d'atteindre le président Préval en place (P. Farmer, 2012; Frerichs, 2016).

Une connaissance immorale. Dans un article intitulé " Cholera's Second Fever: An Urge to Blame." [La deuxième fièvre du choléra : une irrépressible envie de blâmer] un journaliste du New York Times[54] associe la volonté des Haïtiens de trouver la source de la maladie, et les suspicions concernant les Nations Unies comme une « chasse aux sorcières ». Sans cacher, par ailleurs, que certains experts tiennent cette hypothèse pour pertinente (Frerichs, 2016; Katz, 2013).

Une connaissance inutile. De nombreux intervenants institutionnels insisteront également sur le fait que la connaissance de la cause n'est pas utile, l'important étant de se focaliser sur la lutte contre la maladie (Faucher & Piarroux, 2011; Frerichs, 2016; Katz, 2013). Comme le dira un porte-parole des Nations Unies sur Haïti « De notre point de vue, [l'origine de l'épidémie] n'a pas d'importance .» [55]

Une connaissance contreproductive. Un éditorial du Lancet titrait « Alors que le choléra revient en Haïti, les accusations sont inutiles », les auteurs anonymes de cet éditorial considéraient que la quête d'une source de l'épidémie relevait de la simple « curiosité scientifique » (Lancet & Diseases, 2010 également cité par Faucher & Piarroux, 2011).

[54] https://www.nytimes.com/2010/11/21/weekinreview/21mcneil.html consulté le 10 Décembre 2010
[55] "From our point of view, it really doesn't matter," Ibid.

Ralph Frerichs (2016) parle, au sujet de la levée de boucliers des différents représentants institutionnels et médiatiques, d'une « campagne d'obscurcissement » visant à protéger les Nations Unies. De même le médecin et anthropologue Paul Farmer indique au journaliste Katz que le refus de conduire une investigation sur l'origine de l'épidémie « ressemblait à de la politique et non de la science » (Katz, 2013, p. 253). Un article récent de Katz semble confirmer l'hypothèse d'une production volontaire du doute sur l'origine de la maladie. Ayant demandé accès aux archives déclassifiées contenant notamment les courriels échangés par les épidémiologistes du CDC en charge de la réponse sur Haïti, il y découvre que le CDC avait des doutes quant à l'origine onusienne de l'épidémie avant même que cette question ne fasse l'objet d'articles dans la presse internationale. Interrogé à ce sujet en 2017, l'un des responsables du CDC d'alors répond à Katz : « Nous nous sommes bien plus concentrés sur la réponse que sur la cause de l'épidémie, mais c'est parce qu'on s'est dit, 'Mouais, ça vient surement des UN'. » [56]

Fin 2010, la pression pour l'investigation va croissante et certaines ONG médicales se joignent à la requête (Farmer 2012 ; Frerichs 2016). Ainsi, Marie Pierre Allié, alors présidente de MSF France, ajoute sa plume sous le titre explicite « De l'importance de connaître les origines de l'épidémie de choléra en Haïti », elle y note la gravité de l'épidémie et l'absence de connaissances sur son « origine et le recensement quotidien des cas »[57], qui constituent pourtant « le B. A-BA dans la compréhension de la dynamique d'une épidémie ». La détection du cas index (ou « cas 0 ») et la source de la contamination constituent d'ailleurs l'activité clé de l'épidémiologie, et ce depuis les travaux de John Snow qui menèrent au retrait de la poignée de pompe à eau enlevée à Broad Street en 1855 suite à son identification comme source cholérique, acte fondateur de l'épidémiologie moderne. Mais si certains médecins épidémiologistes ont besoin de procéder au rappel de ces prérogatives, c'est principalement parce qu'ils défendent une conception de l'épidémiologie de « terrain » et surtout parce qu'ils estiment que les prérogatives de l'épidémiologie s'interprètent différemment en fonction des lieux de survenue des épidémies. Ainsi, dans un éditorial paru en janvier 2011, les Pr Faucher et Piarroux (2011 également cité par Frerichs 2016) notent que

[56] "We focused a lot more on the response versus the attribution, but that's because we figured yeah, it probably did come from the U.N," Chitale @ Katz https://slate.com/news-and-politics/2017/03/when-the-u-n-sowed-cholera-in-haiti-how-fast-did-americans-know.html , consulté le 10 décembre 2018.

[57] https://www.msf.fr/actualites/de-l-importance-de-connaitre-les-origines-de-l-epidemie-de-cholera-en-haiti, consulté le 10 décembre 2018.

« Personne n'oserait prétendre à l'inutilité de la détermination de la source de l'épidémie si celle-ci était survenue en Europe ou aux États-Unis. Les Haïtiens ont également le droit de savoir pourquoi et comment des milliers d'entre eux sont morts. »
Les auteurs citent les procédures standard des épidémies survenues au Nord, mais ce manque soudain de rigueur dans la surveillance épidémiologique exercée par les institutions de contrôle épidémique peut surprendre à la vue de ce qui a pu se pratiquer sur d'autres épidémies au Sud. En effet, lorsqu'Ebola survient en Afrique de l'Ouest à partir de 2014, la question du « cas index » dans la Guinée forestière a été l'occasion de nombreuses discussions et d'études pluridisciplinaires. De surcroît, ce n'est pas seulement le ou les premiers cas qui devaient alors être identifiés, mais dans l'optique du suivi des « cas-contacts », l'ensemble des cas symptomatiques ainsi que toutes les personnes ayant été en contact avec elles pendant qu'elles étaient contagieuses et ce, afin d'identifier et de rompre les « chaines de transmissions ».

A la mi-décembre 2010, alors que la colère monte au sein de la population haïtienne, les Nations Unies déclarent qu'un panel d'experts indépendants serait formé au plus vite pour mener une enquête sur l'origine de l'épidémie. Début janvier 2011 les membres du panel indépendant sont nommés avec la charge de rassembler les preuves existantes sur les origines de l'épidémie (Katz, 2013).

2. L'ouverture technique

Afin de guider leur enquête, les panélistes vont se baser sur les principales hypothèses existantes sur l'origine de l'épidémie.

Les deux premières hypothèses qu'ils relèvent sont issues de l'hypothèse environnementale :

> « La première hypothèse soutien qu'une souche environnementale de *Vibrio cholerae* qui habite normalement le golfe du Mexique est arrivée en Haïti de manière naturelle par le biais de courants océaniques en raison du tremblement de terre du 12 janvier 2010 et que cela a causé l'épidémie en cours. La seconde hypothèse soutient qu'une souche locale, non toxigénique de *Vibrio cholerae*, endémique à l'environnement naturel de Haïti a muté

naturellement en une souche virulente qui s'est rapidement propagée à la population haïtienne. »[58]

Cravioto (2011)

Enfin, la troisième et dernière hypothèse retenue par le panel appartient à la conception de la contamination interhumaine :

« La troisième hypothèse soutient que la source de la flambée était un humain contaminé et porteur d'une souche pathogénique de *Vibrio cholerae* qui serait arrivé en Haïti en provenance d'une région où elle est endémique, en dehors du pays. »[59]

Cravioto (2011)

Le 11 mai 2011, le panel rend son rapport (Cravioto et al., 2011) dans lequel il conclut que « les preuves ne favorisent pas les hypothèses qui suggèrent que l'épidémie provient d'une source environnementale. La flambée n'est pas due à la souche de Vibrio cholerae du golfe du Mexique, ni à la mutation génétique d'une souche provenant de l'environnement haïtien. » [60]

Les deux premières hypothèses, variantes du réservoir environnemental, hors de cause, le panel se prononce sur la troisième, concernant l'importation humaine : « les preuves suggèrent fortement la conclusion selon laquelle la source de l'épidémie de choléra en Haïti est due à la contamination de la rivière Meye, tributaire du fleuve Artibonite avec une souche pathogénique d'un type de Vibrio cholerae Sud asiatique actuel, en conséquence d'activités humaines.» [61]

[58] "The first hypothesis holds that an environmental strain of Vibrio cholerae that normally inhabits the Gulf of Mexico travelled to Haiti naturally via ocean currents as a consequence of the January 12th, 2010 earthquake and caused the present cholera epidemic. The second hypothesis holds that a local, non-toxigenic Vibrio cholerae strain endemic to the Haitian environment naturally mutated into a virulent pathogenic strain, which quickly spread throughout the human population of Haiti."

[59] "The third hypothesis holds that the source of the outbreak was an infected human who carried a pathogenic strain of Vibrio cholerae into Haiti from a cholera endemic region outside the country."

[60] The evidence does not support the hypotheses suggesting that the current outbreak is of a natural environmental source. the outbreak is not due to the Gulf of Mexico strain of Vibrio cholerae, nor is it due to a pathogenic mutation of a strain indigenously originating from the Haitian environment." Craviato et al 2011 p. 29

[61] Instead, the evidence overwhelmingly supports the conclusion that the source of the Haiti cholera outbreak was due to contamination of the Meye Tributary of the Artibonite River with a pathogenic strain of current South Asian type Vibrio cholerae as a result of human activity. Ibid P. 29

Cependant dans ses conclusions le panel ne se résout pas à indiquer les troupes onusiennes : « Le panel indépendant conclut que l'épidémie de choléra de Haïti a été causée par la confluence de circonstances mentionnées plus haut et n'était pas la faute ou l'action délibérée d'un groupe ou d'un individu .» [62]

Les militants des droits de l'homme furent découragés par les résultats de l'enquête, ainsi que de nombreux intervenants en santé, tels que le Pr Piarroux ou le Pr Frerichs. Comme l'explique ce dernier alors qu'il commente les décisions du panel, la déception n'est pas simplement liée au manque d'identification de la source chez les Casques bleus. Les tenants de la théorie interhumaine craignent que ce désaveu de l'hypothèse environnementale ne soit que partiel. En effet, s'il est vrai que les panélistes concluent que l'environnement n'a pu être à l'origine de l'épidémie, ils semblent suggérer (comme d'autres experts hors du panel) qu'à présent que le choléra circule dans la rivière Artibonite, il pourrait y « proliférer » (Frerichs, 2016). Pour le Pr Piarroux, la suspicion tient à ce mot de « prolifération » qui indique en microbiologie la multiplication des organismes et son emploi suggère que les panélistes estiment que si bien le *Vibrio* ne provenait pas d'un réservoir environnemental, il était à présent capable d'en constituer un et que la persistance de la maladie sur le territoire haïtien pourrait s'entendre par le biais de l'hypothèse environnementale. En d'autres termes si l'hypothèse environnementale était écartée pour le démarrage épidémique, elle redevenait l'hypothèse principale de la continuation de l'épidémie sur l'île (Ibid).

Ce qui était en jeu sur Haïti et l'était depuis de nombreuses années pour d'autres épidémies du choléra n'était pas un simple débat entre communautés épistémiques, ou même la responsabilité des Nations Unies, mais plus largement le champ des possibles dans le contrôle du choléra. Si celui-ci avait été introduit au cours d'un événement isolé, la focalisation des ressources sur des activités en eau et assainissement dans une perspective de court à moyen terme, était la meilleure stratégie. L'île serait ainsi libre de choléra (comme elle l'avait été pendant près d'un siècle) jusqu'à une potentielle réintroduction par un malade. Cette conception de la maladie permettait de garder un espoir sur la possibilité de son contrôle. Si, au contraire, le choléra émergeait « naturellement » de l'environnement haïtien, soit au cours de la première épidémie, soit y compris après une

[62] "The Independent Panel concludes that the Haiti cholera outbreak was caused by the confluence of circumstances as described above, and was not the fault of, sor deliberate action of, a group or individual." Ibid P. 29

première introduction humaine par « prolifération », rien ne pourrait l'empêcher de revenir, interprétation qui laissait présager une prophétie autoréalisatrice :

> « Quand on démarre un plan de lutte contre le choléra en disant qu'on ne pourra pas s'en débarrasser — et c'est exactement ce qui est écrit dans le plan d'élimination du choléra d'Haïti — c'est évident qu'on n'a pas toutes les forces avec nous pour le faire. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Différentes publications allaient graduellement confirmer l'origine népalaise de l'épidémie et la faible probabilité d'une origine environnementale (Orata, Keim, & Boucher, 2014). Déjà avant la formation du panel des Nations Unies, une analyse du CDC avait pointé une ressemblance entre la souche haïtienne et certaines souches en action en Asie. Cependant, vu la technique employée, la PGFE ne pouvait prétendre à une sensibilité importante (CDC, 2010).
Le rapport de l'investigation épidémiologique du Pr Piarroux, qui relevait le cas-index et de nombreux cas successifs dans les villages bordant le camp de la MINUSTAH, constituait dès la fin 2010 une sérieuse indication de l'importation interhumaine (Piarroux et al., 2011).

La première étude employant le séquençage complet du génome a été publiée en janvier 2011 par Chin et al (2011). Elle établit qu'à l'échelle génomique la souche présente en Haïti était affiliée aux souches circulant alors activement au Bangladesh, et qu'à l'inverse, la souche haïtienne était éloignée de souches qui avaient circulé sur le continent américain dans les années 1990[63].
Deux autres études majeures utilisant le séquençage du génome complet du Vibrio furent publiées en 2011. L'une comparant les souches haïtiennes avec des souches népalaises, et trouvant qu'elles étaient pratiquement identiques (Hendriksen et al., 2011). La deuxième ne concernait Haïti et le Népal qu'indirectement, mais concluait qu'une origine environnementale était très improbable en Haïti, cette même publication établit par la même occasion que la flambée péruvienne, de vingt ans antérieure provenait d'une importation humaine par l'Angola, et non pas de l'environnement (Mutreja et al., 2011). Cette conclusion constituait en elle-même une défaite empirique majeure

[63] Ce qui infirmait la possibilité, avancée par certains, que le souche active en Haïti était une descendante environnementale de la souche active vingt ans plus tôt au Pérou puis dans de nombreux pays de la région.

pour l'hypothèse environnementale[64] qui, jusque-là, avait fait de la flambée péruvienne son cas d'école.

La position qui, sur la base de l'hypothèse d'une émergence environnementale, soutenait que la MINUSTAH n'avait pas eu d'implication dans le démarrage de l'épidémie devenait de plus en plus précaire. Début 2012, deux des quatre membres du panel déclarèrent publiquement qu'ils avaient changé d'opinion au sujet de la source de l'épidémie, l'un d'eux déclarant à la chaine de télévision Al Jazeera que « le scénario le plus probable est que quelqu'un associé avec l'UN/MINUSTAH ai été responsable ». [65]C'est alors qu'un changement profond se fit sentir dans la presse internationale. Le New York Times, qui auparavant avait blâmé la volonté d'une enquête sur l'origine épidémique, publiait une longue enquête sur la responsabilité des Nations Unies dans sa survenue[66]. Vint ensuite un article sur les demandes des victimes haïtiennes, lequel sera suivi par une dizaine d'autres pour suivre le déroulement de l'affaire jusqu'à ce jour (Frerichs 2016).

L'épisode le plus médiatique de la controverse sur l'hypothèse d'un réservoir environnemental du choléra était sur le point de se clore à l'avantage des partisans de la transmission interhumaine et par conséquent, de l'implication des Nations Unies dans l'émergence épidémique. C'est à ce moment que Colwell, la championne de l'hypothèse du réservoir environnemental, décide de faire un retour remarqué dans la controverse, avec la publication d'un article dans le prestigieux journal de la National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS). Frerichs (2016) explique qu'en tant que membre de l'académie des sciences, Colwell a usé de son influence pour publier son article grâce a un mécanisme spécifique au journal qui, au lieu de passer par un comité de lecture, permettait d'associer les relecteurs en tant que co-auteurs. [67]

L'article d'Hasan et de Colwell se basait sur l'analyse d'échantillons environnementaux et de selles prélevés auprès de malades haïtiens au cours des deuxième et troisième mois de l'épidémie entre

[64] Comme l'avait déjà souligné le Pr George, voir le Chapitre 3.

[65] "Un Likely to blame for Haiti cholera outbreak" https://www.youtube.com/watch?v=Pmw1b-tV09U , consulté le 12 décembre 2018.

[66] https://www.nytimes.com/2013/10/09/world/americas/rights-advocates-suing-un-over-the-spread-of-cholera-in-haiti.html, consulté le 12 décembre 2018.

[67] Un procédé propre au PNAS qui n'est pas sans soulever des controverses étant donné qu'il va à l'encontre des procédés habituels de publication des articles scientifiques, exemptant ceux qui y ont accès de l'évaluation de leurs pairs.

novembre et décembre 2010. Plutôt que de réfuter frontalement que la souche épidémique avait été importée par un individu malade, les auteurs ont rapporté que, parmi les malades de choléra, ils avaient isolé des vibrios 01, mais également des Non 01/139 dans respectivement 47 %, 21 % et 7 % des malades. D'après les auteurs, le rôle des Non 01 ne peut donc être ignoré, en conséquence de quoi, « l'attribution d'une cause [pour l'épidémie] demeure donc controversée [68]» (Hasan et al., 2015)

Deux groupes de chercheurs distincts vont répondre par des lettres à l'éditeur. Le premier, mené par les Pr Frerichs et Piarroux, réfute les conclusions de Hasan et al, en indiquant que les preuves irréfutables de l'origine de l'épidémie avaient été livrées par la combinaison des études phylogénétiques et d'épidémiologie de terrain (Frerichs, Boncy, Barrais, Keim, & Piarroux, 2012). Le Pr Piarroux notera ailleurs que Colwell procédait à imposer des standards impossibles quand elle demandait la mise en place d'une base de données comprenant des échantillons représentatifs à l'échelle de la planète de *Vibrio cholerae* cliniques et environnementaux comme préalable à la prise en compte sérieuse de l'importation humaine par une souche lointaine (Frerichs, 2016).
Un deuxième groupe, conduit par Mekalalanos (2012)[69], fait part de son « choc » à la lecture des conclusions de l'article et rappelle que les données disponibles pointaient sans ambiguïté vers l'importation du choléra par le contingent militaire provenant du Népal. Dans le dernier paragraphe de sa lettre, Mekalanos rejette l'énoncé de Hasan et al (2015) selon lequel « le rôle des souches non-01 dans l'épidémie ne peut être écarté », car « de tels énoncés **obscurcissent** la véritable origine de l'épidémie de choléra en Haïti de 2010 » (Mekalanos et al. 2012, gras ajouté par l'auteur).

Il apparaît que Colwell et ses collègues n'étaient plus en position de réfuter frontalement l'importation de la souche épidémique et donc la défaite de leur hypothèse, dans le cadre haïtien. A ce stade ils pouvaient seulement essayer de garder une partie du poids de l'épidémie pour leurs propres candidats, les *Vibrios* environnementaux non 01 ni 139. Leurs énoncés ne changeaient pas la donne du tout au tout, mais ils empêchaient la partie adverse de remporter la discussion, en instillant un doute, permettant à la boîte noire de l'origine épidémique de perdurer sur Haïti comme dans d'autres terrains épidémiques.

[68] "assignment of attribution remains controversial."
[69] Un généticien renommé et collègue de Paul Farmer à Harvard, il est l'un des auteurs les plus cités sur le thème du réservoir environnemental, voir tableau 1 dans le chapitre 3.

L'instillation de doute comme stratégie face à un adversaire ayant accumulé une quantité d'arguments probants est une caractéristique centrale de l'agnotologie. [70]

La pratique consistant à « obscurcir » le phénomène étudié ou la mise en place de « standards impossibles » était motivée par des intérêts plus larges, ceux d'une communauté épistémique qui avait passé des décennies à construire un monde dans lequel le choléra *était* dans l'environnement et dans lequel leurs outils étaient les mieux adaptés à en comprendre les mécanismes. Ils étaient les premiers experts vers lesquels les médias internationaux s'étaient tournés pour interpréter l'épidémie haïtienne. Ils n'entendaient pas perdre le crédit qu'ils détenaient sur le sujet, ce qui est compréhensible. Si la bataille haïtienne sur l'origine de l'épidémie ne pouvait être gagnée, ils ne permettraient pas pour autant au camp adverse de remporter une victoire totale et ainsi potentiellement mettre en péril les travaux engagés sous d'autres cieux.

L'épidémie d'Haïti donne donc à voir deux courants de production d'ignorance fortement liés. La première est celle qui en utilisant cette hypothèse vise à dédouaner les Nations Unies de tout soupçon. Elle se combine à différentes techniques qui avaient pour but de rendre la question « Est-ce que les Nations Unies sont impliquées dans l'épidémie de choléra ? » non pertinente, inutile, dangereuse ou encore immorale. La motivation était alors partagée par un nombre d'acteurs très large et diversifié. Si les experts convaincus de l'existence de réservoirs environnementaux ne peuvent être taxés de mauvaise foi, il apparait clairement que leur idées ont été utilisées par des acteurs tierces pour créer ce que Mc Goey (2012) appelle des « inconnus stratégiques » [strategic unknowns] c'est-à-dire des formes d'agnotologie active.

[70] Frederick Seitz, un autre ancien directeur de la National Science Foundation, est ainsi devenu le précurseur de la production de doute lorsqu'il travaillait comme conseiller principal pour la R.J. Reynolds Tobbaco Company. Plus tard, accompagné de ses successeurs au Marshal Insititute, ils vont s'engager en tant que fers de lance de l'opposition à la théorie du réchauffement climatique. Dans les deux cas, la stratégie était claire, ne pas s'opposer frontalement à la corrélation entre le fait de fumer et le cancer du poumon, ou encore l'impact de la production humaine de gaz à effet de serre sur le changement climatique. Il s'agissait plutôt d'insister continuellement par le biais de publications scientifiques et de publications « grand public » que les preuves scientifiques existantes étaient au mieux « incomplètes » et que la « science savait vraiment très peu » à ces sujets. Il fallait donc toujours plus de recherche avant de tirer une quelconque conclusion (Oreskes and Conway 2008). Bien sûr, les scientifiques engagés dans la défense de l'hypothèse environnementale la considéraient comme étant toujours pertinente et ne peuvent être comparés sur un plan moral aux consultants employés à défendre les industries du tabac ou des énergies fossiles.

Le deuxième temps d'agnotologie intervient à un moment où la controverse sur l'origine du choléra semble se clore, auprès d'un public plus resserré, celui des experts du choléra, dans laquelle, acculés sur le tard, les partisans de l'hypothèse environnementale, désavoués par les résultats d'épidémiologie de terrain et les dernières avancées des techniques moléculaires qu'ils choyaient, tenteront en dernier recours d'instiller un doute sur un rôle subsidiaire de souches potentiellement environnementales dans l'épidémie. Ce, de manière à empêcher la discussion sur les causes possibles de l'épidémie haïtienne de se refermer.

En 2011, sur la base des rapports scientifiques, journalistiques et des témoignages des habitants des villages mitoyens au camp de la MINUSTAH, des savoirs constitués en dépit des contraintes, des activistes américains et haïtiens vont épauler des victimes haïtiennes du choléra et déposer 5 000 plaintes et demandes de réparation et de dédommagement auprès des Nations Unies (Katz 2013). En 2013, le Conseil Légal des Nations Unies notifie au président haïtien que ces plaintes ne sont pas recevables en vertu de la convention sur les Privilèges et Immunités des Nations Unies, tout en assurant du soutien de l'ONU dans les efforts de contrôle de l'épidémie[71] (Manilla Arroyo, 2014).

En 2016, soit trois ans plus tard et 6 ans après le démarrage de l'épidémie, les Nations Unies font parvenir par le biais de l'AFP une annonce alambiquée dans laquelle ils avouent à demi-mot la responsabilité de l'épidémie : « au cours de la dernière année, l'ONU a acquis la conviction qu'elle doit faire beaucoup plus en ce qui concerne sa propre participation dans la flambée initiale et la souffrance de ceux affectés par le choléra »[72] à la fin de cette même année 2016, Ban Ki Moon, pour son dernier discours à l'assemblée générale des Nations Unies, allait présenter ses excuses au nom de Nations Unies, sans toutefois aborder explicitement la source de l'épidémie.[73]

[71] O'Brien 2013, "Letter from the United Nations Legal Counsel to Cholera Victims Lawyers", http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2013/07/20130705164515.pdf , consulté le 15 décembre 2018.
[72] NYT 2016, "U.N. Admits Role in Cholera Epidemic in Haiti", https://www.nytimes.com/2016/08/18/world/americas/united-nations-haiti-cholera.html, consulté le 15 décembre 2018. Texte original: "over the past year, the U.N. has become convinced that it needs to do much more regarding its own involvement in the initial outbreak and the suffering of those affected by cholera".
[73] NYT 2016, U.N. Apologizes for Role in Haiti's 2010 Cholera Outbreak https://www.nytimes.com/2016/12/01/world/americas/united-nations-apology-haiti-cholera.html , consulté le 15 décembre 2018.

Sans doute la motivation de la « campagne d'obscurcissement », n'était pas seulement de préserver un mécanisme économique de sécurisation de l'île par les Nations Unies. Elle visait probablement également à éviter de révéler au monde la balance inégale des rapports entre certains acteurs de l'aide humanitaire et les bénéficiaires de l'aide.

Quel impact la controverse d'Haïti va-t-elle avoir sur le champ épistémique du choléra global ? Le champ de la recherche et de la lutte contre le choléra a-t-il engagé à sa suite une réflexion sur la possibilité des réservoirs ? Ou encore sur les enjeux politiques capables d'influer sur la capacité de produire du savoir lors de démarrages épidémiques ? L'épidémiologie de terrain aurait-elle été restaurée dans la pyramide des connaissances de la médecine des preuves ? Force est de constater que l'expérience de la controverse aura eu, au final, un effet minime sur les pratiques de création de savoir dans le champ de la recherche et de la lutte contre le choléra.

Dans une lettre récente écrite à l'éditeur, Stanislas Rebaudet (2017), dont le Pr Piarroux a dirigé la thèse, revient sur les leçons épistémologiques de la controverse haïtienne sur le choléra. Il souligne que la résolution du mystère sur l'origine de la maladie doit beaucoup à l'utilisation d'une épidémiologie de terrain, la « *shoe leather epidemiology* », combinée à des analyses microbiologiques plus poussées. Il relate également le peu d'égard qui est fait à ce genre d'épidémiologie parmi les bailleurs de fonds et les éditeurs. Un argument similaire est défendu par Frerichs (2016) dans son ouvrage « Deadly Rivers » portant sur l'enquête de terrain menée par Piarroux et toutes les embûches que celui-ci dû éviter pour la mener à bien.[74] Frerichs est également l'auteur d'un site internet dédié à la mémoire de John Snow.[75] Ces auteurs forment une communauté épistémique fondée sur l'importance de l'enquête de terrain, mais qui demeure minoritaire, comme le note le Dr Rebaudet.

Ainsi Orata et al (Orata et al., 2014) reviennent sur la controverse dans un article intitulé « The 2010 Cholera Outbreak in Haïti: How Science Solved a Controversy » [L'épidémie de choléra de 2010 en Haïti : comment la science a résolu une controverse] et la présentent comme une

[74] Le Pr Piarroux a depuis lui-même publié un ouvrage concernant son enquête de l'épidémie de Haïti, publié après l'écriture de ce présent chapitre et que nous n'avons malheureusement pu consulter avant la soutenance : Piarroux, R., 2019. Choléra. Haïti 2010-2018: histoire d'un désastre. Cnrs.

[75] https://www.ph.ucla.edu/epi/snow.html, consulté le 13 décembre 2018

succession de découvertes techniques qui ont mené à la « vérité » sur le démarrage épidémique. Les barrières à la connaissance qu'ils relèvent, sont purement techniques : (i) l'utilisation tardive du séquençage, due au coût alors encore élevé de cette nouvelle technologie, (ii) l'absence d'une base de données publiques contenant suffisamment de séquences génomiques concernant des pathogènes provenant de différentes aires géographiques. Ce récit de la controverse gomme donc tous les procédés politiques et médiatiques déployés pour empêcher la production de la connaissance et construit l'image d'un processus technique linéaire de la science. Ces représentations sont la continuation de procédés similaires de lissage de l'histoire de la médecine qui n'est pas sans rappeler la controverse sur l'étiologie du choléra qui opposa les contagionistes aux tenants des infections miasmatiques et les termes des débats qui ont conduit à la mise en place des infrastructures victorieuses sur le choléra au Nord (voir chapitre 1).

Malgré les différentes déconvenues subies par des publications faisant usage des nouvelles techniques de séquençage, l'hypothèse du réservoir environnemental maintiendra sa pertinence dans les cercles du champ de la recherche du choléra au long des années 2010. L'Afrique constitue sur la décennie un nouveau front pour la controverse, avec l'arrivée des équipes et des techniques de recherche déployant la surveillance environnementale dans les « hotspots » du choléra.

Chapitre 5 : L'épreuve africaine

Frappée par la maladie depuis 1970, l'Afrique subsaharienne compte plus de la moitié des cas reportés chaque année dans le monde[76]. Avec des épidémies explosives et éparses, des systèmes de santé et de surveillance essoufflés et des manœuvres de production de l'ignorance autour de la maladie, l'épidémiologie morcelée du continent offre de potentielles interprétations diverses sur la dynamique des épidémies qui y sévissent. Les zones d'ombres, combinées à l'existence de récits des origines des grandes zoonoses (VIH/Sida) se prêtent favorablement au modèle théorique d'un réservoir environnemental du choléra.

Dans un article de revue de littérature récent, des microbiologistes se plaignaient de la prédominance des études épidémiologiques dans le champ de la recherche sur le choléra et appelaient à un changement de paradigme en faveur de la microbiologie et du financement de la surveillance environnementale, à leurs yeux la pièce manquante pour comprendre la dynamique de la maladie sur le continent africain (Gwenzi & Sanganyado, 2019). Cependant, contrairement à la croyance qui voudrait qu'il y ait un manque de surveillance environnementale du choléra, depuis les années 1980 des dizaines d'études sur le *Vibrio cholerae* environnemental ont été conduites de part et d'autre du continent. Dans leur revue de littérature extensive, Rebaudet el at (2013) ont recensé qu'entre 1980 et 2012, 36 études prospectives avaient publié leurs résultats après avoir recherché du *Vibrio cholerae* toxigénique et épidémique, sans réussir à en isoler en période non épidémique. Aucune de ces études, concluent les auteurs, ne rapporte la présence de *Vibrio cholerae* toxique dans l'environnement pendant les périodes inter épidémiques.

Par la suite, de nouvelles initiatives internationales de surveillance environnementale sont financées à travers le continent. Pourtant à partir de 2017, l'idée de la présence de réservoirs environnementaux en Afrique commença à fléchir. Le signe le plus fort a sans doute été la publication dans la prestigieuse revue « Science » d'une étude phylogénétique portant sur 600 souches collectées sur 40 ans en Afrique dont la conclusion était qu'elles étaient toutes liées à 11 importations directes des souches sévissant en Asie (Thomson & Weill, 2017). D'après les

[76] https://www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/en/ , consulté le 19 décembre 2018

40 auteurs, provenant de l'Institut Pasteur, du Sanger Institute et d'autres institutions « de pointe », la conclusion était que toutes les épidémies répertoriées en Afrique étaient issues des épidémies en cours en Asie et qu'aucune n'avait présenté de changements indiquant qu'elle ait été issue ou passée par une phase environnementale au sein du continent africain.

À l'été 2018, l'un des fers de lance de l'hypothèse environnementale en Afrique, nous l'appellerons le Pr Singh, nous explique les résultats des études environnementales menées en sur le continent pendant la décennie écoulée :

> « Je pense que ce que l'on a appris c'est que la situation au Bangladesh, dans le Delta du Gange, pourrait être bien différente de la situation en Afrique. Dans [un pays bordant les Grands Lacs] nous avons couvert la plupart des aires ou l'on sait que le choléra survient. On a fait cette surveillance là-bas parce que nous pensions que le réservoir environnemental [y est] et que la détection de choléra venant d'un réservoir pourrait nous donner une alerte de flambée de choléra imminente.[77] »
>
> Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Pr Singh fait une pause avant d'ajouter sobrement :

> « Cela ne s'est pas avéré être vrai. Donc nous avons littéralement testé des centaines et des centaines d'échantillons provenant d'endroits ou le choléra à tendance à survenir et on ne l'a pas trouvé. » [78]
>
> Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

L'idée d'un réservoir environnemental en Afrique, « est en forte baisse »[79] conclue Singh. Avant de raccrocher, le professeur me demande si je suis déçu, car j'ai participé avec ses étudiants et nos

[77] Traduction de l'auteur, extrait original : "I think what we learned is if the situation in Bangladesh, Ganges Delta may be quite different from the situation in Africa. We covered most of the areas where cholera is known to occur. we do that surveillance there because we were thinking that the environmental reservoir and detection of cholera from the reservoir might give us an early warning for a cholera outbreak."
[78] "That has not proved to be true, So we tested literally hundreds and hundreds of samples where cholera tends to occur, and we've not found it[the cholera reservoir]."
[79] "Well I think that that idea is much decreasing".

collaborateurs des ministères nationaux à cette recherche environnementale. Pour répondre à sa question, je n'étais pas déçu, car s'il est vrai que j'avais été initialement séduit[80], j'étais devenu sceptique à l'hypothèse environnementale du fait de mon terrain auprès des groupes à risque, mais aussi de la connaissance des résultats — dont la plupart n'étaient pas publiés — de plusieurs études épidémiologiques et microbiologiques dans les hotspot à ce sujet. Le choléra semblait se mouvoir dans la région par et aux dépens de ceux qui négociaient leur place dans la société grâce à leur mobilité : pêcheurs, récolteurs de sels, contrebandiers d'essence, camionneurs, agriculteurs saisonniers. J'étais surtout étonné qu'il aborde aussi ouvertement et platement l'effondrement de cette hypothèse dont il était un défenseur distingué. C'était sans doute la marque de sa rigueur scientifique, qui lui enjoignait d'accepter les preuves présentées par ses adversaires. Toutefois, je dois noter que les preuves en question qui auront fait plier le Pr Singh sont celles produites par une version très pointue des technologies moléculaires et génétiques qui avaient jusque-là permis à l'hypothèse environnementale de prendre son élan. Les discussions précédentes dans lesquelles j'avais tenté de discuter avec lui-même et à ses étudiants des éléments de littérature contraires à l'hypothèse environnementale et mes propres doutes empiriques sur des terrains que nous partagions n'avaient pas permis de les faire douter, la preuve : sa question sur ma potentielle « déception » laissait sous-entendre qu'il avait oublié mes doutes sur la question.

Cet aveu d'échec constitue un véritable retournement, car jusque-là, au-delà d'éventuels anthropologues, les chercheurs des sciences dites « dures » dubitatifs à l'idée d'un réservoir environnemental étaient minoritaires et leur parole difficilement acceptée par leurs pairs. Le Docteur Allangba, une microbiologiste ouest-africaine qui a travaillé sur la surveillance environnementale du choléra dans de nombreux pays de la région et qui a commencé à douter dès le début des années 2010 résume son expérience auprès de ses « chers collègues » :

> « Ils ont essayé de nous faire gober les Américains et les Indiens. Ils ont essayé de nous faire gober l'histoire qu'il y a du choléra dans l'environnement. Nous, on a cherché pendant trois (03) ans. Il n'y a aucune preuve que le choléra vient de sources environnementales qui sont là, qui dorment et que pour une raison ou une autre ça explose pour contaminer [les personnes]. Donc on s'est battus, battus ! [Ces résultats négatifs ont été mal reçus dans les

[80] Faut-il l'admettre ? J'ai notamment co-signé un chapitre nommé « cholera outbreaks in Africa » (Mengel 2014) qui relaie les postulats de l'hypothèse environnementale sans les questionner.

> conférences internationales] moi j'ai dit 'Je n'ai rien trouvé dans les pays comme [Pays A] ou [Pays B] où le choléra est épisodique c'est-à-dire tous les quatre (04) ans ou tous les trois (03) ans'. En dehors de ces épidémies je n'ai pas trouvé un seul choléra dans l'environnement. J'ai cherché dans les poissons, auprès des femmes qui vendent les poissons, qui manipulent le poisson tous les jours, l'eau, tout. Je n'ai rien trouvé… j'ai pris les intestins [des poissons], on a analysé. En [Pays C] même où il y a du choléra tout le temps on n'a pas trouvé […] peut-être au Bengladesh il y en a dans les poissons, les planctons qui peuvent ré-émerger, mais personne n'a démontré ça aujourd'hui ! »
>
> Dr Allangba, entretien, téléphone, mai 2018

La Dr Morgane tire une conclusion similaire à l'échelle globale :

> « Le problème aujourd'hui c'est que, *as far as I know*, il n'y a pas *un* exemple d'une épidémie qui ait été détectée via une surveillance environnementale ! Parce que s'il y avait un réservoir environnemental, vous feriez de la surveillance environnementale, [vous diriez] 'Là c'est en train de chauffer' parce que j'ai trouvé du choléra dans le lac, la rivière, la mangrove je ne sais pas, quoi… d'ailleurs on aurait une épidémie. À ma connaissance il n'y a aucun exemple comme ça. Aucun ! Je n'en connais pas ! »
>
> Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Cette information a des implications fortes pour ceux qui travaillent au contrôle de la maladie, mais elle interroge aussi : comment une hypothèse a-t-elle pu être reprise comme une théorie fondée pendant plus de 40 ans sans que jamais la preuve de sa validité ne soit administrée ?

Le Professeur George est un spécialiste du choléra et de la microbiologie moléculaire, il nous répond à cette question :

> « Oui l'hypothèse américaine a été érigée en paradigme, et était très séduisante… le concept de choléra environnemental est basé sur des mensonges, mais ça tout le monde ne l'a pas bien compris, le mensonge dans la science. C'est pas une notion facile à faire comprendre, à faire accepter. Mais c'est des mensonges caractérisés. C'est-à-dire qu'on peut regarder

> des conférences, lire des articles et voir que telle preuve a été modifiée, telle carte a été bidouillée, des choses comme ça. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Mais quelle place pourrait avoir le mensonge à l'ère de *l'Evidence Based Medecine* (la médecine des preuves) ?

> « Alors attention ! *L'evidence based medecine* de toute façon on a vu que c'est pas toujours évident. La base de données n'est pas si « *évidence based* ». Elle est interprétée, elle est corrigée etc. Mais là, *l'evidence based medecine* est plutôt de la microbiologie environnementale. La microbiologie environnementale c'est d'aller chercher dans l'environnement des *Vibrio cholerae*. Déjà, il faut s'assurer que ce sont les bons ! »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

1. La chute lente de l'hypothèse du réservoir environnemental

Il faut effectivement s'assurer quand on trouve des vibrios dans l'environnement, qu'il ne s'agit des centaines de types de *Vibrio cholerae* qui ne provoquent pas le choléra, mais bien les quelques types qui donnent la maladie et sont susceptibles de causer des épidémies « ce qu'on appelle nous choléra, pas des cas sporadiques de personnes qui ont mangé des coquillages. »[81]. Car effectivement, certains vibrios non 01 peuvent provoquer des diarrhées légères, mais pas une épidémie de choléra. Enfin, le fait de trouver du *Vibrio cholerae* 01 toxique et épidémique ne constituerait pas forcément une preuve irréfutable si des malades se trouvent déjà potentiellement dans la région. Le Pr George annonce la condition : « Le jour où on veut démonter quelque chose il faut aller dans un endroit où il n'y a pas de choléra ou, où il y a eu du choléra, mais où il n'y en a plus. » [82]Pour isoler un échantillon de vibrio toxigénique dans l'environnement qui précéderait une épidémie. En effet Dr Morgane balaie d'un revers les prétentions des équipes qui prétendent avoir découvert une souche environnementale ayant pris pied sur Haïti après la première

[81] Pr George, entretien, Paris, juillet 2018.
[82] Ibid.

importation par les troupes des Nations Unies : « Il était là avant [l'épidémie] ou il est là parce qu'il y a une épidémie ? Pff ! Aucune idée ! »,[83] en d'autres termes, le choléra trouvé dans l'environnement y a-t-il survécu, indépendamment sur une longue période où provient — il des déjections d'un malade du choléra libérées quelques heures ou jours auparavant dans l'environnement ? L'incertitude reste totale.

Les conditions de l'administration de la preuve de l'existence d'un réservoir peuvent sembler difficiles à réunir, mais elles n'ont pas amoindri l'intérêt de nombreuses équipes de recherche envers cette hypothèse, dont celles du Pr Singh et de la Dr Allangba, qui se sont consacrées, au cours de 4 décennies, à de la surveillance environnementale. C'est dans le traitement des résultats de ces études que réside une des raisons de la longévité de l'hypothèse. En effet rares sont les scientifiques qui après avoir cherché en vain des vibrios toxigéniques et épidémiques sont prêts à publier ces résultats négatifs. Il n'est donc pas étonnant de voir publiées périodiquement des revues de littérature (comme celle de Gwenzi et al. 2019) qui déplorent le manque de surveillance environnementale. Le biais de publication qui les entoure permet de maintenir artificiellement l'aspect innovant de ces travaux. Le Pr George cite l'exemple d'une équipe de chercheurs brésiliens qui, depuis la fin de l'épidémie des années 1990 qui a touché leur pays, ont procédé à la collecte et à l'analyse de plus de 2000 échantillons environnementaux, sans jamais trouver les vibrio toxigéniques et épidémiques :

> « Ils n'ont pas pensé que ça pouvait être une information importante. C'est une information capitale parce que c'est très compliqué, c'est très cher de faire 2000 prélèvements environnementaux et d'analyser ça. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

83 Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018.

2. La Côte d'Ivoire et la Guinée comme bastions de résistance de la surveillance environnementale

La Côte d'Ivoire est l'un des grands pourvoyeurs d'études de surveillance environnementales : des 36 études répertoriées par Rebaudet et al (2013), 9 proviennent de recherches conduites en Côte d'Ivoire. Mais de plus il existe des études dont les résultats ne sont pas publiés et d'autres études sont en cours :

> « Puisque vous intervenez en Côte d'Ivoire, vous avez Professeur Sullivan. Vous discutez avec lui, il finira par admettre qu'il n'a jamais pu isoler de *Vibrio cholerae* dans la lagune d'Abidjan, sauf à proximité des égouts en pleine épidémie de choléra. Pour autant, la dernière fois que je l'avais vu, j'ai pas pu le convaincre que c'était une information et que fallait la publier, que pour lui c'est qu'il n'avait pas probablement bien cherché […] il a peut-être changé d'avis parce que ça fait des années maintenant que c'est calme aussi dans son pays. Est-ce qu'il pense toujours que la lagune est l'endroit où [apparait le choléra] ? Je ne sais pas ! »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Cette entrevue des professeurs Sullivan et George date de 2013, et tout porte à croire que le Professeur Sullivan n'a pas changé d'avis. En effet, différents interlocuteurs nous ont fait part de l'existence de projets de surveillance environnementale menés avec ses équipes jusqu'en 2018. Les biais de publications seuls ne suffisent manifestement pas à faire perdurer cette hypothèse, il faut également qu'il y ait des personnes qui soient convaincues de son bienfondé, malgré les démentis successifs. Très tôt Rita Colwell avait prévenu les partisans qui douteraient, et avait instillé le germe d'une foi persistante en ces termes :

> « Au Bangladesh […] des milliers d'échantillons peuvent être analysés sans qu'il n'y ait une seule isolation de *vibrio cholerae* 01 toxigénique. *En même temps,* ce sont des millions des personnes qui ingèrent tous les jours de l'eau directement de ces sources, ce qui crée un échantillonnage d'une bien plus grande intensité [que l'échantillonnage d'eau que peuvent faire les scientifiques] et conduit à un nombre fini de cas primaires [de contamination], de

> ces premiers cas dérivent des explosions de cas secondaires issus de la route féco orale ordinaire. Le résultat est des milliers de cas chaque année. »
>
> Colwell (Rita R Colwell & Spira, 1992b)

Cette perspective crée chez certains scientifiques une croyance difficile à défaire, et rend l'hypothèse difficilement infirmable.

La Côte d'Ivoire et tout particulièrement Abidjan et sa lagune se prêtent parfaitement à un réservoir environnemental : une capitale construite sur le bord de la lagune Ébrié, qui s'étire sur 100 kilomètres et abrite de nombreux écosystèmes dont une mangrove. La lagune est considérée comme étant risquée du fait de la présence de choléra environnemental (Koutouan, 2012). La ville d'Abidjan a été périodiquement touchée par des épidémies de choléra depuis les années 1970. La plupart de ces épidémies ont été retracées à partir d'aires adjacentes, le plus souvent celles situées sur la frontière avec le Ghana, ce qui laisse supposer des flambées transfrontalières. Dans d'autres instances, les épidémies ont démarré au sein même de la ville. Ce fut le cas dans 2 des 3 dernières épidémies, en 2006 et 2014 et toujours au sein d'un quartier de pêche piroguière. L'apparence d'épidémies parmi de tels groupes peut à première vue sembler favoriser une hypothèse environnementale. Sur sa base on pourrait en toute logique, théoriser que *les pêcheurs attrapent le choléra parce qu'ils sont surexposés à l'environnement lagunaire qui représente un réservoir naturel pour le Vibrio cholerae*. Une interprétation que j'ai entendue de nombreuses fois dans des conversations informelles et que Colwell, dans une contextualisation rare de ses propositions, avait elle-même fait pour expliquer théoriquement la vulnérabilité de groupes de pêcheurs en Asie du Sud Est (Rita R Colwell, 1996).

Quoiqu'il en soit, un regard plus rapproché du contexte abidjanais contredit cette interprétation. Les pêcheurs à Abidjan représentent des groupes hétérogènes, les groupes du quartier de Vridi 3, dit Zimbabwe, ceux qui furent touchés par le choléra en 2006 et 2014 sont des pêcheurs artisanaux maritimes, à très forte majorité ghanéenne. Ces pêcheurs vivent dans des conditions déplorables dans des quartiers dits « *précaires* » *ou* « *spontanés* », ont un accès limité à l'eau et à l'assainissement et pratiquent la pêche le long de la Côte dans le champ piroguier Fante qui s'étend de la Mauritanie au Gabon. Sur Abidjan, il y a aussi les pêcheurs lagunaires, qui sont eux Ivoiriens,

au premier rang desquels les Ébrié, qui ont donné leur nom à la lagune. Mais ces pêcheurs Ébrié, ceux qui pêchent et sont en contact avec la lagune, sa faune et sa flore, ne sont à notre connaissance pas identifiés comme étant un groupe à risque pour le choléra. En d'autres termes, les pêcheurs qui sont bel et bien affectés par le choléra sont ceux qui ne pêchent pas dans la lagune, mais en mer et qui font des voyages fréquents. De l'autre côté, les pêcheurs autochtones qui sont exposés à l'environnement de la lagune ne sont pas identifiés comme étant à risque pour le choléra d'après les résultats de la surveillance du choléra (Koutouan, 2012). Mes interlocuteurs pêcheurs Ébrié eux-mêmes m'ayant indiqué qu'ils n'avaient pas eu à se plaindre de la maladie contrairement à d'autres groupes de pêcheurs. La prise en compte, même superficielle du contexte peut rapidement retourner l'interprétation la plus plausible de l'origine des épidémies de l'environnement vers une contamination interhumaine.

Le Pr George partage une analyse similaire entre l'adéquation de l'hypothèse du réservoir environnemental et la connaissance empirique acquise par un travail de terrain :

> « On peut toujours avoir des doutes sur ce qui se passe en termes de choléra environnemental quand on est loin. Mais quand on est quelque part où il y a eu des cas de choléra et puis qu'on n'en voit plus, on a moins de doutes. Donc, on ne se dit pas c'est endémique, ça reste là etc. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Plus spécifiquement le Pr George mentionne le cas de la Guinée :

> « Je discutais avec un collègue Guinéen récemment, ça fait cinq (05) ans qu'il n'y a pas eu la queue d'un cas de choléra. Pas un, pendant longtemps on disait le choléra est dans l'environnement et d'autres continuent à le dire. La Guinée est un contre-exemple terrible parce qu'il y a une lagune, il y a tout ce qu'il faut, mais il n'y a pas un cas de choléra. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Mais cet exemple empirique ne suffit pas à remporter l'argument, l'adversaire peut toujours trouver une parade dans les insuffisances des efforts déployés dans la surveillance :

> « Si moi je dis il n'y a pas de choléra en Guinée, peut-être vous, vous me croyez. Mais les Américains en question se disent c'est simplement parce que le système de surveillance n'est pas bon, parce que si, parce que ça. Et comme ils ne maitrisent pas forcément la partie terrain du choléra, ils passent assez facilement à côté. »
>
> Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Avec des périodes sans maladie pouvant s'étendre sur près de 10 ans et l'existence d'études épidémiologiques et microbiologiques ayant confirmé l'importation transfrontalière des dernières épidémies (Rebaudet et al., 2014), la Guinée est en effet un contre-exemple à la présence d'un réservoir. Étonnamment, il n'y a pas que les « américains », ceux qui sont « loin du terrain », qui persistent à croire que la Guinée détient un réservoir environnemental. En effet, certains personnels en santé expliquent l'épidémiologie locale avec le réservoir en tête. Ainsi, après avoir expliqué que le choléra pouvait réapparaitre après de longues périodes d'absence de 8 ou 9 ans, le Dr Soh, un clinicien guinéen qui a pris en charge des patients de choléra au cours d'épidémies passées m'explique comment le choléra revient en Guinée :

> « En fait comme vous le savez en période épidémique c'est vrai, le réservoir il est essentiellement humain. La transmission se fait de façon interhumaine. Mais en dehors des périodes épidémiques, le réservoir reste environnemental ! Et c'est surtout au niveau de la zone de la basse côte, le long du littoral atlantique que vraiment la source reste. Et… là avec le manque d'hygiène, la non-utilisation des latrines par les populations dans certaines localités, le manque d'eau potable, l'accès à l'eau potable ce sont des facteurs qui contribuent à la survenue de façon cyclique lorsque les premières pluies tombent. Et du coup ça, ça réveille tout de suite l'épidémie. Voilà comment c'est devenu une maladie, endémo-épidémique en Guinée. »
>
> Dr Soh, entretien, téléphone, octobre 2018

Le Dr Soh cite ensuite les travaux publiés dans les années 1990 par l'un de ses mentors de l'école médicale ou il a fait ses longues études, cet auteur lui-même se réfère aux articles de Colwell, montrant à nouveau la portée internationale et la prégnance des travaux de la scientifique.

Conclusion

Un résumé rapide et non exhaustif des interprétations différenciées entre chaque communauté épistémique peut nous guider dans leur caractérisation :

En Haïti quand l'un identifie les troupes des Nations Unies, l'autre pointe vers les sols alcalins et les changements de température. À Goma, en RDC, l'un réfléchit au flux continu de réfugiés pris en charge dans les campements de Goma, tandis que l'autre l'un pondère le rôle de la roche volcanique, dont chacun sait qu'elle est poreuse, comme abri pour le Vibrio. Le long de la côte ouest-africaine, l'un cherche le lieu de la combinaison parfaite de Ph et de salinité de l'eau à même d'établir un réservoir, tandis que l'autre s'intéresse aux groupes marginalisés, les premiers affectés par les vagues épidémiques.

Chaque communauté épistémique propose des scénarios qui expliquent les dynamiques des épidémies de choléra en mettant l'accent soit sur les variabilités liées à l'activité humaine, soit à celle de la bactérie et sa conjonction à son environnement naturel. La force de l'hypothèse du réservoir environnemental réside dans sa capacité à être remaniée pour expliquer des phénomènes épidémiques qui, autrement, pourraient paraître difficilement lisibles. Dans sa reconstruction théorique des épidémies, elle repose sur des acteurs récurrents et communs au monde tels que les planctons, les poissons, la roche et des variables telles que la température, l'acidité de l'eau qui peuvent être mobilisés en tous lieux et sont compréhensibles par tous. Au contraire la compréhension de la dynamique d'une épidémie pensée comme étant interhumaine ajoute au contexte environnemental et biologique les facteurs d'activités humaines spécifiques aux lieux d'émergence des épidémies, la matérialité sociale et politique. Comprendre l'épidémie d'Haïti c'est connaître les catastrophes que le pays a endurées, l'état de ses infrastructures, connaître la multiplicité des intervenants présents lors de l'épidémie, dont la présence de Casques bleus mobilisés à partir de zones endémiques du choléra. Le prix à payer pour des approches « biologisantes » telles que celle du réservoir environnemental réside donc dans la tendance à reléguer les êtres humains à l'arrière-plan de l'épidémie, ou de présumer que les épidémies sont avant tout le fait de mécanismes biomécaniques, dépourvues d'une histoire politique et sociale. En empêchant la contextualisation, elles participent d'un effacement du politique et de la

réorganisation du monde (Brives et al., 2016). En effet la dépolitisation du choléra peut constituer un attrait supplémentaire porté au réservoir environnemental du choléra. Les questions des inégalités sont mises de côté et les défaillances d'une bonne gouvernance qui devrait s'inquiéter de ne pouvoir éviter des épidémies provoquées par un manque d'eau et d'assainissement sont réduites puisque le fléau semble impossible à éliminer s'il parvient à survivre dans l'environnement.

Callon, Lascoumes et Barthes (2001) ont montré qu'une tendance lourde de la pratique scientifique consiste au confinement du scientifique dans des laboratoires toujours plus éloignés du monde qu'il étudie. Dans son laboratoire, ce qu'il reste du monde est encapsulé dans un tube caryblair. Le confinement du laboratoire est essentiel pour conduire des analyses toujours plus précises qui nécessitent toujours plus de contrôle sur l'environnement de la mesure. Débarrassé du bruit du monde, le contenu de l'échantillon peut librement laisser parler sa nature par le biais de signaux que les machines du scientifique visent à capter et à interpréter. Le résultat des interprétations confinées des signes du monde peut en retour le transformer. Et effectivement, un monde dans lequel le choléra parvient à vivre librement dans l'environnement et un autre monde dans lequel il ne peut agir et subsister que par le biais des malades dont il fait ses hôtes, sont deux mondes à part, pour la recherche, pour la lutte contre la maladie, pour ses malades potentiels.

L'un des risques du confinement réside dans le fait que des signes essentiels du phénomène étudié peuvent être systématiquement écartés avec le reste des « bruits » du monde. Pour être pertinent, un échantillon doit malgré le confinement, rester connecté au monde dont il provient.[84] Une autre force travaillant au désavantage de la contextualisation est le besoin affiché de généraliser les résultats. Plus l'intérêt est porté pour les particularités des contextes locaux, plus l'échantillon est accompagné d'informations, et moins il est susceptible d'être comparable à d'autres lieux.

Nous voyons clairement qu'au-delà des croyances sur la capacité de la bactérie, l'interprétation de sa dynamique à l'échelle d'aires géographiques étendues, au travers de temporalités longues, que

[84] Par exemple, les résultats de diagnostic provenant d'un échantillon dont on aurait égaré l'étiquette ou qui ne serait pas accompagné de données sur l'individu dont il provient perd toute utilité, car il ne peut plus se situer dans le monde dont il provient. Le résultat peut être négatif, nous ne savons pas a qui annoncer la nouvelle, il peut être positif et nous ne savons pas s'il s'agit d'un cas parmi des milliers dans une épidémie en cours ou le premier cas confirmé d'une épidémie naissante.

l'opposition des tenants du réservoir environnemental et ceux de la transmission interhumaine est avant tout le combat de savoir comment le savoir peut-être produit sur la maladie — comment sait-on ce que l'on sait ? En d'autres termes une question d'épistémologie. Les communautés épistémiques se forment alors autour des deux interprétations avec un ensemble spécifique d'outils qu'elles suggèrent et généralement maîtrisent pour explorer le monde tel qu'elles le voient. Si la microbiologie, la génétique et l'épidémiologie sont présentes à des degrés divers des deux côtés, nous pouvons cependant affirmer que « l'épidémiologie de terrain », la géographie ou d'autres sciences sociales, toutes les formes de recherche qui mettent l'homme et son agir au centre de son attention sont la spécificité des tenants de l'hypothèse interhumaine. Les tenants du réservoir environnemental préféreront une combinaison d'observations micro (cellules, gènes, mais non exclusives) et macro (images satellitaires, cartes des courants, etc...). L'une des pièces les plus réflexives de cette confrontation épistémique en Haïti a été la lettre que Stanislas Rebaudet, médecin et ancien doctorant du Pr Piarroux, a écrite appelant à la réhabilitation de l'épidémiologie de terrain (Rebaudet 2017).

Défendre l'une ou l'autre interprétation est donc une question d'interprétation du monde, d'un ensemble d'outils pour l'explorer et d'une philosophie différenciée pour combattre les épidémies. Les enjeux de la victoire de l'une ou de l'autre ont donc un impact sur les carrières des individus (quels outils, méthodologies et spécialisations et même professions devraient obtenir du financement) et sur des industries entières du contrôle. Dans un monde de la recherche et de contrôle du choléra-monde axé sur l'agir des bactéries, il est difficile de définir et de s'occuper des groupes humains vulnérables.

En outre, s'il est établi que le choléra ne constitue pas de réservoirs en Afrique, on peut être enclin à concentrer le financement sur l'élimination du choléra à court terme plutôt que de rationaliser le financement pour couvrir de multiples réémergences. Ou bien, on pourrait être enclin à suggérer que de nouveaux outils, tels que les vaccins contre le choléra, plutôt que des programmes d'eau et assainissement étendus, pourraient très bien faire l'affaire et permettre de contrôler le choléra sur le continent. Cela ne permet toutefois pas de dire que les communautés épistémiques sont homogènes quant à leurs préférences axées sur le contrôle. Certains « interhumains » préfèrent les solutions à base de renforcement des infrastructures en eau et assainissement et sont réticents à

l'utilisation des vaccins nouvellement disponibles, tandis que certains tenants du réservoir environnemental ont plaidé pour le développement de vaccins, encore une fois, certains acteurs épistémologiquement neutres ont fait usage des arguments « interhumains » pour faciliter l'introduction des vaccins.

Parce qu'ils offrent différents mondes de pratique scientifique, de formes de contrôle pertinentes, parce qu'ils peuvent éclairer les responsabilités des puissants ou au contraire rendre leurs manquements invisibles, parce qu'ils reposent sur la mise en valeur de leur pratique devant des acteurs spécifiques, les controverses épistémiques ne peut pas être simplement des efforts scientifiques, ils sont dans tous les aspects façonnés par la politique.

Le débat vieux de 40 ans met également en évidence les mécanismes de l'administration de la preuve à l'ère de la santé mondiale. Si les réservoirs environnementaux avaient été une possibilité, et en demeurent une en dépit des preuves contraires accumulées en Amérique latine, notamment en Haïti et à présent sur le continent africain, il est encore surprenant d'observer qu'à chaque étape, à chaque épidémie majeure, elle a été considérée comme un scénario-source très probable — sinon la plus probable — avant d'être ébranlée. Encore à ce jour, les organisations mondiales de santé (CDC, OMS) affirment que les réservoirs environnementaux sont l'une des sources d'épidémies alors que les preuves réelles d'une épidémie provenant d'un réservoir environnemental demeurent inexistantes. Cet acte de foi continu, dirons-nous, souligne ce qu'Ann H. Kelly a dénommé le charisme de preuve (Kelly 2018). Autrement dit, le poids de voix comme celle de Colwell, une microbiologiste et océanographe reconnue suffit. C'est paradoxal quand on considère que, dans la pyramide des preuves (voir chapitre 2), l'avis des experts est censé représenter la forme la plus faible de preuve (Graham 2016). L'existence de ces formes de charisme évidenciaires et est une manifestation crue de formes persistantes de subjectivité institutionnelle dans le monde de la santé globale, en dépit de la volonté affichée de s'en remettre aux faits, et rien qu'aux faits, oubliant qu'il sont fabriqués, que leur pertinence s'évalue à l'autorité qu'on prête à leurs créateurs et qu'ils peuvent être « déplacés »[85], dissimulés pour des motifs qui ont moins à voir avec la science qu'avec la politique, la croyance et les intérêts particuliers.

[85] Pour reprendre la terminologie de Latour (2005).

Troisième partie : Être vulnérable. Situer le choléra dans une écologie des risques

Chapitre 6 : De sel et de sang. Ancrages socio-historiques de la pêche piroguière sen Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, les pêcheurs piroguiers ont été identifiés comme un groupe à risque pour le choléra. En Côte d'Ivoire, la pêche piroguière est essentiellement le fait de pêcheurs ghanéens fante, éwé et ningo. Ce chapitre retrace l'histoire de leur implantation et se propose de dresser les contours de la place que peuvent occuper ces pêcheurs dans une Côte d'Ivoire post Houphouëtiste traversée par de nombreuses années de crises.

L'avancement du front pionnier de la culture cacaotière est un « analyseur central » d'une Côte d'Ivoire coloniale, puis indépendante (Chauveau & Dozon, 1985) qui va trouver dans l'économie de plantation une mise en mouvement, une renégociation des rapports entre autochtones et allogènes, entre jeunes et doyens (Chauveau & Koffi Bobo, 2008). Il existe cependant un deuxième front pionnier, qui se déroule et se repousse sur la même période d'Est en Ouest, dont l'objet ne se trouve pas dans la zone forestière de la bande côtière, mais à l'opposé, de l'autre côté du littoral, en direction de la mer. L'expansion de la pêche piroguière maritime en Côte d'Ivoire est l'objet d'une histoire peu connue, entre des pêcheurs migrants en provenance de la Côte d'Or, des populations « autochtones », des lagunaires qui partagent bien souvent l'identité commune du groupe Akan, et des administrateurs coloniaux puis ivoiriens, la pêche piroguière sera pour eux une activité d'abord largement ignorée, puis activement dédaignée, avant de devenir un enjeu puis un point d'achoppement avec les « autres étrangers » au cœur de la crise économique et identitaire de la Côte d'Ivoire de la fin du 20e siècle. À l'heure où les pêcheurs migrants sont identifiés comme des groupes à risque pour les maladies épidémiques, telles que le choléra, mais aussi Ebola, il nous parait indispensable de revenir sur l'histoire d'une relation complexe entre les groupes qui la composent, regroupés sous l'appellation des « Ghanéens », et les différents acteurs sociaux avec lesquels ils interagissent sur le sol ivoirien.

1. Le pêcheur et le planteur. Les destins parallèles des pionniers du littoral

1.1. Poussés à la mer

Le rapport de l'Afrique à la mer a bien souvent été minimisé dans la littérature, de nombreux auteurs estimant que le véritable contact des sociétés africaines avec la mer est dû à l'arrivée des Européens. Par exemple, Law (1989 cité par Overa 2001 p. 8) estime que du fait du phénomène de la barre[86], il semble improbable que le commerce maritime ou la pêche maritime se soient développés avant l'arrivée des Européens. En contrepied de cette vision, Jean-Pierre Chauveau a démontré sur le temps long la pluralité des pratiques africaines de la mer. En effet de nombreux matériaux et témoignages rapportent l'usage des pirogues, y compris a plusieurs lieues de la barre, en pleine mer, pour la pêche, le cabotage, la guerre. Des activités qui semblent manifestement précéder l'arrivée des Européens. Par exemple l'utilisation des filets en mer est rapportée au 15e siècle par l'explorateur Pereira, qui donnera notamment le nom de *Cabo das redes* (lit. le cap des filets) à une crique situé à proximité de l'actuel Accra (Chauveau, 1986, p. 192). Les grands foyers maritimes du 15e siècle, qui recouvrent les actuels Sénégal, Ghana et Libéria sont encore de nos jours les lieux les plus actifs dans la pêche piroguière maritime et les « exportateurs » de pêcheurs migrants (Duffy-Tumasz, 2012).

L'expansion Fante

Les Fante sont l'un des groupes ghanéens les plus investis dans la pêche piroguière. L'histoire de l'expansion de la pêche maritime ghanéenne, et fante en particulier, au-delà de la Gold Coast repose sur l'établissement préalable de réseaux de commerces le long de la côte au moins entre le 18e et le 19e siècle. Ainsi Aného dans l'actuel Togo, représente à la moitié du 18e siècle, l'une des plus anciennes installations des pêcheurs Fante hors de l'actuel Ghana. En Côte d'Ivoire, l'installation de Ghanéens sera plus tardive, on compte des réseaux de commercialisation du caoutchouc dès les années 1850, mais c'est surtout à partir du 20e siècle que des communautés de Ghanéens vont

[86] Le rouleau de vagues présent sur la quasi-totalité de la côte ouest-africaine.

s'installer dans le pays et pratiquer des migrations circulaires (K. Delaunay, 1991 p. 653). Les pirogues, l'équipage et les femmes accompagnant les maris pêcheurs étaient alors transbordés par cargo (Overå & Overa, 2001 p. 12).

La deuxième moitié du 20e siècle va connaitre un véritable essor de la pêche piroguière le long de la côte, avec l'incorporation des moteurs hors-bord aux pirogues monoxyles. Au Ghana, cette incorporation est aidée par une politique gouvernementale visant à la modernisation des pêcheries piroguières (Clark, 2013 ; Kwei, 1961). Celle-ci, si elle s'avéra désastreuse économiquement et manqua son objectif de faire abandonner les pirogues au profit d'embarcations plus modernes, permit cependant aux *companies*[87] (unités de pêche) d'agrandir leur aire d'influence sur des pirogues de plus grandes envergures. Ainsi les années 1960 marquent une véritable explosion de la pêche piroguière le long de la côte ouest-africaine avec l'introduction et l'appropriation des moteurs hors-bord par les piroguiers. Depuis lors la pêche Fante se constitue comme un champ social qui s'étire de la Mauritanie à la République Démocratique du Congo (K. Delaunay, 1991 ; Overå & Overa, 2001). La migration (*adoom*) effectuée au sein des unités de pêche (*companies*) est un outil d'accumulation de ressources et à bien des égards, un rite de passage pour les hommes, mais aussi les femmes dans leurs parcours professionnels, autant qu'une manière de se valoriser et de se constituer un capital en dehors de son village d'origine (Overå & Overa, 2001 p. 2).

Les opportunités que les acteurs sociaux prennent en compte dans la décision de se rendre sur un lieu de pêche sont d'ordres multiples. Une première série de considérations peut être « biologique », il s'agit de la présence de bancs de poissons, fluctuant notamment en fonction des courants marins dits « d'upwelling » qui charrient des nutriments près des côtes et dont l'intensité suit généralement celle des saisons des pluies en Afrique de l'Ouest.

Mais les migrations dépendent avant tout de facteurs économiques et politiques. Il s'agit par exemple de la comparaison des prix de vente des poissons exercés à un moment donné entre différents marchés pris en considération et dans lesquels on possède plus ou moins de contacts. Il peut s'agir également du climat d'accueil des étrangers dans la locale donnée, de la préexistence

[87] Les termes fante sont écrits en italique avec l'orthographe indiquée par mes interlocuteurs, un lexique est présent en fin du présent document qui donne une définition succincte de chaque terme.

de campements connus dont certains résidents pourraient négocier l'installation (ou le passage), ou encore de la possibilité pour les femmes accompagnant les pirogues d'écouler elles-mêmes leur vente, ce qui n'est pas donné partout le long de la Côte. L'affaire est par exemple particulièrement ardue à Cotonou ou des réseaux de femmes « locales » accaparent ces activités (Overå & Overa, 2001 p. 27).

Notons enfin que les crises économiques ghanéennes et les effets des ajustements structurels ont été des éléments englobants supplémentaires, lesquels ont poussé à la migration à l'heure où les ressources administratives s'épuisaient et/ou les débouchés de vente s'amoindrissaient à mesure que se réduisait le pouvoir d'achat des consommateurs ghanéens.

Très tôt la Côte d'Ivoire attire par sa rapide croissance économique et les débouchés importants que représentent ses marchés. Mais c'est surtout la centralité de l'économie de plantation et le délaissement de l'exploitation des ressources maritimes qui représente une opportunité que vont saisir de nombreux pêcheurs fante, ga et éwé, regroupés dans l'ensemble « les Ghanéens ». L'économie de plantation ivoirienne va donc appeler le développement de cette pêche de deux manières : par la place vacante des activités au-delà de la barre dans un territoire focalisé sur la plantation, par les débouchés qui découlent de l'urbanisation et de la création de marchés côtiers où les captures en poisson s'écoulent rapidement et à des prix avantageux pour les pêcheurs.

1.2 La centralité de l'économie de plantation dans la société ivoirienne

La Côte d'Ivoire n'a historiquement pas une relation aussi étroite avec la pêche piroguière que des pays de la région tels que le Sénégal ou le Ghana. En effet, la Côte d'Ivoire, « le premier exportateur de cacao au monde »[88] a eu, depuis ses administrateurs coloniaux puis ivoiriens, d'autres objectifs, repris par de nombreux acteurs sociaux au cours d'une histoire de la « conquête » cacaotière de

[88] "the world's top cocoa grower", intitulé incontournable de la Côte d'Ivoire dans les articles de presse économique anglophone voir par exemple https://www.bloomberg.com/search?query=ivory%20coast, consulté le 5 mars 2019.

l'Ouest qui a mis en mouvement la société ivoirienne dans son ensemble. Jean Pierre Chauveau et Jean Pierre Dozon (1985) voient en effet dans l'économie de plantation un fait social total ou encore un analyseur central de la société ivoirienne (Ibid p. 63, cité dans Delaunay 1995).

L'économie de plantation en Côte d'Ivoire passe par « la mise en valeur » du grand ouest ivoirien, faiblement peuplé au début de la colonie, mais dont les administrateurs pensent qu'il pourrait donner d'important rendements agricoles. Cette valorisation se conçoit par le biais de l'importation sur le front pionnier d'une main d'œuvre du Nord, a majorité mandingue et de l'Ouest, principalement des Baoulés. Ces derniers sont issus de la même ethnie que le président Félix Houphouët Boigny, dont la richesse s'est construite dans l'économie de plantation et qui se dit « premier planteur du pays ». L'encouragement de l'immigration sur le front pionnier du cacao, initiée par l'administration coloniale se poursuivra après les indépendances sous le régime d'Houphouët. L'aphorisme du président « la terre appartient à celui qui la cultive », agit comme une incitation à la migration et un gage de protection contre la contestation a posteriori des droits d'occupation négociés entre les autorités locales, notamment villageoises, et les « colons » (Chauveau & Koffi Bobo, 2008, p. 249). Cette économie de plantation se place sous le signe de rapports complexes entre autochtones et allochtones, elle est le lieu de la rencontre entre la demande de main d'œuvre et la demande d'accès à la terre. Il s'agit d'un phénomène qui échappe en partie aux autorités centrales, qui bien souvent prennent acte d'une « valorisation » et d'une production cacaotière qui dépasse souvent les projections gouvernementales (Chauveau & Dozon, 1985, pp. 66–67). Cette politique de valorisation va être soutenue électoralement indéfectiblement par les Baoulé ainsi que par les étrangers, qui seront autorisés à voter jusque dans les années 1990. Le cacao va considérablement enrichir les courtiers intermédiaires pendant le « miracle ivoirien » des années 1960 à 1970. La Côte d'Ivoire devient également un exemple de développement à la française dans le contexte de la guerre froide. Cette économie ne représente pas une fin en soi, mais une possibilité de modernisation, ainsi on fait valoir aux enfants des autochtones de l'Ouest la promesse de postes dans l'administration et une formation de qualité dans le supérieur pour qu'ils puissent être les acteurs d'une agriculture plus moderne, tandis qu'aux jeunes migrants c'est l'accès à une terre qui est offert (Chauveau & Koffi Bobo, 2008, pp. 250–252).

1.3. Du dédain à la révélation

L'historienne Karine Delaunay (1995) note chez les administrateurs qui se succèdent, ainsi que dans la presse des années 1980 deux interprétations fondamentales sur les causes du manque d'investissement dans la pêche de la part des Ivoiriens. Le premier, d'ordre géologique, tiendrait à la topographie du littoral ivoirien, dont le plateau serait trop étroit pour permettre un rendement halieutique suffisant. Le deuxième puise dans le registre de la culture, il y aurait un manque de « tradition » liée à la pêche parmi les Ivoiriens, tradition qui serait au contraire présente « naturellement » chez les Ghanéens. Cette dernière explication d'ordre essentialiste n'est pas sans rappeler les procédures d'identification ethnique mise en place par l'administration coloniale (Delaunay 1995). Ces mécanismes simplistes contiennent cependant une potentialité de prophétie auto réalisatrice, les groupes auxquels une activité économique particulière a été affectée sur la base de « d'attributs naturels » a bien des chances d'avoir reproduit et transféré des formes de savoirs pratiques spécialisés à ses membres d'une génération a une autre. Ceux-ci ne sont cependant ni proprement naturels ni même liés à une « tradition ancestrale » particulière (Delaunay 1995 p. 40 ; citant Chauveau et Dozon, 1987 pp. 225-243). Cela apparait avec d'autant plus de force que certains groupes ivoiriens étaient engagés dans la pêche, comme les Alladian (issus comme les Baoulé et les Fante du groupe Akan), mais ceux-ci se sont détournés de la pêche pour se concentrer sur l'économie de plantation à partir des années 1950 (K. Delaunay, 1991 p. 650). Ce détournement est alors voulu par un Houphouët soucieux d'éloigner les Alladian de la pêche maritime, une activité qu'il juge « dangereuse » (Duffy-Tumasz, 2012, p. 2). De là une certaine ironie dans le recours à la tradition supposée, tant celle-ci a été favorisée par les colons qui emploient les Fante comme *canoemen*, que défavorisée par Houphouët, au profit de la plantation, dans un élan oublié quelques années plus tard.

Si la Côte d'Ivoire est un carrefour de l'Afrique de l'Ouest où se croisent, notamment pour les besoins de la valorisation de l'Ouest, des ressortissants de nombreuses nationalités, les Ghanéens représentent une frange minoritaire parmi ceux-ci. Ils représentent à la fin du 20e siècle, 5 % de la population étrangère sur le territoire Ivoirien. Leurs points d'attache sont concentrés le long de la côte à proximité des centres urbains de sorte qu'ils peuvent parfois constituer une communauté

relativement importante. Ainsi, ils sont ainsi considérés comme « la communauté principale de Sassandra » (Fiège et Hillen 1985, Delaunay 1995 P. 188).

La pêche piroguière, jugée inefficace, désorganisée, et villageoise, au demeurant pratiquée fortement par des étrangers n'attire que peu l'intérêt des représentants de l'État. En tant qu'activité économique, elle ne fait donc pas l'objet d'un suivi statistique rigoureux jusque dans le dernier quart du 20e siècle. Les rares occasions où la pêche piroguière est discutée donnent à voir une volonté de la moderniser. Ce peu d'intérêt pour la pêche artisanale doublé d'un penchant pour l'industrialisation n'est pas limité à la Côte d'Ivoire et il n'est pas nouveau. Abel Gruvel, un biologiste travaillant pour l'administration coloniale, notait déjà en 1906 le potentiel de pêche de toute la zone de la côte occidentale et le besoin impérieux de l'industrialiser (Chauveau, 1989 p. 244-6).

La flottille industrielle ivoirienne voit le jour peu avant l'indépendance, sous la forme de reconversion de chalutiers en fin de carrière importés de France par le biais d'entrepreneurs français. L'intervention de l'État se fait plus pressante dans les années 1970 avec la création d'un armement thonier industriel dont la vocation est l'exportation des produits vers les marchés européens et américains. Ces initiatives stagnent puis dévissent dans le courant de la décennie, elles ne sont pas en mesure de faire face à l'augmentation de la demande interne de poisson en conséquence de quoi se développe fortement l'importation de poisson congelé. Le port de San Pedro ouvre en 1971, et autre initiative s'y développe, semi-industrielle cette fois, qui vise des pélagiques situés dans des zones rocheuses hors de portée des chalutiers, elle se veut donc complémentaire à la pêche industrielle. La compagnie ferme en 1980 (Comoe & Ozer, 2016).

Le regard des agents de l'État se détourne finalement de la mer à la fin des années 1970 pour se concentrer sur la lagune, dont ils espèrent qu'elle pourra permettre le développement d'une pêche moderne et maitrisable et d'une aquaculture plus proche des plantations. La tentative de valorisation de la lagune s'accompagne de la mise en place de dispositifs de comptage des captures. Pendant cette courte période de facilitation étatique de la pêche en lagune, des conflits apparaissent entre pêcheurs individuels et pêcheurs de groupe, qui recoupent en large partie les pêcheurs autochtones et les pêcheurs de senne étrangers en majorité. Les grands filets sont interdits sur la

lagune en 1982. Il apparait très vite que la lagune est surexploitée et qu'elle ne pourra répondre aux aspirations étatiques en termes de volumes (K. Delaunay, 2000, p. 90)

C'est au cours de cette tentative de valorisation de la pêche lagunaire que le carcan de représentations faisant de la pêche piroguière maritime une affaire peu productive des Ghanéens va être remise en question. Ce que Karine Delaunay (2000) appelle « la révélation de Vridi » marque, aux alentours des années 1983-4 la constatation de l'existence, au cœur d'Abidjan, d'une capacité productive de la pêche piroguière jusque-là sévèrement sous-estimée. Cette constatation s'explique par le fait qu'en procédant au comptage des volumes de production « lagunaires », les administrateurs incluaient dans leur échantillon les quartiers lagunaires de la zone de Vridi, lesquels ne pêchaient pas en lagune, mais en mer, à laquelle ils accédaient par le canal de Vridi.

C'est ainsi qu'en 1983 les agents de l'État se rendent compte que ces quelques villages situés dans la zone industrielle d'Abidjan rapportaient à eux seuls le volume escompté pour l'ensemble de la pêche artisanale (piroguière) sur l'ensemble du territoire pour une année. (Delaunay 1995 p. 94). C'est donc de manière détournée que l'État prend la mesure de la prégnance de la pêche piroguière en Côte d'Ivoire.

La « révélation de Vridi » n'est cependant pas seulement le fait d'une constatation tardive du potentiel de la pêche piroguière, l'augmentation du volume de pêche relève aussi de processus d'innovation dans les techniques de pêche qui ont permis un accroissement des volumes de pêche piroguière avec l'adaptation de sennes coulissantes sur les pirogues, stratégies vraisemblablement mise en place pour répondre à la concurrence des chalutiers industriels internationaux (K. Delaunay, 1991 p. 653) et inspirée par les pêcheries piroguières sénégalaises (K. Delaunay, 1995 p. 93)[89]. Vridi met en évidence le dynamisme de la pêche piroguière contre toute attente d'un État et d'acteurs du développement qui pensaient la pêche piroguière « artisanale » et « villageoise » condamnée à disparaitre. Cette révélation entraine un renforcement de la production de statistiques sur les prises artisanales. Enfin, si elle semblait enfin reconnaitre la capacité des pêcheurs artisanaux à exploiter les ressources halieutiques elle produit par la même occasion des hostilités vis-à-vis des pêcheurs étrangers, « accaparant » une ressource nationale (Delaunay 1995 p. 97).

[89] Les échanges de savoirs, de techniques de pêche et de transformation des produits de la pêche entre groupes piroguiers issus de sociétés différentes sont courants dans tout le golfe de Guinée, voir Sabinot (2008).

2. Du dédain à la convoitise. Une révélation de la pêche piroguière sous le signe de la crispation identitaire

2.1 Le miracle ivoirien se fissure

Les années 1980 marquent le commencement d'une crise brutale du modèle de développement de l'économie de plantation entrainée par la chute des cours des matières premières. Avant la fin de la décennie, le prix de rachat du cacao garanti par l'État est divisé par deux. Cette contrainte vient exacerber les conflits latents entre autochtones issus de l'Ouest et ceux venus du Nord ou du Burkina Faso appelés les allogènes, ou encore les Baoulés venus de l'Ouest (plus tard appelés les allochtones).

La chute des cours entraine également une raréfaction des ressources d'un État qui tire la majeure partie de ses recettes de l'économie cacaotière. La raréfaction des postes administratifs disponibles pousse de nombreux jeunes, notamment ceux issus de l'Ouest et à qui l'on avait promis une vie citadine prospère, à un retour au village vécu comme une humiliation. Expérience d'autant plus difficile qu'ils constatent bien souvent que leurs ainés ont cédé aux allochtones les concessions qu'ils auraient pu exploiter. Un des premiers effets de la crise de l'économie de la plantation en Côte d'Ivoire sera le renforcement des conflits fonciers qui s'exprimeront rapidement dans des termes ethniques et participeront du développement de la question de l'autochtonie, qui dans le contexte ivoirien, prendra à partir des années 1990 la forme de la question de « l'ivoirité » (Chauveau & Koffi Bobo, 2008).

Le phénomène frappe l'économie ivoirienne de manière particulièrement forte, mais concerne également de nombreux pays en voie de développement dépendant fortement de l'exportation de matières agricoles. Une autre conséquence de la crise économique protéiforme des années 1980 peut se lire dans le soudain intérêt porté par les agences de développement aux activités informelles,

et en ce qui concerne les ressources halieutiques, la redécouverte des capacités des pêcheurs dits « artisanaux ». Cette reconfiguration paradigmatique des entités qui, jusque-là, portaient le message de l'industrialisation est consacrée lors d'une conférence mondiale organisée par la FAO en 1984 et qui donne naissance à « la stratégie d'aménagement et de développement des pêches. » D'autres stratégies suivront visant à donner la priorité à la pêche artisanale et à en appuyer le développement (Comoe & Ozer, 2016 ; K. Delaunay, 1991).

La tentative de rationalisation et d'ivoirisation de la pêche piroguière ne découle donc pas simplement de la révélation de Vridi. Mais est fortement inspirée par une crise qui force l'administrateur à considérer d'autres sources potentielles de revenus, ce qui augmente les tensions identitaires autour de ces ressources. Enfin elle répond à cet intérêt soudain pour l'informel, désigné comme « mécanisme de résilience » par les institutions internationales.

2.2 Les pêcheurs comme « autres étranger »

Les pêcheurs sont décrits comme accaparant une ressource qui pourrait servir aux Ivoiriens. Cette opinion qui prend forme dès les années 1980 perdure jusqu'à l'éclatement de la crise électorale de la fin 2010. Ainsi en 2009 les cadres de la pêche considèrent que les Ghanéens n'investissent pas localement et que la pêche n'est pas ouverte aux Ivoiriens : leur activité n'est pas bénéfique à la Côte d'Ivoire (Duffy-Tumasz, 2012 p. 6). On considère par ailleurs que les communautés de pêche sont trop hermétiques : elles font venir leur main d'œuvre du Ghana et fonctionnent en circuit fermé (K. Delaunay, 1995, p. 10). On parle parfois de pêcheurs « spontanés » (K. Delaunay, 2000, p. 38), comme on parle de quartiers spontanés, pour souligner le peu de contrôle que l'État détient sur le développement des activités de la pêche et des populations qui en vivent. Certains groupes de pêches ghanéens tentent de brouiller leurs appartenances identitaires, ainsi les Éwé, qui à partir des années 1920 préfèrent s'identifier comme dahoméens[90], seront identifiés comme de moniteurs potentiels de développement de pêche en senne aux autochtones de la lagune. Cette identification leur vaudra cependant un premier retour de bâton lorsqu'en 1958 ils sont en grande partie contraints

[90] Ressortissants de l'ancien royaume du Dahomey dans le sud de l'actuel Bénin.

à l'exil par la poussée xénophobe contre les cadres étrangers, avant tout Togolais et Béninois auxquels ils sont assimilés. Leur proximité d'avec le Bénin leur vaut également une réputation de pratiquants du vaudou et de sacrificateurs d'enfants (Delaunay 1995 p. 189).

2.3. Reprendre la mer

La politique de contrôle et de rationalisation de la pêche s'organise au sommet de l'État et ne fait pas mystère du fait qu'elle s'accompagne d'une ivoirisation du secteur. Ces politiques se définissent au niveau du plan quinquennal à partir des années 1980 (Delaunay 1995 pp. 22, 90). Elles sont reconduites dans le plan stratégique de la pêche de 1992-2015 (Duffy-Tumasz, 2012 p. 7 ; Gole Bi, Koffi, & Dadi, 2005 p. 12). De ce programme politique d'ivoirisation naissent des institutions spécifiques, telles que le Centre des Pêches et plus localement les Coopératives des Pêches, censées encadrer sur le terrain l'activité des pêcheurs piroguiers.

Donnant crédit aux techniques « artisanales », les administrateurs partent en quête d'une redécouverte des traditions de la pêche ivoirienne, que certains trouvent auprès de quelques groupes dans le sud-ouest « en concurrence avec les étrangers » dans les eaux ivoiriennes. Les enjeux de cette impulsion pour une pêcherie autochtone sont multiples : résorber le déficit d'importation du poisson, lutter contre « le désœuvrement des jeunes » dans le sud-ouest (K. Delaunay, 1995 p. 98).

Les stratégies d'encadrement de la pêche et de leur ivoirisation passent aussi au temps du parti unique par le contrôle, dans certains points de la côte des embarquements et de la constitution des équipages par les comités locaux du Parti Démocratique de la Côte d'Ivoire (PDCI)[91]. Ceux-ci s'engageant à faire respecter un quota d'engagement de « locaux » dans les équipages. Delaunay (1995 p. 206) rapporte que la mairie de Sassandra « envisageait d'exiger un certificat de plantation pour autoriser l'embarquement » de manière à s'assurer que les revenus tirés de la pêche servent l'économie locale.

[91] Le parti fondé par le premier président Felix Houphouët Boigny, parti unique de la Côte d'Ivoire jusqu'au début des années 1990.

La création des coopératives de pêche, conçues comme des structures destinées à rationaliser l'effort de pêche, apparaît également comme une tentative d'ivoirisation, celles-ci étant dirigées majoritairement par des Ivoiriens. Le centre National des pêches sera toutefois à la source de la création de pompes de carburant détaxées, service accessible et plébiscité par les pêcheurs, toutes origines confondues.

La volonté de rationalisation et d'ivoirisation du secteur va également donner lieu à des programmes publics/privés financés par la coopération internationale. L'intitulé du programme public-privé « super pirogue » cristallise à lui seul ce tournant dans l'intérêt pour la pêche piroguière, intérêt dont l'adjectif « super » semble vouloir associer la résilience redécouverte des techniques « artisanales » a un supplément de modernisation et de rationalisation de l'activité. Le programme, financé en partie par l'USAID ne connaitra pas le succès escompté, car l'embarcation était jugée trop chère à l'achat par les utilisateurs potentiels. D'autre part les poissons issus de cette pêche, poissons nobles, avaient du mal à être écoulés au prix escompté (Comoe & Ozer, 2016). La volonté politique et administrative d'ivoiriser le secteur de la pêche a continué, notamment avec le lancement en 2002 d'un centre de formation de jeunes dans la ville côtière de Grand Lahou, financé cette fois-ci par la coopération espagnole. Au cours des dernières années, le centre a rencontré des difficultés pour le recrutement de jeunes volontaires à la formation (Duffy-Tumasz, 2012 p. 7).

2.4. Une installation incertaine

L'installation des unités de pêche ghanéennes à Abidjan ou dans des campements du littoral se fait toujours avec l'aval des occupants autochtones (K. Delaunay, 1995 p. 202 ; Duffy-Tumasz, 2012 p. 9). Cette autorisation est le socle d'une relation de dette et de redevabilité qui se traduit notamment par des « cadeaux » offerts au village tuteur, des prix préférentiels sur le poisson ou encore, dans le maillage administratif plus officiel, des redevances sous forme de taxes concédées à la Mairie, par exemple sur le stationnement de pirogues. Cependant on note que les campements, les villages ou les quartiers de pêche piroguière semblent toujours s'établir à l'écart du village des autochtones. Cette situation invite aisément aux accusations d'hermétisme de groupes sociaux qui décideraient de se tenir à part pour pratiquer la pêche et la transformation du poisson. En fait

l'histoire des différents campements regorge de moments de mise à l'écart, le plus souvent motivé par des riverains gênés par les activités de la pêche, en l'occurrence par l'odeur du poisson ou par le fumage du poisson réalisé par les femmes (K. Delaunay, 1995 p. 200). Cette histoire est notamment représentative de la naissance du quartier de la « pointe des fumeurs », aussi appelé « Zimbabwé » sur lequel porte mon ethnographie. La mise à l'écart désigné pour les pêcheurs soit de fait indiqué à l'écart de la communauté tutrice, soit que la mise à l'écart soit amorcée par des autorités, comme ce fût le cas pour un village de pêcheurs Fante d'abord installés sur une plage de Grand-Béréby, à l'écart d'autres villages autochtones et à qui on a finalement demandé de s'installer hors de la place dans le cadre d'un chantier touristique (K. Delaunay, 1995, p. 200).

Les quartiers de pêches, à l'écart, souvent déplacés prêtent alors également le flanc aux accusations du peu d'investissement des pêcheurs dans les établissements qu'ils occupent. Une première injonction contradictoire consiste à demander de vivre à l'écart et de reprocher simultanément aux Ghanéens de vivre en communauté hermétique. Une deuxième, celle d'être relocalisable à l'envie et de se voir reprocher en même temps de ne pas investir durablement dans l'environnement occupé. Par ailleurs, la précarité de la terre se retrouve dans les contraintes explicites imposées aux occupants. Sur le littoral alladian, on interdit par exemple aux Éwé, relocalisés hors du village, au milieu de cocotiers, de consommer des noix. A Abidjan, ceux des Éwé qui ont acquis des terres pour y planter justement des cocotiers s'en voient contester les droits par les Ébrié. Ce faisant les Ghanéens sont « maintenus » dans une précarité d'établissement qui ne les incite pas à investir « dans le dur » localement. (Delaunay 1995 p. 205).

Les discours qui contestent la légitimité de la présence et de l'activité des Ghanéens sur le sol ivoirien se cristallisent dans de graves crises au fil des années. En 1958, les Éwé sont expulsés, ainsi que de nombreux Béninois et Togolais, dans le cadre de tensions liées à la présence des étrangers dans l'administration ivoirienne (Comoe & Ozer, 2016). À ces incidents s'ajoutera la destruction des maisons de pêcheurs sur la lagune Alby (K. Delaunay, 1995, p. 174). De nombreux pêcheurs ghanéens sont également expulsés en 1962 d'Abidjan en marge de « graves évènements » (NUKUNYA, 1991, p. 231). Des « chasses au Ghanéens » ont lieu suite à leur victoire de deux matchs de foot face aux « éléphants » ivoiriens en 1985 et 1993, faisant une vingtaine de morts et plus de cent blessés parmi les Ghanéens (Comoe & Ozer, 2016). En 1998, 7 pêcheurs Fante sont

tués à Sassandra à l'issue d'un conflit autour d'un filet installé aux abords du *wharf*[92]. Les autorités ivoiriennes interviennent alors pour fournir de l'essence aux piroguiers ghanéens, qu'ils puissent fuir au Ghana, tandis que leurs femmes sont placées dans des *gbaka*[93] en partance dans la même direction (Overå & Overa, 2001, p. 3)[94].

Ces expulsions ne sont pas uniques à la Côte d'Ivoire. Les pêcheurs fante et éwé ont aussi eu à subir des épisodes de violence similaires le long de la côte ouest-africaine. Sans en faire la liste exhaustive, nous pouvons rappeler les principales crises. Ils sont expulsés ainsi que d'autres étrangers, du Gabon en 1962 (Nguinguiri, 1991, p. 304), et de façon similaire au Nigeria, un million de Ghanéens sont expulsés au début des années 1980 (Overå & Overa, 2001, p. 3). En Guinée, les Ghanéens Fante sont accusés en novembre 1970 d'être complices du débarquement de forces guinéo-portugaises hostiles au régime de Sékou Touré. Menacés, ils quittent massivement le pays (S. Bouju, 2000, p. 261). Les pêcheurs ont également fui les guerres civiles au Libéria et en Sierra Leone (Bortei-Doku, 1991, p. 210), deux pays dans lesquels ils étaient responsables de la part principale du débarquement des pêches « artisanales » (Overå & Overa, 2001, p. 3).

Au moment fort des crises économiques et identitaires du pays, l'aspect des quartiers de pêche va retenir l'attention des médias. Ainsi au début des années 1990 ces « bidonvilles » sont décrits comme offrant un « spectacle dégoutant aux touristes », comme des « endroits à haut risque » dont les « immondices presque jamais enlevées constituent un danger » (Fraternité matin, 08.08.1989 cité dans Delaunay 1995 p. 199). Ces lieux sont de plus décrits comme étant le repaire de « drogués, des bandits » qui posent là encore un problème de sécurité (Fraternité Matin, 26.07.1990 cité dans Delaunay 1995 p. 199).

Le quartier de Vridi 3 et que certains journalistes dénomment « Zimbabwe-la mauvaise réputation » est sans doute celui qui inspire le plus d'inquiétude. Un journaliste de Fraternité Matin note qu'après « 26 ans d'existence précaire chaotique, l'heure des vœux semble arrivée » :

92 Le quai du port industriel.

93 Minicar de transport ivoirien.

94 Le retour des Ghanéens sera négocié par les autorités locales, poussées par les commerçants locaux. La ville, les maquis, les marchés étaient alors en pénurie de poissons.

> « Outre la question d'une attribution légale de cet espace qui, par les blocages qu'elle entrainait, avait pour corollaire immédiat l'absence de structures de viabilisation et une insalubrité certaines, l'insécurité notoire de ce secteur malfamé et incontrôlable posait un grave point d'interrogation sur la simple sur la simple survie de ce qui allait devenir "Zimbabwe la mauvaise réputation. »
>
> Fraternité Matin du 21.02.1989 (Delaunay 1995, 199)

Conclusion

Dans ce chapitre nous nous sommes intéressés à la place de la pêche piroguière en Côte d'Ivoire. Celle-ci est intimement liée à la place concédée avec le temps aux groupes de pêcheurs ghanéens, et à celle qu'ils ont pu se gagner dans une Côte d'Ivoire tournée vers l'économie de plantation. En charge d'une spécialisation économique retenant peu l'intérêt des autorités ou minorée pour son caractère informel, ils deviennent ensuite, dans une Côte d'Ivoire traversée par une crise économique et identitaire, les « autres étrangers », « accapareurs » d'une ressource maritime devenue un enjeu national. Tour à tour enjoints à vivre à l'écart des villages et accusés d'hermétisme, sommés de déplacer fréquemment leurs campements et accusés de ne pas s'investir dans leurs lieux de vie en Côte d'Ivoire, expulsés ou chassés à de nombreuses occasions. L'installation des groupes de pêcheurs en Côte d'Ivoire a toujours été précaire, l'instabilité constituant pour nombre d'entre eux l'horizon de leur présence sur le sol ivoirien. Dans ce contexte, les accusations de produire de l'insalubrité ou de l'insécurité sont aussi bien les formes de continuation de discours stigmatisants que les effets matériels d'une attitude de rejet envers l'autre. L'identification de Zimbabwe, le plus grand quartier de pêche Fante en Côte d'Ivoire, comme un hotspot du choléra se construit également dans cette histoire longue. Afin d'aborder le rapport au risque épidémique au sein du quartier Zimbabwe, nous proposons dans le prochain chapitre de replacer celui dans le contexte d'une écologie des risques auxquels ont à faire face les pêcheurs piroguiers de quartier Zimbabwe et aux stratégies qu'ils déploient pour naviguer les incertitudes et affronter les malheurs.

Chapitre 7 : Naviguer les incertitudes et prendre en charge le malheur à distance. Pratiques matérielles et technologies des pêcheurs piroguiers fante

Les pêcheurs ont été identifiés comme un groupe à risque pour le choléra. Comment pensent-ils et négocient-ils ce risque ? Plus largement, comment ce risque se situe-t-il dans le quotidien de la pêche, au demeurant réputée très incertaine ? Ce chapitre aborde le risque et l'incertitude tels qu'ils sont représentés par les pêcheurs piroguiers puis les institutions mises en place par ceux-ci pour mener à bien des projets de migration dans le champ social fante qui s'étend du Sénégal au Gabon. Après une présentation des institutions de la migration piroguière visant à l'évitement des risques en mer, nous présenterons les entités nosologiques populaires et les pratiques de *care* pour faire face aux différentes maladies, dont le choléra. Nous terminerons ce chapitre par une présentation de la prise en charge de la mort en itinérance, y compris les « morts épidémiques » provoquées par le choléra.

1. Une mer d'incertitude. La pêche comme activité collective déployée sur un champ migratoire ouest-africain

La pêche maritime est une activité très incertaine. En effet, si l'homme parvient à entrer dans la mer, ce n'est qu'au moyen de technologies adaptées, et quand les conditions le permettent, elle constitue un milieu intrinsèquement dangereux pour ce dernier (Acheson, 1981, p. 276).

Un premier type de risque est constitué autour des risques dits personnels et qui s'incarnent dans les risques de tempêtes, de collisions, de passage par-dessus bord, d'accidents de filets qui coûtent la vie à de nombreux marins chaque année, faisant de la pêche maritime l'activité économique licite parmi les plus dangereuses[95]. Avant d'aller plus avant dans la description de ces risques une sortie de pêche typique au *tenga* est présentée pour familiariser le lecteur avec le quotidien piroguier.

1.1. Une sortie de pêche au tenga typique

Pour une sortie de pêche au filet de surface *tenga*[96], le bosco doit d'abord décider d'un lieu de pêche propice. Le choix est influencé par ses sorties de pêches passées et celles de ses camardes, qui l'informent de leurs succès. Pour des sorties de pêche rapides, il est commun de vouloir choisir une aire proche du rivage, à l'écart d'Abidjan. Il est dit qu'avant le coucher du soleil, les bancs de poissons se rapprochent du bord, puis repartent vers le large à la nuit tombée. Un filet de Tenga placé à quelque 200 mètres du bord pourrait permettre de faire une bonne prise. Les abords des plateformes pétrolières sont un autre lieu de prédilection des pêcheurs usant de filets de surface. Malheureusement, les abords des plateformes sont interdits aux pêcheurs, ils gardent donc une distance de sureté pour éviter d'être délogés par les équipes pétrolières.

Arrivés en fin d'après-midi sur le lieu de pêche, il faut procéder au largage du filet *tenga*. Celui-ci peut faire entre 600 et 1200 mètres de long. Les *sankwa (marins)* procèdent d'abord à la préparation de l'*epel*, la bouée lumineuse qui permet de notifier la présence du filet.

[95] Les données sur la sécurité de la pêche piroguière africaine sont éparses, mais L'OIT indique qu'en Guinée, 1 pirogue sur 15 connait un (accident) de mer chaque année, et un pêcheur sur 200 en exercice perds la vie. Cette dangerosité ne se limite pas à la pêche piroguière africaine et concerne à divers degrés l'ensemble des marins pêcheurs, par exemple, aux États-Unis, un pêcheur maritime a 16 fois plus de chances de trouver la mort dans l'exercice de son métier qu'un policier.
https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071324/lang--en/index.htm consulté le 21 juin 2019.

[96] Pêche en pirogue faisant usage d'un filet de surface appelé *tenga*, celui-ci peut dépasser un kilomètre de long. La sortie commence en fin de journée, le filet peut être lancé entre une et trois fois entre la tombée de la nuit et le lever du jour. En fonction des résultats de la pêche, de la distance d'avec le point de vente escompté, la présence de glace à bord pour conserver les poissons, une sortie de Tenga peut durer d'une nuit à plusieurs jours.

photographie 1 L'epel est constitué d'une lampe torche émettant des signaux intermittents, monté sur un bois flottant auquel le bout du filet trainant est attaché et largué à sa suite. l'Epel et la lumière de la pirogue indiquent la surface de mer occupée par le filet Tenga aux embarcations proches.

L'epel est lancé en premier, puis suit le bout du filet qui y est relié. Le motoriste fait ronronner le moteur au plus bas, la pirogue se balance doucement tandis que trois *sankwa* s'emploient à déplier progressivement le filet dans l'eau. La pirogue file droit, si le filet est long, le Bosco demande à préparer un deuxième *epel* à accrocher à la moitié du filet. Le lestage d'un filet d'un kilomètre prend à peu près 20 minutes.

photographie 2 Le premier filet de surface tenga est largué à la tombée de la nuit.

Lorsque l'on arrive au bout du filet, celui-ci reste amarré à l'intérieur de la pirogue, le motoriste fait un mouvement pour tourner la pirogue à 180 degrés, de façon à ce que celle-ci fasse face au filet déployé, on voit alors la longue ligne des flotteurs, et à l'horizon, *l'epel* qui émet des signaux toutes les deux secondes. Il est à présent temps d'attendre, le Bosco ordonne que l'on prépare le dîner. L'attente dure en général trois heures, mais celle-ci peut être plus longue si le bosco estime que le filet n'est pas suffisamment rempli. Le temps d'attente est mis à contribution pour préparer

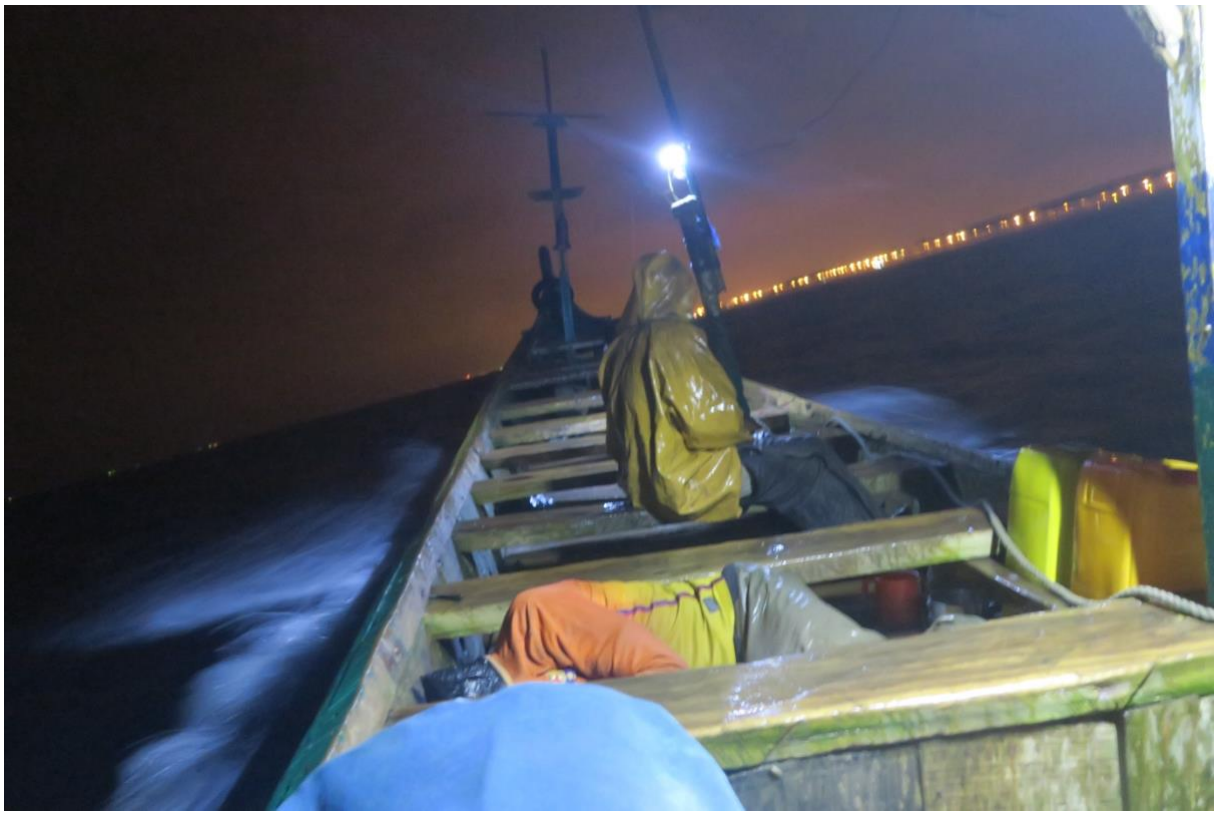
et prendre le repas. En parallèle certains *sankwa* ont l'habitude de préparer des lignes pour tenter de prendre quelques poissons à l'hameçon.

Pendant la phase de relevage du filet, c'est la quasi-intégralité de la surface de la pirogue qui est utilisée. En nez de pirogue, le *bosco* et l'assistant qu'il a identifié s'occupent à la levée du filet, ils l'extraient progressivement de l'eau. Derrière eux, en milieu du pont, un *sankwa* démaille les poissons et les jette au fond de la cale, en proue du bateau, deux *sankwa,* assis l'un derrière l'autre, replacent le filet dans les portions de cales prévues à cet effet, à l'occasion ils retirent les poissons et les filets plastiques que le *sankwa* du milieu a laissé passer. Plutôt qu'une maladresse de celui-ci, le démaillage de poissons à l'arrière de la pirogue signifie que la prise est bonne sur la portion en cours d'extraction.

La levée de filet est un exercice éreintant qui dure environ deux heures pour les filets *tenga*. Une fois le filet remonté, le *bosco* inspecte la cale à poisson pour déterminer le volume et la qualité de la prise. Pendant ce temps, le *sankwa afraba (l'apprenti pêcheur)* s'emploie à écoper la quantité importante d'eau qui s'est invitée en fond de cale à la faveur de la levée de filet. En usant d'un bidon de vingt litres coupés sur le haut, il évacue l'eau en veillant à ne pas laisser s'échapper de poisson par la même occasion. Chaque bidonnée qu'il lève sur le bord de la pirogue s'accompagne d'une inspection par la main droite du contenu de l'eau trouble.

Si le premier filet a été déposé peut avant la tombée du soleil, ce qui est le cas le plus courant, alors la collecte du filet est finalisée aux environs de minuit. Le Bosco peut décider à ce moment-là si la prise a été suffisante pour rentrer au bord, ou, comme c'est le plus souvent le cas, s'il faut procéder à un nouveau largage de filet. Les conditions météorologiques, et notamment la pluie, très fréquente en haute saison de pêche, peuvent également influencer ce choix. Le bosco décide alors de la nouvelle destination, et l'équipage procède à un second largage, nocturne cette fois-ci. Une fois le second lancer effectué, chaque pêcheur s'accommode une place pour se reposer. Le temps d'attente reste inchangé, d'environ de 3 heures. Tandis que la plupart des *sankwa* dorment, le bosco se réveille de temps à autre et demande au *sankwa* de garde près du filet de vérifier le contenu des premiers métrages. Il s'agit de vérifier si l'on n'aperçoit pas quelques lueurs blanches dans les mailles, annonciatrices que des poissons s'y seraient pris. Quand le bosco décide que l'heure est

venue de lever le filet, c'est par des coups de talons contre la cale qu'il l'annonce à son équipage. Le bruit sourd, amplifié par la coque servant de caisse de résonance, tire les matelots de leur sommeil. En général cette deuxième levée du filet se termine aux aurores.



photographie 3 Retour sur Abidjan avant l'aurore. Deux sankwa se reposent sur le pont entre deux planches wawa, la pirogue n'offre pas d'abris contre les intempéries.

photographie 4 Rentrée de pêche, la pirogue est parquée sur la bordure lagunaire de quartier Zimbabwe, le sol est composé de détritus

Pour la pêche piroguière maritime, la barre constitue un obstacle redouté à franchir. Les pêcheurs opérant depuis Vridi ont l'occasion de passer par le canal de Vridi, qui, protégé par une digue, offre un couloir dénué de barre vers la mer. Ailleurs sur la côte, à l'exception de quelques criques, la barre est un obstacle avec lequel il faut composer. Bien souvent, les *bosco*[97] préfèrent laisser les pirogues à moteur derrière la barre et emprunter des pirogues plus légères pour la franchir, afin d'éviter un chavirement potentiellement catastrophique. La plupart des accidents avec la barre arrivent cependant lorsque les pirogues stationnant derrière s'y trouvent prises, plutôt qu'à l'occasion de passages manqués depuis la plage.

La pêche au *tenga* dont le filet éponyme se déploie souvent près de la barre se prête à ce type de risque. La vigilance de l'équipage doit être constante pour ne pas se rapprocher trop près de la plage. La houle, le vent, la direction que prend le filet auquel la pirogue est attachée et qu'il entraine

[97] Capitaine (de la pirogue), le terme existe également dans la marine anglaise et française.

sont des paramètres que l'équipage doit prendre en compte en permanence lorsqu'il est à proximité de la côte. Lors d'une sortie en mer après une nuit passée à tendre et à remonter un filet de surface derrière la barre, nous avons ainsi pu assister à une scène périlleuse. Le soleil était levé depuis près d'une heure et l'équipage était occupé à remonter la fin d'un filet *tenga* tandis que nous commencions à sentir la houle devenir plus consistante sous la coque. Alors que la pirogue avait passé des heures à une centaine de mètres de la plage, quelque chose avait changé dans le courant et celle-ci se dirigeait alors clairement vers le bord. Le bruit des vagues se faisait plus précis, aussi le bosco ordonna au *jumper (motoriste)* d'allumer le moteur pour nous sortir de là. Le *jumper* tira vigoureusement le lanceur pour démarrer le moteur et ce dernier laisse alors échapper un clapotement profond, mais ne démarre pas. Le reste des *sankwa*[98] s'affairent à ranger les filets comme si de rien n'était, mais jetaient des regards discrets par-dessus leur épaule en direction du *jumper* et du bosco. Après une troisième, puis une quatrième tentative, la houle levait alors la pirogue au point que chacun devait s'accrocher pour ne pas être déstabilisé. Tandis que je regardais les autres s'agripper aux bois et se crisper en silence, j'ai également constaté que j'étais le seul à avoir des chaussures. Fallait-il que je défasse mes lacets au cas où il me faudrait sauter dans l'eau ? De quel côté faudrait-il aller pour éviter d'être pris dans le rouleau de vague et les bois ? les autres savaient-ils tous nager ? Finalement à la cinquième tentative le moteur démarra et la pirogue glissa à une centaine de mètres vers le large, puis le moteur se tut et chacun reprit ses activités en silence. Plus personne ne parla de l'incident.

En juillet 2017 une pirogue rentre d'une marée quand son moteur tombe soudainement en panne aux abords de Vridi Ako, dans l'ouest côtier d'Abidjan. Tandis que l'équipage tente de réparer le moteur, la houle pousse la pirogue en direction de la plage, les membres d'équipages font alors signe à une pirogue qui se trouve non loin de là et lui demandent assistance. La deuxième pirogue s'approche et lance une corde, malheureusement celle-ci passa sous la première pirogue. Le temps que l'équipage de la première parvienne à accrocher la pirogue pour qu'elle soit treuillée hors de la barre, il est déjà trop tard. Les deux pirogues sont prises par la barre. Elles chavirent et les équipages se retrouvent propulsés hors des embarcations. Chacun nage en essayant de s'éloigner

98 Le *sankwa* est le statut de pêcheur, de membre d'équipage régulier. Dans la hiérarchie piroguière fante il se situe au-dessus de l'apprenti (*sanwka afraba*) et en dessous du capitaine (*bosco*). Le *sankwa* peut occuper des fonctions différentes selon qu'il s'occupe de tirer le filet, de tenir la barre, de s'occuper du moteur, ces fonctions lui sont désignées par le bosco.

des pirogues renversées et des vagues. L'un des jeunes de la deuxième pirogue est grièvement blessé : alors qu'il se jetait à l'eau, la pirogue s'est renversée sur lui en lui brisant les os. Ses compagnons le voyant hurler le ramènent à la nage vers la rive et l'emmènent ensuite à l'hôpital. Quelques heures plus tard, il succombe malheureusement à ses nombreuses blessures.

Sans doute l'un des dangers les plus souvent cités par les pêcheurs réside dans la collision avec un autre bateau. L'aire maritime d'Abidjan est particulièrement fréquentée. Dans la journée, le danger est restreint, et c'est surtout la nuit qui inquiète les pêcheurs.

photographie 5 Un néon alimenté par une batterie de voiture sert de source de lumière à la pirogue, elle reste allumée toute la nuit pour signaler la présence de la pirogue aux embarcations de passage : autres pirogues, chalutiers, paquebots, porte-containers, etc.

Le conducteur d'un Tanker ou d'un porte-containers a peu de chances d'apercevoir la pirogue présente sur sa route, et de même, les bateaux plus légers, et notamment les chalutiers industriels qui sillonnent ces eaux, parfois de manière clandestine, peuvent aisément briser une pirogue s'ils la percutent. Dans ce cas il n'est pas rare que le fautif, même s'il se rend compte de la collision, parte sans porter assistance.

La Pirogue C en a fait l'expérience. Elle a été percutée par un chalutier qui n'a pas daigné s'arrêter pour lui porter assistance. Dans la collision, certains membres de l'équipage furent projetés par-dessus bord. L'un des *sankwa* n'est jamais remonté à la surface. Le moteur cassé, la pirogue fendue, les autres membres de l'équipage sont restés plusieurs jours à attendre un secours.

Finalement, une pirogue passant par hasard dans les environs de la collision les a récupérés. L'interlocuteur qui nous a fait part de cette histoire et qui a reçu les parents du jeune qui s'est noyé pendant la collision nous a transmis par Bluetooth les photographies du sauvetage. La mort par noyade est présente dans tous les esprits. La disparition du corps qui interdit à priori la tenue de funérailles adéquates ce type de mort constitue une « double peine » (Le Marcis, 2015). Afin de maximiser les chances de voir leur corps trouver le chemin du retour au village, de nombreux pêcheurs fante portent sous le bras un tatouage indiquant leur nom, et le nom de leur village.

Photos de la pirogue C accidentée, large d'Abidjan, Anonyme 2016, transférées par Bluetooth

Les dangers liés aux maladies ne sont pas en reste non plus. En mer, dans les pirogues, les pêcheurs se plaignent le plus souvent de fièvres et de diarrhées, quand ce n'est pas le soleil qui leur « tape dessus ».

La participation observante aux sorties de pêche permet de comprendre les contraintes liées au maintien d'une bonne hygiène personnelle et alimentaire à bord. Les ustensiles embarqués à bord des pirogues sont peu nombreux, sur le pont on trouve des bidons d'eau calés contre la paroi de la pirogue par des attaches en bois, quelques couteaux sont logés dans des fentes près de ceux-ci, un gobelet ou un bol trouve également une place où il peut être calé. Pour le reste, les quelques effets personnels de l'équipage se trouvent dans une succession de couche de sacs en plastique logés sous les cordages en nez de la pirogue. Ces affaires ne sont généralement accessibles que lors des pauses.

Cette frugalité n'est pas seulement le fait d'un manque de moyens, pour des raisons de sécurité et de praticabilité, il est commun que le pont des pirogues soit dépourvu d'objets qui pourraient passer par-dessus bord ou sur lequel les marins pourraient trébucher au risque de passer eux-mêmes par-dessus bord. Une autre raison de ce minimalisme tient au fait que lors de l'extraction du filet, le pont de la pirogue se convertit sur la quasi-intégralité de sa surface en lieu de passage du filet, de l'avant ou on l'e sort de l'eau, à l'arrière ou on le range dans une cale, en passant par le milieu, ou il est mis à plat pour en démailler les poissons. Contrairement aux bateaux de pêche, les pirogues n'offrent que le pont comme espace de travail et de vie pour les pêcheurs, on n'y trouve pas d'abri, pas de placards, pas de lavabo et pas de savon.

Figure 12 Un sankwa se sert en eau provenant du jerricane d'eau potable et en utilisant le gobelet d'équipe, unique récipient de boisson à bord.

Même pour l'observateur embarqué, sensibilisé aux mesures préventives et équipé de savon liquide et de bouteilles d'eau insoupçonnables, il n'est pas aisé d'échapper aux germes entériques qui sévissent sur les pirogues. Le repas, sans doute, est souvent en cause. Celui-ci peut être frugal, composé par exemple d'une demi-baguette par *sankwa* accompagné d'une sucrerie locale (type soda) de 20cl. Chaque bouchée de pain s'accompagne d'une gorgée sucrée. La photographie 6 montre un repas plus consistant, composé de *gari*[99], accompagné parfois de poisson fumé ou de poisson frais provenant du premier filet. Le poisson est découpé sur un des bancs en *wawa* de la pirogue, préalablement rincé avec de l'eau de mer. Le *gari* est préparé dans un bac par le bosco. Après avoir remonté sa manche, il prend soin de mélanger la semoule et l'huile de palme avec la main droite. Chaque membre d'équipage se sert à tour de rôle avec la main droite dans le bac contenant le gari (photographie 6, Gauche) puis dans le plat principal composé de poisson frais et de sa sauce tomate, Maggi et piment habanero (photographie 6, Centre).

[99] Pâte de manioc fermentée.

photographie 6 Repas commun à bord.

Plusieurs pêcheurs ont fait part de morts « subites », ou de personnes qui s'affairaient dans la pirogue et s'écroulaient, sans que les autres pêcheurs ne puissent déterminer la cause réelle de la mort. Les accusations de *cursing* (malédiction) sont parfois invoquées pour les expliquer. Le *cursing* est une forme d'agression particulièrement grave et qui, pour les pêcheurs menace tout particulièrement de se réaliser en mer. Les récits de la survenue de mort subite ou de concours de circonstances menant à des accidents affectant des pêcheurs sont souvent attribuées à ces *curses* qui se murmurent par l'épaule ou se déclarent avec véhémence dans le vif des désaccords. Les querelles personnelles, les jalousies ou la concurrence dans la pêche sont souvent relevées pour soutenir les accusations de *cursing*.

À ces dangers personnels s'ajoutent des aléas bioéconomiques qui se logent à deux moments de l'exercice de la pêche : lors de la capture de la ressource maritime et lors de sa commercialisation (Cuisenier, 1987, p. 209).

Dans la pêche, la capture est aléatoire, car les ressources maritimes sont variables et imprévisibles (Geistdoerfer, 1987, p. 221) vu que ces ressources convoitées se trouvent à priori hors de vue, sous la surface (Acheson, 1981, p. 276). Pour une unité de pêche donnée, les résultats de sa propre pêche dépendent également de l'activité des autres pêcheurs qui influent sur la ressource commune disponible(Acheson, 1981, p. 276). Pour ces raisons, Cuisenier (1987, p. 209) associe la pêche aux jeux de hasard. Les sorties (qui ont un coût d'entrée : essence, glace, temps investi, effort) sont des possibilités de faire des coups: les coups de filet. À la différence près que la pêche n'est pas un jeu, mais une nécessité économique.

Une bonne prise est une condition, mais pas une garantie de succès pour l'équipage, car aux aléas de la capture s'ajoutent à la vente, ceux du marché. L'ordre d'arrivée pour le débarquement, le résultat des débarquements concurrents, peuvent influencer le prix de vente, et sur le lot en question, les interprétations sur la fraicheur et la qualité du produit, sa « robe », se jauge à son aspect, son état général, son odeur laissent cours à des négociations et des stratégies déployées de pêcheur à mareyeur ou lors de ventes publiques à la criée, multiples (Cuisenier, 1987, pp. 214–218).

En plus de ces moments de capture et de marché, les pêcheurs sont de plus en plus concernés par de « nouveaux risques » auxquels Smith ajoute ceux liés à une société de plus en plus préoccupée par la pêche (Smith, 1988). Si le pêcheur peut facilement voir poindre la solitude au creux des vagues, solitude ressentie cruellement lors d'une avarie, ils sont cependant de moins en moins « seuls » en mer.
D'une part l'internationalisation de la pêche rend les eaux beaucoup plus fréquentées de sorte que la course à la technologie (radars, sondeurs, GPS, bateaux plus performants) peine à faire garder les rendements et contribue à faire chuter les ressources disponibles. Les pêcheurs sont depuis plusieurs décennies les premiers à constater la pression sur la ressource exercée par une multitude d'acteurs de la pêche. Dès lors ils vivent avec une « incertitude au long cours sur la pérennité de la ressource » (Acheson, 1981, p. 276).

D'autre part, verticalement, depuis la terre, diverses organisations de la « société civile » et les États semblent aussi s'intéresser à la production halieutique et à s'inquiéter de l'effondrement des

populations de poissons. En découlent des normes de pêche, des saisons et des contrôles qui sont autant de normes et de dispositifs qui, du point de vue des pêcheurs, ajoutent de la contrainte au labeur. Dès les années 1980, les velléités d'encadrement de la pêche par les autorités a provoqué une réorganisation hiérarchique des risques, plaçant en tête ceux relatifs à la politique et au marché (Smith, 1988, p. 30).

Les aléas, si leur nature évolue avec le temps, on toujours fait partie des métiers de la mer. Étymologiquement, *risque* viendrait de l'italien *risco*, dérivé du latin *resecum* (ce qui coupe) pour désigner les récifs qui pourraient menacer les navires de commerce. Le mot est associé aux assurances maritimes qui prirent leur essor en Italie à partir du 14e siècle. Le risque sert alors d'outil pour socialiser le danger, et, à défaut de pouvoir éviter ses occurrences, de compenser les entrepreneurs qui en auraient été les victimes (Peretti-watel, 2010, pp. 6–7).
Les pêcheurs piroguiers exposés aux risques de chavirer, de collision, d'avoir une panne moteur, de mauvaise pêche ont et continuent de développer des stratégies pour anticiper et réduire au maximum les incertitudes et les risques. Ces stratégies sont pour la plupart basées sur la capacité des pêcheurs de se mettre d'accord et de produire des institutions et des normes adéquates (Acheson, 1981, pp. 278–279).

1.2. Le champ social de la pêche piroguière Fante, institutionnalisation le long de la Côte

Overa pense la pêche piroguière Fante comme un champ social s'étendant à l'Ouest jusqu'au Gabon et à l'Est jusqu'à la Guinée (Overå & Overa, 2001, p. 5). La socio-anthropologue décrit les institutions qui sous-tendent l'activité de la pêche dans ce champ social étendu. Les structures du pouvoir qu'elle observe sur Moree, un village de pêche Fante sur la côte Ouest du Ghana, sont basés sur une structuration des formes d'autorité autour de positions clés. Il s'agit du chef des pêcheurs (*apofohene*), qui bénéficie d'un conseil des sages (*beesonfo*), qui sanctionne les écarts religieux ou maritimes et qui sert d'intermédiaire avec les autorités, y compris les promoteurs de développement (Overå & Overa, 2001, pp. 15–16). Les commerçants de poisson ont également un chef, le *Konkohene*, souvent une femme, décrite comme la « reine des commerçants », qui négocie le « beach price » (le prix à la plage) (ibid, 17), servant ainsi de stabilisateur de prix. Ce tandem de pouvoir représente l'un des trois « blocs de pouvoirs » de la société Fante à Moree, les deux autres étant la chefferie Fante, représentée par le *Omanhe* et son propre *Beesonfo*, et les chefs des lignages de la ville (*mpanyinfo*) ainsi que les *asafo*, qui sont les anciennes compagnies militaires, et qui exercent une fonction de contrôle des activités dans les quartiers de la ville, et à certains égards, se substituent à l'action de la police.

Ces institutions observées dans le village de Moree, se retrouvent sous des formes similaires le long de la côte fante au Ghana, et au-delà, le long du champ social de la pêche fante[100].

Les pêcheurs qui s'engagent dans la migration le long de ces relais doivent, en arrivant, donner le nom de leur village d'origine. Ainsi, les chefs des pêcheurs de la ville d'arrivée et la reine des commerçants savent à qui se référer en cas de litige. Dans la même logique, la reproduction des structures de pouvoir le long de la côte fante permet à la personne itinérante de toujours savoir à qui s'adresser en cas de litige. Malgré des spécificités locales, globalement les systèmes normatifs sont familiers pour les pêcheurs fante tout au long du champ de pêche. C'est le cas dans le village de pêche qui se trouve dans le quartier Zimbabwe à Abidjan. Cependant l'adéquation n'est pas parfaite, car le quartier de Zimbabwe est hétérogène et les groupes de pêcheurs ne constituent

[100] Composé de nombreuses installations « satellites » en Afrique de l'Ouest.

qu'une partie, quoique majoritaire, de la population du quartier. Aux côtés des pêcheurs fante cohabitent des pêcheurs appartenant au groupe ethnique Ga[101], et au sein même du groupe fante, des clans différents cohabitent. Ainsi, des univers normatifs et de multiples figures d'autorité coexistent.

Dans le quartier Zimbabwe, le chef de la communauté des Ghanéens est appelé *Ohane* (équivalent du *Omanhe* de Moree (Overa 2001)). Sa fonction principale est de servir de relais entre les habitants de Vridi 3 (ou quartier Zimbabwe), pêcheurs inclus, et les autorités locales qui prétendent réguler la vie de quartier, mais aussi l'activité halieutique : le centre des pêches, la police maritime, la mairie de Port Bouët.

La fonction du chef des pêcheurs est bien plus morcelée qu'à Moree. Chez les fante de quartier Zimbabwe, il y a ainsi deux *Apofohene*, il existe également une fonction équivalente chez les pêcheurs ningo-ga[102], qui porte le titre de *Awoche*. Les femmes fante fumeuses se rassemblent derrière une seule *Konkohene*, qui fixe chaque jour le prix de plage. Elle doit cependant s'entretenir de celui-ci avec le *Kenke*, un groupe de femmes ningo-ga fonctionnant en association et ayant des prérogatives similaires sur la plage. Enfin, concernant les compagnies *asafo*, très actives sur Moree (Overa 2001), celles-ci semblent en retrait sur Vridi. Dans le quartier Zimbabwe, le terme *asafo* renvoie à une notion restreinte de la danse *asafo*, pratiquée par les compagnies[103].
Il apparaît donc que les institutions fante, telles qu'elles se présentent dans le « satellite » de quartier Zimbabwe, maintiennent une forte correspondance avec celle de Moree, « le centre », dont sont issus une grande partie des pêcheurs piroguiers, avec toutefois des ajustements liés à l'hétérogénéité des groupes opérant au sein de la capitale ivoirienne. Cette superposition d'origines et de structures du pouvoir peut mener à des conflits dans l'utilisation des espaces du quartier. Cependant les différentes composantes de la communauté ghanéenne du quartier Zimbabwbe savent s'unir et se regrouper derrière le *Ohane* et son entourage, lorsque les circonstances le

101 Les Ga sont établis dans la zone côtière d'Accra, à l'Est des côtes Fante.

102 Ningo est un village dont sont originaires de nombreux pêcheurs Ga sur quartier Zimbabwe.

103 En marge d'activités de maintien de l'ordre, les compagnies *asafo* telles qu'on décrit leur activité au Ghana depuis la Côte d'Ivoire, sont également responsables des secours en mer. La danse *asafo* se pratique au matin lorsque l'on souhaite favoriser la réapparition du corps d'un pêcheur noyé en mer.

demandent. Il en va ainsi par exemple en ce qui concerne les risques épidémiques (voir la section 2 de ce chapitre) ou d'expulsions qui pèsent sur le quartier.

Les protections occultes

Malinowski est le premier à suggérer que « les humains font face aux risques irréductibles par le rituel et la magie », il observe dans les îles du Trobriand que la magie n'est pas employée dans la pêche lagunaire qui n'implique que peu de risques personnels et permet des rendements relativement constants, mais que « dans la pêche en mer ouverte, pleine de dangers et d'incertitudes, existent des rituels magiques complexes visant à assurer la sécurité et de bons résultats » (Malinowski, 1948, p. 31 cité dans Acheson 1981, 287-8).

Au quartier Zimbabwe, la pirogue se protège souvent avec l'aide d'une fiole remplie d'eau bénite, qu'un pasteur aura préparée et amarrée à l'arrière de la pirogue, derrière le siège du motoriste (*jamper*). Certaines pirogues embarquent également des *tasbah*, des amulettes confectionnées par les *Kɔmfɔ*[104], celui-ci se place également en arrière de pirogue, mais généralement à l'abri des regards, dans une cache taillée dans le bois. L'efficacité de ceux-ci peut être mise en danger par le comportement des équipiers ou de toute personne s'approchant de la pirogue. Si la présence des femmes n'a pas d'incidence, l'acte sexuel entre un homme et une femme sur la pirogue ou dans sa proximité est réputée « salir » la pirogue et rendre nulle les protections conférées par le *tasbah* et l'eau bénite. Cet acte est considéré comme un délit, celui de *flecting*, punissable par 50 coups de fouets (*hwii)* répartis équitablement entre l'homme et la femme concernés. Il se peut toutefois que les deux partenaires ne soient pas surpris en action. Le sursis n'est que temporaire, car ces derniers ne tarderont pas à sentir leur force les quitter. Si leurs proches consultent alors un *Kɔmfɔ*, celui-ci sera en mesure de déterminer l'origine du mal et de l'acte qui l'a causé. Le *Kɔmfɔ* peut alors pratiquer un sacrifice pour leur « retourner la vie » (*return the life to them*). Il égorge un coq. Avec le sang, qu'il mélange à de l'eau et à une feuille appelée *nounoum* il constitue une solution avec laquelle les deux clients devront se baigner le corps quotidiennement pendant une semaine.

La prérogative de résolution des conflits du chef *Ohane* s'étend jusque dans les pratiques occultes, il est à même de conduire des cérémonies de réparation en cas de *cursing (malédiction)*.

[104] Devin guérisseur, voir section 2 dans le présent chapitre.

Dans un cas, une femme a « maudit » [105]son mari, pour que celui-ci « meure en mer », l'affaire, d'abord portée à l'un des *Apofohene*, arrive auprès du *Ohane*.

photographie 7 Le tableau des New Bye Laws, affiché dans la maison communautaire Fante. « Curse expensis » est le délit le plus grave dans le tableau. Sormonse G.1 et Sormonse G. 2 font référence respectivement à des confrontations physiques et verbales, mais dépourvues de « cursing »

[105] *Cursing* et « maudit » sont utilisés par les interlocuteurs bilingues.

La femme a dû payer 50 000 FCFA qu'elle a remis au *Ohane* en présence de ses conseillers, elle doit également livrer une chèvre, un *calico* [106](un voile blanc), une bouteille de *schnaps*. Le prix à payer pour ce délit et la liste des biens à fournir pour la cérémonie de réparation sont affichés dans un tableau peint des *Bye-Laws*, affiché à l'entrée de la maison communautaire de Fante Newtown (photographie 7). Le délit de « cursing » est le plus grave. Les éléments fournis par le fautif vont permettre d'inverser la malédiction (*reverse the curse*), l'usage de *reverse* ou parfois de *return* pourrait laisser penser que la malédiction est renvoyée vers celui ou celle qui en est à l'origine, effet très répandu dans la sorcellerie ou celui qui jette le sort se met également en danger dans un jeu de mort (Favret-Saada, 1977). En fait il s'agit ici de reprendre ou de rattraper la parole jetée, comme autrefois on rembobinerait une cassette.

Bien qu'il soit central dans ce dispositif, *L'Ohane* n'a pas ce pouvoir, il peut cependant compter parmi ses conseillers sur l'*Okyeame* qui l'accompagne dans toutes les cérémonies.

L'Okyeame se traduit souvent par le « linguiste ». Traditionnellement dans la chefferie Akan, il est l'intermédiaire de la communication entre le roi (ici *Ohane*) et le peuple. Les questions pour le souverain lui sont adressées, qu'il lui transmet et il restitue les paroles du roi qu'il tourne et accompagne de proverbes bien choisis (Bartle, 1978). Si les paroles du roi sont trop acerbes, il est attendu d'*Okyeame* qu'il puisse faire passer le message en usant d'euphémismes[107]. Il exerce ainsi en qualité d'orateur et de diplomate du roi (Yankah, 1995). *Okyeame* peut participer aux sacrifices pour lesquels il prononce les libations[108]. Bien que la littérature ne fasse pas mention de rituels d'annulation des malédictions (Bartle, 1978 ; Yankah, 1995) sa participation dans la cérémonie d'inversion de la malédiction sur le quartier Zimbabwe est attestée : lui seul peut rattraper ou adoucir la parole prononcée. En punissant et en permettant la réparation des malédictions, en s'assurant que les pratiques de navigation et de jet de filet soient respectées, le *Ohane* est le garant des institutions et des normes sociales qui maximisent la réduction des risques liés à une pêche maritime en itinérance.

[106] Le *calico* donne également son nom a une cérémonie de (prise de contact avec les morts) cf section 3 de ce chapitre.
[107] Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, Ghana: The role of linguist or chief linguist in the Eastern Region, including the selection process, initiation rites and duties performed; whether the linguist performs activities involving animal sacrifice and the consequences for refusing the position , 26 March 2003, GHA40771.E , available at: https://www.refworld.org/docid/3f7d4d9931.html, consulté le 25 juin 2019.
[108] Ibid, 2003.

Si ces cadres d'autorité structurent le champ de la pêche piroguière fante, la mise en place du projet de migration piroguière et l'organisation du quotidien de celle-ci dans l'unité sociale de la pirogue, la *company*, s'organise au sein des familles.

Contrat : La maman et le capitaine et autres accords au départ

Pour les jeunes[109] pêcheurs, le projet de migration piroguière commence souvent par une discussion entre sa mère et un potentiel propriétaire de pirogue, qui est typiquement son frère, soit l'oncle utérin du candidat au départ.

Il est attendu du propriétaire de pirogue, le *bosun*, surtout lorsqu'il exerce lui-même comme capitaine (*bosco*) sur sa pirogue qu'il emploie en priorité les enfants de ses sœurs, et plus largement les jeunes de son lignage matrilinéaire, son *abusua*[110]. Cette règle n'est pas absolue, se négocie et les *bosun* doivent souvent mettre en balance leur devoir d'employabilité envers leur famille et la volonté de trouver les pêcheurs réputés les plus performants. L'avantage du recrutement en famille, en plus de satisfaire l'entourage, est de pouvoir compter sur la patience ou la loyauté du jeune pêcheur (*sankwa afraba*) en cas de succession de coup durs. La mère et le *bosun* vont « s'asseoir » pour discuter des termes du contrat.

En ce qui concerne la période pendant laquelle le jeune sera parti pour le bosco, elle peut durer une saison, ou plusieurs années. Ce n'est qu'à la fin de la période de contrat que le bosco paiera pour le travail effectué par le jeune, il s'agit ici de sa *share* (sa part).

[109] La catégorie jeune est sujette à caution dans la société Fante et dans la plupart des sociétés d'Afrique de l'Ouest, car au-delà d'une catégorie officielle, une répartition « traditionelle » entre ainés et cadets elle renvoie également au chômage (Leimdorfer, 1999, p. 67). Le jeune est donc souvent celui qui n'a pas encore pu ou su fonder sa propre famille, qui est en situation de dépendance économique. Le statut commande des obligations de redevance mais il permet aussi de bénéficier de certaines formes d'emploi auprès des « ainés » ou de bénéficier d'une clémence en cas d'impair provoqué par l'individu.

[110] *Abusua* viendrait de la légende du chef Abu : « Quand sa femme refusa de sacrifier son enfant pour gagner une guerre, mais que la sœur le fit, il décréta que ce serait les enfants de sa sœur, et non ceux de sa femme, qui hériteraient de ses biens » (traduction libre de l'auteur). *Abusua* est ainsi la leçon *(sua)* d'Abu. (Bartle, 1978, p. 251). Le thème de la trahison possible de l'épouse, qui pourrait « partir avec tous les biens et les enfants », revient fréquemment dans l'explication et la justification de la matrilinéarité telle que donnée par mes interlocuteurs fante.

Le système de la paie à la part est très répandu dans les pêcheries du monde entier, elle constitue l'un des mécanismes principaux de la réduction des aléas de capture et commerciaux de la pêche (Geistdoerfer, 1987, p. 223). Contrairement au salariat, elle sous-entend une rémunération annexée au résultat de production et de vente. Elle permet donc aux propriétaires du capital de la pêche de se prémunir dans une certaine mesure, des risques de « mauvaises pêches » successives (Acheson, 1981, p. 278).

Le système piroguier fante constitue cependant une version quelque peu extrême du système des parts en ce que le règlement de celles-ci est reporté en cumulatif à la fin du contrat. Ainsi si d'autres systèmes rémunèrent la part une fois la production écoulée (et les charges soustraites), le système fante relègue le paiement des parts cumulées à la fin des contrats, soit un décalage de paiement qui peut s'étaler sur plusieurs années. Le *sankwa* vivant jusque-là du gîte et couvert offerts par son *bosun* et d'un peu d'argent de poche, le *chap chap.*

Les parts sont calculées sur la base des recettes de la pirogue, à laquelle sont soustraites toutes les dépenses en essence, en alimentation d'équipage, en glace. Ce premier bénéfice de la pirogue est divisé en deux par le *bosun* : une part pour lui-même, le propriétaire de la pirogue, l'autre pour l'équipage. Cette part est alors divisée par le nombre total des pêcheurs plus deux. Chaque pêcheur a droit à une part, tandis que le *bosco* en percevra deux[111]. Sur la part destinée au jeune, le *bosun* va retirer les dépenses personnelles qu'il a effectué pour lui, l'argent *chap chap* (de poche) qu'il lui a versé le long du contrat, sa nourriture, ses frais médicaux, éventuellement ses frais de déplacement de visite au Ghana. Le résultat de ces déductions constitue le gain du jeune pêcheur, sa part.

Cette part est remise par le *bosun* aux parents, le plus souvent à la *maman* qui est fréquemment la sœur du *bosun.* Bien souvent, une avance a été laissée par le *bosco* aux parents du jeune pêcheur, avant son départ. Cette avance permet aux parents de prendre en charge leurs besoins immédiats et elle garantit que le jeune va « rembourser avec sa sueur ». Elle constitue la dernière soustraction faite au versement de la part du pêcheur.

Le projet de migration piroguière ainsi fondé est donc une entreprise collective visant à assurer des revenus immédiats aux parents, à fournir de la main d'œuvre bon marché pour le *bosun* et à

[111] Y compris si le *bosco* (capitaine) est également le *bosun (*propriétaire*)*, auquel cas il touche les deux types de parts.

permettre au jeune de tenter sa chance et de se réaliser personnellement dans une entreprise qui bien que périlleuse, constitue d'autant plus un rite de passage, elle « fait le garçon ».

Dans nos entretiens il ressort que la somme du contrat, peut s'élever, pour un contrat d'un an, de 15 000 francs CFA à plusieurs centaines de milliers de CFA. Les contrats de plusieurs années sont susceptibles de constituer un pactole important, certains réussissant à récolter plusieurs millions de FCFA.

C'est la possibilité de tels résultats qui motivent les jeunes *sankwa*. Si la somme est suffisamment importante, la *maman* pourra investir dans une maison pour son fils, il pourra aussi servir à payer la dot d'un mariage, voire constituer l'amorce d'un capital de pêche. Les mieux lotis pourraient en effet acquérir leur propre pirogue — en déboursant environ deux millions de FCFA pour une pirogue motorisée- et devenir à leur tour *bosun* et *bosco*.

Les histoires de réussite d'apprentis devenus *bosun* de leur propre fait sont fréquemment mises en avant par les *bosun* eux-mêmes. Ces récits servent de motivation pour les jeunes recrues et permettent la reproduction d'un système qui dépend de leur force et leur fait supporter le poids de la trésorerie de l'entreprise piroguière. La loyauté envers le *bosun* et la persévérance dans l'activité piroguière est d'autant plus forte que tout abandon de la pirogue sans le consentement de celui-ci équivaut à la perte de la part du jeune pêcheur dans son intégralité. Certains jeunes lassés de vivre de *chap chap* souhaiteraient apprendre de nouveaux métiers, ou rentrer au pays, mais persévèrent coûte que coûte pour honorer leurs contrats et ne pas perdre leurs gains futurs.

Le jeune est ainsi sous la supervision de son oncle pendant la campagne de pêche, il se voit aussi être sous la tutelle de ses parents pour ses gains. Cette emprise se relativise lorsque le jeune se marie, et à plus forte raison s'il a un enfant, mais même dans ce cas il est de bon usage qu'il divise sa part en trois, deux pour sa propre famille, une pour ses parents.

La configuration des *companies* permet aux jeunes de se constituer un capital d'avenir et à la *company* de lisser les risques de mauvaises pêches en retardant de plusieurs mois le décaissement des revenus des jeunes *sankwa*. Pendant la campagne de la pêche, les fonds disponibles sont réinvestis dans les sorties de pêches de manière à multiplier les jetées de filet et à maximiser les rendements sur la saison. Si le système de la *company* offre ces avantages, elle a cependant un coût

élevé que les *sankwa* supportent. Privés de salaires sur la période, ils vivent dépendants de leur *bosco* pour le logement, la nourriture et les soins et évoluent dans des territoires dans lesquels ils sont étrangers. Le travail de pirogue en *adoom* est celui de lieux d'attache terrestres changeants, aussi le peu de prise sur l'environnement de vie implique un accès restreint aux infrastructures en eau et assainissement. De même, en mer, la pirogue constitue un locus de travail et de vie qui rend difficile le maintien d'une hygiène personnelle et alimentaire irréprochable. Dans ces conditions les pêcheurs sont régulièrement soumis à différents types de maux (dont le choléra) qui impliquent des pratiques préventives et curatives spécifiques, présentées et discutées dans la section suivante.

2. « Spoiling the body » : nosologies populaires et pratiques du care

Pour les Fante rencontrés à quartier Zimbabwe, yɛrɛ (ba) signifie le mal qui « prend » la personne. Elle se décline en plusieurs grandes catégories, La pharmacopée utilisée par les pêcheurs et leurs femmes est multiforme, on retrouve ici la distinction entre les remèdes anciens, les médicaments de pharmacie, les médicaments de terre et enfin les médicaments néo traditionnels ouest-africains et les cures alimentaires importées des États-Unis.

2.1. Les dérèglements du corps

La maladie attrape celui ou celle dont le corps est exposé à un déséquilibre. Celui-ci est le plus souvent provoqué par la présence d'un élément étranger, un « mélangement » [mixing] qui n'a pas lieu d'être. Le plus courant est celui causé par la nourriture que le corps doit traiter. Si manger est indispensable à la vie, le processus de digestion est lui éreintant pour le ventre. C'est la nourriture qui s'empile dans l'estomac, parce qu'elle est consommée en abondance ou parce que sa nature est jugée « lourde » (le foufou, le plantain et d'autres aliments pleins de *starch* [amidon, féculant]) ont tendance à s'empiler dans l'estomac. Celui-ci peut heureusement compter sur des *sunsuma (*lit. « vers » en fante) dans sa tâche digestive. *Sunsuma* est un ou plusieurs vers que chaque être humain a en lui dès la naissance. Ils grandissent avec leur hôte, font des enfants et meurent. On peut en trouver la trace, parfois enroulés autour des selles (les glaires). Parfois une personne peut avoir trop

de *sunsuma* ce qui lui provoque de grandes fatigues, il doit alors prendre des vermifuges pour en contrôler le nombre. Mais quel que soit la quantité de médicaments pris, il restera toujours suffisamment de *sunsuma* pour aider l'estomac. Une personne ne pourrait vivre sans eux, car ce sont eux qui digèrent la nourriture. Ce qui n'est pas digéré suffisamment vite finit par « tourner » et devenir un résidu de la saleté (*dirt*). La « saleté dans l'estomac » [112]doit être évitée où être enlevée, expulsée.

Prévenir par la bonne alimentation

On peut éviter cet empilement dangereux en contrôlant le type de nourriture ingéré, et en évitant ce qui est jugé lourd. Le repas peut aussi être pris plus tôt dans la soirée, pour laisser aux *sunsuma* le temps de digérer avant le sommeil. Intrinsèquement, certains de nos interlocuteurs pointent les défauts de la nourriture africaine, jugée trop lourde. Les Européens ne seraient jamais constipés, car ils mangent beaucoup de légumes, la cuisine asiatique serait parait-il encore plus bénéfique. La prise de suppléments tels que les vitamines, administrées dans les hôpitaux ou prescrits pour accompagner la rémission des patients est jugée utile.

Gare à ceux qui se précipitent sur la nourriture, mangent trop, trop tard. Autre type d'excès, la prise excessive d'alcool peut avoir un effet néfaste dans la relation ventre-sunsuma et provoquer un autre type de mal. Celui qui se couche en ayant bu de l'alcool et sans avoir dîner risque de voir les *sunsuma* s'attaquer aux parois du ventre, à défaut d'avoir de la nourriture à digérer. Le danger tient donc au manque aussi bien qu'à l'excès, le penchant pour l'alcool et le manque de rigueur personnelle mènent généralement à ces déséquilibres nocifs.

Cette attention préventive aux aliments constitue un marché potentiel pour les « super aliments », venus de l'étranger. Il s'agit par exemple de la vente de bouteilles de *Trevo* (Figure 12) par le biais de revendeurs habitant le quartier, recrutés sur un modèle économique pyramidal[113].

[112] "Dirt in the stomach".

[113] Chaque vendeur a droit à une « remise » de 25 à 40% du prix des bouteilles, et reçoit 20 000 FCFA s'il réussit à recruter un autre vendeur qui achète au minimum 3 bouteilles. Si le recruté parvient à son tour à recruter une personne, le recruteur initial reçoit également 6180 FCFA. Le système fonctionne donc sur la persuasion entre pairs motivée par le gain ou la peur de la perte monétaire. Le détail du système est disponible en ligne : https://trevoafrique.wordpress.com/, consulté le 8 juin 2018.

Cette bouteille censée contenir « 174 des meilleurs ingrédients naturels nutraceutiques » [114] promet des bienfaits les plus divers. Bien que le prix de chaque bouteille puisse s'élever à plus de 30 000 CFA[115], certains de mes interlocuteurs réfléchissaient sérieusement à en acquérir.

Figure 13 Un Flyer de Trévo distribué dans quartier Zimbabwe invite à une « conférence » qui vise à en recruter certains en revendeurs payés à la commission. Chaque bouteille de Trévo coûte l'équivalent de deux loyers mensuels dans le quartier Zimbabwe.

Le pompage, à l'aide d'une poire constitue une autre façon d'aider son corps à extraire la saleté accumulée dans les intestins. Le liquide utilisé est généralement décrit comme du poivre (*pepper*), associé à d'autres ingrédients, tels que l'écorce de *mahoginy*.

114 « Product Overview », Site internet de Trévo https://trevocorporate.com/what-is-trevo/ , consulté le 8 juin 2018.
115 45 Euros, la moitié d'un SMIC en Côte d'Ivoire.

Figure 14 Une pompe et une bouteille contenant de la poudre d'écorce de Mahoginy

S'il y a trop de nourriture, le *sunsuma* ne peut plus aider son hôte, il est dépassé. En cas d'overdose il faut donc prendre de l'*aka pei pei*. Cette boisson très amère se compose de racines de même nom, marinées dans du vin de palme.

Figure 15 Aka pei pei est constitué d'une racine du même nom, gardée dans du vin de palme

C'est l'amertume d'*aka pei pei* qui permettra de dissoudre la nourriture empilée et de faciliter la tâche à *sunsuma*. Au bout de quelques heures celui qui souffrait d'*efunyam* (mal de ventre avec diarrhée), pourra aller se soulager. Le médicament est également pris de manière routinière par ceux qui sont atteints de *nkrodoo*[116].

[116] *Nkrodoo* est traduit par « hernia » ou « hernie », elle est décrite comme une boule qui grandit dans le ventre. L'un des signes annonciateurs de *nkrodoo* réside dans la production par le ventre de bruits étranges des gargouillements « kroo kroo ». Le *nkrodoo* est parfois assimilé à un crabe porteur de plusieurs appendices en mouvement constant. Le *nkrodoo* peut poser un problème s'il se loge dans le bas du ventre, il empêche alors la femme d'avoir des enfants, de même il peut « descendre » dans le scrotum et provoquer de dangereux gonflements des testicules. S'il est laissé trop longtemps le *nkrodoo* peut causer la mort. La seule manière de se débarrasser de celui-ci est de se faire opérer à l'hôpital. À défaut, et comme c'est le cas pour le commun des mortels, il faut traiter *nkrodoo* en donnant des médicaments qui soient particulièrement amers tels que l'*aka pei pei*. Au contact de ceux-ci dans le ventre, *nkrodoo* va se recroqueviller, se rapetisser comme un escargot qui entrerait dans sa coquille, mais il ne peut être éliminé

La pharmacopée, très variée, trouve cependant une cohérence dans l'effet escompté pour les différents produits, qu'il s'agisse de lavements prodigués à l'aide de poires, de cotons imbibés placés dans les narines, l'effet escompté est de provoquer la liquéfaction des entités compromettantes et de leur expulsion du corps, par une envie de selles provoquées, une série d'éternuements ou de nez qui coule de manière prolongée. En définitive, la plupart des « médicaments » traditionnels basés sur des plantes, écorces ou poudres de celles-ci sont des émétiques qui visent à expulser le mal du corps. On se retrouve ici des considérations de la pollution, qui accumulée dans le corps est à la base du mal qui l'affecte.

Sum Sum yɛrɛba

Enfin si la maladie est liée à une cause spirituelle on parle alors de *sum sum yɛrɛba* (lit. esprit maladie). Ce genre de maladie ne peut être prise en charge que par un *Kɔmfɔ*. Typiquement le *Kɔmfɔ* va se référer à son autel (*bosom)* [117]pour interpréter l'origine du mal et s'il s'agit bien d'un *sum sum yɛrɛ ba*. Le *bosom* peut par exemple indiquer si le malade a « volé quelqu'un au pays », « couché avec sa femme » ou s'il a fait d'autres méfaits qui pourraient lui valoir d'être attaqué sur un plan occulte.

> « 'Non, pour celui-là je dois y aller', tu ne vas jamais y aller [par toi-même, en tant que victime]. C'est moi qui vais aller contacter le *Kɔmfɔ, '*voici mon corps, voici mon oncle, voilà mon ami, j'ai l'impression qu'il ne va pas bien, essaie de me dire comment arranger cela pour moi'. Donc quand il va à l'autel, il dit *'*amène le' donc je l'amène [l'ami, l'oncle], *'*à cette époque, à ce moment, n'as-tu pas pris cet argent [volé] ?' 'Hé ! n'as-tu pas pris la femme de quelqu'un ? Dis la vérité'. Quand tu le dis, ça va aller, le Kɔmfɔ va aller spirituellement au Ghana, pour supplier à la personne qui a fait la malédiction d'y mettre un terme, de tout rompre ».[118]

complètement par cette méthode, quel que soit l'amertume du médicament, de sorte qu'il invite à la prise au long terme des remèdes.

[117] Traduit par 'shrine' en anglais, 'autel' ou 'sacrifice' en français, on parle également parfois de 'old wood' en anglais.

[118] "No this one I have to go, you will never go. I will go and contact *Kɔmfɔ* , 'this my body, this my uncle, this is my friend, I don't see him well, so try to say something better for me' so when he go to the shrine he say bring him so I bring him, 'this time this time, you don't take this money ? Hey ! (interpelle) you not take somebody's wife ? speak the truth'. when you say, it's ok, the *Kɔmfɔ* , will spiritually go to Ghana, to beg that person who did the curse, so that it will finish, you break up everything."

Le recours au *Kɔmfɔ* semble être rarement le fait du celui qui est victime supposée de *sum sum yɛrɛba*, ici comme dans d'autres affaires d'attaques occultes c'est un tiers clairvoyant (Augé, 1976), qui, se rendant compte de l'aspect non naturel du mal qui attaque une personne, s'en va enquérir le *Kɔmfɔ*. Les marqueurs de la suspicion sont généralement la défaillance inattendue de remèdes (biomédicaux ou issus des herboristes, voir *Edur Tonfo* ci-dessous).

On note également que la distance géographique d'avec le village ou la ville d'origine, où aurait pu être commis l'acte qui serait à la base de la malédiction, elle-même responsable de la *sum sum yɛrɛba*, n'a que peu d'impact sur la prise du mal sur la victime. De même le *Kɔmfɔ* peut aisément rompre cette barrière géographique, pour résoudre sur place et spirituellement l'affaire, sans se déplacer physiquement. Les affaires de *sum sum yɛrɛba* et, plus généralement l'intervention des *Kɔmfɔ* semblent en effet rappeler à ceux qui pensaient compter sur la distance qu'ils ne peuvent échapper à leurs méfaits qu'ils soient commis sur un point ou l'autre de la côte. Enfin, un *Kɔmfɔ* demande toujours au malade de confirmer l'histoire que lui aura révélée le *bosom*. Ce n'est que si le malade reconnait ses erreurs que le *Kɔmfɔ* pourra l'aider. Le malade joue sa vie sur la reconnaissance de ses travers passés, « s'il ne dit pas la vérité il va mourir »[119]. Si le *Kɔmfɔ* parvient à « casser » ou à « couper » la malédiction il est tout de même attendu que le malade entre ultérieurement en contact avec celui à qui il a fait du tort ou qu'il a offensé pour s'excuser en personne.

Le recours au *Kɔmfɔ* dans le cadre d'un *sum sum yɛrɛba* n'est cependant pas forcément le signe d'une exclusion d'autres formes de traitement. Dans certains cas le corps « travaillé » est trop faible pour pouvoir se relever, dans ce cas le *Kɔmfɔ* peut envoyer quelqu'un à l'hôpital. C'est ce qu'il se passa avec Tema, un jeune manœuvre qui prenait son repas dans une cour de quartier Zimbabwe.

Cas : La mort de Tema

Alors qu'il prend son plat de *placali*[120] en compagnie d'un ami, Tema s'évanouit sur le côté, il commence à trembler et ses yeux se révulsent. Son ami appelle à l'aide et c'est alors que le vieux propriétaire de la cour et sa femme, herboriste de son état, sortent de leur chambre.

119 "if he doesn't say the truth, he will die".

120 Le *placali* est un plat à base de manioc fermenté, souvent accompagné de sauce graine et de la peau de bœuf. Il est commun aux groupes Akan, Baoulé et Fante inclus.

La vieille tenta d'abord de faire revenir Tema en l'asseyant et en le secouant, ce qui ne fit aucun effet. Voyant qu'il était au plus mal, elle entre dans sa chambre et s'adresse à son autel. Elle implore les *sum sum* qui l'habite de lui venir en aide et de ne pas laisser Tema mourir dans sa cour. Elle prépare un coton sur lequel elle met du *tinkalo*[121] avec du citron, sort de la pièce et en place sous le nez de Tema. Celui-ci commence à éternuer bruyamment et rouvre les yeux. Il recouvre faiblement la parole. La vieille herboriste, doublée de *Kɔmfɔ*, ordonne alors aux jeunes présents d'emmener Tema à l'hôpital. Là-bas le médecin qui l'ausculte déclare qu'il ne peut rien pour Tema. Ce dernier meurt quelques heures plus tard.

'The one who can dance': Devenir *Kɔmfɔ*

La pratique du *Kɔmfɔ* est une affaire familiale, elle passe des anciens aux nouveaux. Elle est indissociable de la présence d'un *sum sum* et d'un point d'accroche constitué par un *bosom (*autel, souvent constitué de bois, plus rarement de la carapace d'une tortue*)*. Le *bosom* reste dans la maison, il est à priori inamovible et il est entretenu de génération en génération. Lorsqu'un prétendant veut devenir *Kɔmfɔ,* il doit faire appel à un *sum sum*, en faisant un *bosom edzidzi* (lit. *sacrifice eating* en anglais, *nourriture de sacrifice* en français) sur le *bosom*. Le *sum sum* viendra:

> *«* l'esprit viendra au pot, l'esprit va chercher dans la famille celui qui peut danser et ensuite l'esprit va entrer en lui. Une fois que l'esprit est rentré, tes cheveux deviendront comme ceux des rastas, ils vont mettre du rouge sur ta tête et un tissu pour ton cou, tu grandis. Et dans la cérémonie ils vont appeler le *Kɔmfɔ* senior et il va demander 'quel est ton nom ? ' et il va répondre son nom et 'à telle époque, la famille m'a amené ici, donc comme je suis ici je vais protéger la famille, donc je suis venu dans cet être humain, ce sera celui-ci, je suis dans son estomac, je suis rentré dans son corps'. Et donc il va te montrer comment, l'esprit va te montrer comment [être] *Kɔmfɔ »*[122]

[121] Poudre médicinale à base de racines moulues, compactée sous la forme d'une boule que l'on effrite. Le t*inkalo* perd son utilité s'il entre en contact avec une femme qui a ses menstrues ou si il tombe au sol.

[122] "The spirit will come to the pot, the spirit will search the family, the one who can dance then the spirit enter him, so when the spirit enter your hair will be like a rasta, be like a rasta, they put you red for your head, and they put something for your neck, so you become, you are growing and when they perform this thing they will call the great, the senior kɔmfɔ will call 'what is your name ?' you are called this, uh 'so and so time, the family take me here, so

Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, 2 juillet 2018

Chaque *Kɔmfɔ* héberge donc un *sum sum* qui va le guider et lui apprendre les pratiques occultes. Cette occupation prend son point culminant quand le *Kɔmfɔ* « danse », prélude à la vocalisation du *sum sum*. Cette coexistence donne au *Kɔmfɔ* la possibilité d'entrer en contact avec d'autres *sum sum*, ceux des humains récemment décédés, s'il les appelle, pour le compte de ses clients, ils peuvent également temporairement faire danser et s'exprimer au travers du *Kɔmfɔ*, cette pratique se nomme *calico,* du nom du tissu utilisé pour communiquer avec le *sum sum*.

Si la maison ne comprend pas encore de *bosom* établi, il est possible d'en créer un. Ce peut être par exemple le cas avec une carapace de tortue, ou d'un bois médicinal qu'il s'agit de mettre dans un canari et de recouvrir d'un drap blanc. Il faut ensuite lui verser du sang (de poulet par exemple), puis, chaque jour verser une libation en appelant un *sum sum*, lui demander d'entrer dans le *bosom*. Une fois qu'un Sum sum accepte d'entrer dans le *bosom,* il révèlera son nom au propriétaire du *bosom*. Cette prise de contact est risquée, une fois que le *sum sum* a choisi de vivre dans le *bosom* il peut se manifester de différentes manières et il requière un entretien. De sorte qu'il est déconseillé aux non-initiés de construire un *bosom*. Certains individus peuvent pourtant en avoir chez eux, pour leur usage personnel et en le cachant aux autres, contrairement aux *Kɔmfɔ* qui en font un usage ouvert et en quelque sorte un gagne-pain.

Les *Kɔmfɔ* sont réputés être honnêtes, ils ne volent pas, ne « prennent pas la femme d'un autre ». Plus qu'un engagement moral intrinsèque cette noblesse viendra des risques de la réaction du *sum sum* avec lequel ils cohabitent. Ceux-ci ne tolèrent pas ces agissements, le *Kɔmfɔ* déviant joue sa vie.

En dehors de maladies spirituelles et des relations avec les *sum sum* des défunts, les *Kɔmfɔ* peuvent également être consultés pour la résolution de maux sociaux. Ainsi ils peuvent être sollicités pour permettre un départ en Europe, ou encore pour trouver un emploi. La personne consultante

as I am here I am protecting the family, so I came in a human being, with this one this will in him, I am in the belly of him, enter the body' so he will show you how to do , the spirit. show you how to... *kɔmfɔ*".

s'engage alors à faire un sacrifice auprès du *bosom*, plus qu'auprès du *Kɔmfɔ*. Par exemple il peut s'agir d'une somme d'argent, usuellement accompagnée d'un sacrifice d'animaux. Dans les affaires les plus importantes, il peut s'agir d'un bœuf, comme le font certains des *bosun* les plus fortunés, au mois de mai, peu avant le début de la saison des pluies qui est également celle des pêches piroguières maritimes. La viande de l'animal ainsi sacrifié sera répartie entre le sacrifiant et les fidèles et proches du *Kɔmfɔ* venus prier, elle sera mangée (*bosom edzidzi*).

Ebun et konoku: la fièvre comme un continuum

La fièvre peut être provoquée par le paludisme (*malaria*), la typhoïde, voire même la fièvre Jaune. On peut souvent entendre un interlocuteur décrire le mal qu'il a comme évoluant, du paludisme vers la typhoïde. Derrière ces appellations biomédicales, se trouvent en fante les entités *ebun* (traduits parfois par *Malaria* ou *Typhoid*) et *konoku* (traduit parfois par *Yellow Fever* ou *fièvre Jaune*). *Ebun* et *konoku* sont deux états transitoires de la fièvre : « Le paludisme et la typhoïde viennent d'ici, *ebun,* et celui qui est plus grand, celui qui est mortel, est celui-ci, *konoku. »* [123]

Comme noté plus haut, *ebun* peut être provoqué par un excès d'alcool. Il peut également être le fait des moustiques. Ceux-ci s'attaquent aux dormeurs qui n'ont pas de ventilateur — comme la vaste majorité des habitants de quartier Zimbabwe — ou qui ne dorment pas sous une moustiquaire, soit qu'ils n'en ont pas, soit qu'il fasse trop chaud en dessous, ou encore qu'elle « attaque les yeux » du fait de son imprégnation de produits chimiques.

Ce n'est généralement pas une piqûre, mais plusieurs, qui peuvent provoquer *ebun*. Le moustique qui pique vient prendre le sang de sa victime, en échange il lui laisse — vomit — son « vieux » ou « mauvais » sang, et repart. L'accumulation de mauvais sang, mélangé (*mixed*) au sang circulant dans les veines de la victime, va causer *ebun*. C'est généralement au réveil que le malade expérimente les premiers signes. Sa bouche est pâteuse, s'y loge un goût amer, son crâne le démange, il se sent barbouillé. La fièvre peut le prendre par intermittence, il perd l'appétit. C'est à

[123] "Malaria and typhoid came from here ebun, and the bigger one, the dead one is this one, Konoku", Aluba, entretien, Abidjan, juillet 2018.

l'hôpital que l'on peut obtenir des médicaments pour traiter *ebun*. Divers médicaments, souvent des antimalériques, sont cités, le plus souvent dans leur format d'administration (goutte-à-goutte intraveineux, sirops, tablettes). À ce stade *ebun* peut s'arrêter, mais si les traitements ne font pas effet, *ebun* va entraîner *konoku*. Pendant cet état intermédiaire *ebun* va « attirer » (*draw*) le malade au sommeil, ses paumes de même que ces yeux, vont devenir jaunes. Si aucun médicament approprié n'a été pris à ce stade, le *konoku* va « arriver » et aucune injection ne peut alors sauver le malade, *konoku* a mélangé (*mixed*) son cerveau, la douleur tire le malade du sommeil. Si rien n'est fait, c'est soit la mort, soit la folie qui l'attendent. La folie advient lorsque le malade, hors de lui de douleur, se déshabille, il peut alors partir vers le centre-ville et si personne ne l'aperçoit et l'arrête, devenir un fou, de ces fous nus que l'on trouve à certains carrefours des grandes villes. Il arrive également que le malade de *konoku* se jette dans la mer.

Les simples purgatifs tels que *aka pei pei* ne peuvent pas ici débarrasser de la cause du mal, les premiers, ayant un effet sur l'estomac, ne peuvent par contre rien pour rectifier le mélangement du sang.
Le seul recours à ce stade consiste à consulter les *Edur Tɔnfo (native doctors* ou *herbalists),* pour en trouver des compétents, il est d'opinion commune qu'il faut retourner au Ghana.

C'est ce qui décide Saskia, une ghanéenne qui vit de la transformation du poisson dans quartier Zimbabwe, pour son frère. Celui-ci est un jour atteint de *konoku* après avoir minoré *ebun*. Hors de lui, il a été attaché avec des cordes et placé dans un *gbaka* en direction de Moree au Ghana. Il est accompagné par deux de ses proches qui vont le veiller à ce qu'il ne s'échappe pas en cours de route. Une fois arrivé en ville, il sera immédiatement pris en charge par un *Edur Tonfo*.

Devenir Edur Tonfo

C'est souvent par le biais d'un apprentissage prodigué par un membre de la famille initié que l'on devient *Edur Tonfo*. Idéalement par le grand-père qui apprendra à reconnaitre les plantes, les écorces. Cependant une partie de l'apprentissage de la manipulation des ressources médicinales se fait directement en contact avec les arbres qui dans leurs racines, leurs feuilles et leurs écorces en détiennent les ingrédients aux effets divers. Cette médiation s'appelle *adaeso,* qui peut se traduire

par rêve, ou rêve éveillé. Il est ainsi de rigueur pour un *Edur Tonfo* de partir la nuit dans le *bush* (la brousse) à la recherche de plantes. Il part seul, avec une lampe frontale, une machette et parfois un fusil ainsi qu'avec des pièces de monnaie. La médiation passe avec l'arbre dont on convoite un élément et à qui on doit demander la permission pour cueillir et expliquer l'usage qui en serait fait. L'arbre indiquera quelle partie il faut prendre, avec son accord et en déposant une pièce de monnaie, il faut alors cueillir la partie indiquée. Une variante assez proche existe chez les Baoulés avec l'arbre *brimlo*, qu'on peut souvent trouver dans les cours au village et même en ville[124]. Il faut demander la permission au *brimlo* pour recueillir ses feuilles, puis déposer un œuf entre ses racines à la nuit tombée et partir. Pendant le sommeil *brimlo* visitera le prétendant cueilleur pour lui donner sa réponse dans un songe. Cueillir des feuilles de *brimlo* sans cet accord risque de rendre le remède nul ou pire, nocif.

2.2. Le choléra : La grande souillure

Le choléra est considéré comme une maladie relativement nouvelle en Afrique de l'ouest. Parmi les plus âgés de mes interlocuteurs, certains se souviennent de la première vague épidémique qui a déferlé sur la côte ouest-africaine:

> « J'étais un petit garçon, ça a commencé au Ghana en 1972. Je me souviens du choléra. J'étais un jeune garçon. Car ça a tué mon grand-père. Ça a démarré à Elmina. Ça a tué beaucoup de gens. Les gens sont venus du Royaume-Uni, ils ont donné de la *terramycine* [antibiotique], certains l'appellent *tupay*: Rouge et Jaune. Ils nous ont donné 4 tablettes de 4 comprimés. 4 tablettes, tu avales et tu rajoutes de l'eau. Donc ça va tenir ton estomac comme ça tu n'iras pas aux toilettes. Ils ont transporté mon grand-père. Ils ont pulvérisé la maison et on n'a pas vu comment ils ont enterré le grand-père. Ils l'ont pris, pris son corps pour aller à Accra. Et pas seulement lui, pleins d'enfants et de femmes aussi. Ils nous ont pris le corps pour l'enterrer, je ne sais pas où.
> Q : Et est-ce qu'ils ont fini par dire où était le corps ?

[124] L'un des seuls arbres de quartier Zimbabwe est un Brimlo situé à l'entrée d'un maquis (restaurant de rue).

R : Non, ils les ont enterrés parce que ‘ le corps va affecter les gens ’, ils ont pris des gants blancs, je l’ai vu, un drap pour le corps, ils ont mis le corps dans le drap. Ils l’ont mis dans la voiture et sont partis. Ils l’ont envoyé à Cape Coast et plus tard on a entendu qu’ils étaient allés à Accra pour enterrer.[125] »

Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, Côte-d’Ivoire, juillet 2017

Mon interlocuteur décrit des pratiques thérapeutiques aux antibiotiques de masse qui ont par la suite été abandonnées pour le choléra[126]. Depuis, la révolution des thérapies de réhydratation orale et intraveineuses a radicalement transformé la prise en charge des patients du choléra, mais dans les années 1970 la mortalité du choléra pouvait atteindre la moitié des malades développant des symptômes. La sécurisation du corps des défunts est toujours jugée nécessaire pour le choléra et pour d’autres maladies à potentiel épidémique. Cependant la pratique qu’Aluba décrit, qui consiste à ne pas révéler à la famille où le corps sera enterré, ni même après l’enterrement, sont largement contraires aux règlementations actuelles qui soulignent l’importance de la dignification des enterrements sécurisés. Le mauvais traitement des corps constitue cependant une pratique institutionnelle répandue en cas de morts de masse. Ce fut notoirement le cas lors de la gestion d’Ebola lors de l’épidémie de 2014-2016 en Afrique de l’Ouest, entrainant de nombreuses « réticences » des populations affectées par le virus (Le Marcis, 2015).

N’y a-t-il pas eu de révolte parmi ceux qui ont ainsi perdu de vue le corps d’êtres chers ayant succombé à cette maladie ?

[125] ”R : I was a small boy, it breaks in Ghana in 1972. I remember cholera. I was a young boy. Because it killed my grandfather. it broke out in Elmina. It killed a lot of people. The people came from UK, they gave terramycin, some call it Tupay, Red and Yellow. They give us 4 tablets of 4 pills. 4 tablets, you swallow it and put water. so it will hold your stomach so you don't go to the toilet. they carried my grandfather. They sprayed the house and we didn't see how they buried the grandfather. They took him, his body away, to Accra. And not only him, plenty of children and women too. They took the body away from us to burry, I don't know where. […]
Q: did they eventually say where the body is ?
R: no they burry them because ‘the body will affect people’, they take white gloves, I saw, cloth for the body, they put the body in a cloth. And put in the car and go. They sent to Cape Coast and then later we heard they went to Accra to burry."

[126] Stratégies qui pourraient cependant revenir, malgré les risques d’antibiorésistance, sous la forme de distribution préventive d’antibiotiques en « anneau » autour des cas de choléra, car elles ont été jugées efficaces « in sillico », sur la base de modélisations informatiques. Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018.

> « Oui, ma mère, mon père ont dit ’pourquoi ne peut-on pas voir le corps ?’ plus tard ils sont venus nous voir en disant que ‘on les a déjà enterrés’. Et ils avaient amené avec eux des compensations, comme un peu d’argent pour la famille. On a fait la veillée et l’enterrement avec cet argent […] Tout le monde a accepté, ils [les familles] ont donné les corps, car tout le monde avait peur. Ils ne sont pas allés à l’école, ce sont des pêcheurs. [Les médecins disaient] ‘hé ! Ne va pas au corps !’ Tu as peur ! tu es un petit garçon ! »[127]
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, Côte-d’Ivoire, juillet 2017

À cette occasion le personnel de contrôle composé de médecins occidentaux et Ghanéens (qui parlaient fante) firent directement usage de la force policière pour asseoir leurs interventions sanitaires :

> « Ils ont amené la police, ils sont venus de Cape Coast, venus avec des médecins qui disaient : ‘personne ne doit toucher les corps, ça va vous affecter’. Les docteurs sont venus pour prendre les corps avec l’équipe de la police. »[128]
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, Côte-d’Ivoire, juillet 2017

Les familles procédèrent aux enterrements sans corps, en utilisant avec l’aide des *Kɔmfɔ*[129], l’*adakaba*[130] remplie de vêtements personnels des défunts.

> « Ma mère pleurait, sa mère à elle pleurait, car ils ont pris le corps. On doit faire le deuil, mais sans le corps, c’était horrible ![131] »
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, Côte-d’Ivoire, juillet 2017

[127] “Yes my mother, my father said “*why can't we see the body ?”* Later they came to us -saying- that “*we have already buried them*”. And they bring some compensation like some small money for the family. We make the wake keeping and funeral with that money.[…] Everyone accept, they gave the body because everyone was afraid. They didn’t go to school, they are fishermen. (Doctors Saying) “*Hey ! Don’t go to the body* !” You are afraid! You are a small boy !”

[128] “They bring the police, they came from Cape Coast, came with doctors saying “*no body should touch the body, it will affect you.”* The doctors came to take the bodies with the team of police.”

[129] Devin guérisseur, voir section 2 de ce même chapitre.

[130] Boite mortuaire pour un enterrement sans corps, voir section 3 de ce même chapitre.

[131] “My mother cry, her mother cry, because they took the body away. We have to mourn but without the body, it’s horrible!”

Cet épisode traumatisant n'a pas donné lieu à une violence sociale notable d'après nos interlocuteurs. Il n'y aura pas eu non plus de rumeurs concernant l'origine de cette nouvelle maladie, quand bien même une partie visible des intervenants étaient « blancs ». Cette première épidémie du début des années 1970 et celles qui suivirent périodiquement vont donner au choléra la place d'une maladie occasionnelle, mais dont la survenue brutale est redoutée. Bien qu'un mot Twi [132]puisse être utilisé pour y faire référence : « *ayamtubrafoɔ* », dans la pratique, sur quartier Zimbabwbe on l'appelle par son nom anglais, « cholera » (phonétiquement [kol-er-uh]), pour nos interlocuteurs, qui ont tous connu quelqu'un qui a eu le choléra ou qui l'on eux-mêmes eu, le « choléra est le choléra », il n'est pas considéré comme *efunyam (diarrhée)* qui aurait mal tourné, mais bien comme une entité différente.

Les signes avant-coureurs du choléra sont un fort mal de ventre accompagné d'une envie pressante et répétée d'aller à la selle, celle-ci se présente en diarrhée, décrite comme « eau de riz » ou comme de « l'eau ». C'est la répétition de ces selles, souvent accompagnées de vomissements, qui indiquent également la maladie, enfin, certains interlocuteurs décrivent qu'une odeur âcre caractéristique se dégage une fois que la personne est allée plusieurs fois à la selle, ce n'est alors plus que « de l'eau » qu'elle expulse.

Parmi nos interlocuteurs, tous disent connaitre le choléra et en donner une description proche des définitions cliniques, à l'exception notable de quelques jeunes pêcheurs de 18 ans qui nous ont indiqué ignorer la cause de la maladie. Pour les autres, c'est avant tout la saleté qui est à la base du choléra.

> « R : C'est les saletés !
> R 2 : Les eaux sales, les eaux usées
> R 3 : Souvent tu ne laves pas ta main, tu as attrapé quelque chose tu ne sais pas les microbes qui sont dans ta main, ça peut créer aussi.
> R 2 : Les mains sont infectées, les paumes là sont infectées. Quand tu manges, tu viens de soit toucher le poisson pourri ou les trucs. C'est ça qui provoque ça [le choléra] »

[132] Le Twi fait référence à l'ensemble des langues Ashanti et Akuapem, qui, avec le Fante (ou Mfantse) constituent les trois langues formelles du groupe Akan. Ces trois langues sont mutuellement intelligibles.

Melissa et ses amies fumeuses, entretien groupé, Abidjan, Côte d'Ivoire, avril 2014

Par l'intermédiaire des mains sales, voire des mouches, c'est avant tout la nourriture qui risque d'être contaminée, et si elle est ingérée — surtout si elle n'est pas réchauffée — de provoquer la maladie. Les récits de contamination commencent souvent par un repas pris à l'extérieur et dont on suspecte a posteriori que la cuisinière ne soit pas tout à fait à cheval sur l'hygiène. Similairement, les enfants (surtout les jeunes filles) qui vendent des sachets d'eau *cent -francs cent-francs* auraient peu de scrupule à remettre dans la bassine un sachet qui serait tombé à terre – ici c'est la saleté portée sur l'emballage et non l'eau qui la contient qui est la cause identifiée de la contamination. On note au passage que dans ces deux cas, c'est de l'inadvertance de la femme ou de la fille anonyme de la ville que vient l'épidémie. Au-delà des circonstances de l'exposition (un sachet ou un plat achetés contaminés) on conçoit bien que l'épidémie survient parce que certains (et ici certaines) ne prennent pas à cœur le rôle qui leur est confié, ici celui de la préservation de l'hygiène du groupe, dévolu aux femmes.

Si la surface de l'emballage du sachet d'eau peut être contaminé, l'eau également peut charrier la maladie, et notamment les bidons utilisés par les pirogues. Ceux-ci devraient être lavés régulièrement avec de l'eau de javel, du chlore ou de la lessive, certains conseillent d'utiliser du sable pour se défaire des pourritures qui s'attachent aux parois. Malheureusement l'entretien n'est souvent pas effectué, de l'aveu même des interlocuteurs qui parfois en font part comme d'un regret.

D'autres causes possibles, plus éloignées des étiologies biomédicales de la maladie existent, comme la contamination par l'odeur (*the smell*). L'odeur très caractéristique des selles cholériques serait pour certains capable de transmettre la maladie en entrant dans le corps par la bouche et le nez, ainsi « l'odeur entre en toi »[133], « l'odeur vient t'attaquer »[134]. Cette conception rappelle l'interprétation par la théorie des miasmes dominante jusqu'à la fin du 19e siècle (cf. chapitre 1). Plutôt qu'un héritage d'une ancienne considération médicale, le choléra prête dans tous les cas à une interprétation aérienne de la contamination. En effet, seul un quart des malades de choléra en présente des symptômes, ceux qui ne déclarent pas la maladie (dits *porteurs asymptomatiques* ou

[133] "The smell enters you".
[134] "The smell comes to attack you".

porteurs sains) ou qui souffrent de diarrhées légères, produisent malgré eux des selles contenant des *Vibrio cholerae* susceptibles d'entrainer la contamination symptomatique d'une autre personne (Bronze & Greenfield, 2005). De sorte que les épidémies de choléra vécues de l'intérieur des communautés affectées semblent se répandre très rapidement et sans que les malades n'apparaissent être forcément liés entre eux. La maladie peut toucher toute une famille, ou un seul membre, épargner trois maisons, ou apparaitre dans un village situé à des kilomètres sans que l'on puisse établir de lien causal solide entre les cas. Nous avons trouvé une interprétation des causes de la maladie similaires — le vent — au cours de terrains au Malawi et en Zambie (Heyerdahl et al., 2019).

Pour l'un de nos participants, le choléra peut également être causé par des guerres, ainsi Aluba nous explique que pour l'Afrique, le choléra est né dans les années 1970 lors de la guerre civile angolaise. D'autres guerres plus récentes, en Afrique de l'Ouest, sont également des sources persistantes de la maladie :

> « Le choléra ne quittera jamais le Liberia, car c'est un pays déchiré par la guerre. Tu vois le sol est gâté, on y a fait des sacrifices humains, le sang a été versé sur le sol. Tu vois des ossements dans la forêt, ils ont tué des gens dans le bush et dans les rivières. Le choléra viendra et plein d'autres maladies car ils ont gâté leur pays. [...]
> Les esprits de la guerre sont là-bas et les maladies vont attaquer. La varicelle, le choléra. Ils ont tué des gens dans les rivières, les gens qui boivent dans la rivière [auront le choléra]. Le Libéria ne sera jamais heureux, la maladie surviendra toujours dans cet endroit. »[135]
>
> Aluba, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, avril 2016

Si le choléra peut avoir de multiples causes toutes s'inscrivent dans une logique de pollution et plus particulièrement de la souillure de l'environnement et des hommes par les déjections, le

[135] "The cholera will never leave Liberia because it's a war torn country. You see the ground is spoiled it has been sacrificed by human beings, the blood has been poured on the ground, you see the bones in the forest, they killed people in the bush, in the river. Cholera will come and plenty of disease because they have spoiled their countries. Spirits of war are there and disease will attack, chicken pox, cholera. They killed people, in rivers, people drinking the water in the river (will get cholera). Liberia will never be happy, sickness will take place every time in that place."

pourrissement et les produits matériels de la guerre, les mauvaises morts et leurs cadavres abandonnés.

Une fois identifié comme choléra, nos interlocuteurs convergent vers la nécessité d'aller à l'hôpital le plus proche. Un *Edur Tonfo* ne peut rien contre le choléra. A priori un *Kɔmfɔ* non plus, quoique certains interlocuteurs jeunes arguent que dans le cas où le choléra serait « envoyé » comme une maladie spirituelle, il faudrait tout de même consulter le *Kɔmfɔ* comme mesure additionnelle aux soins cliniques. En général, c'est suite à une consultation dans le centre de santé de Vridi 3 que les malades sont référés à l'hôpital le plus proche, celui de Port Bouët.

> « Ma fille là, mais elle n'est plus là oh ! Elle est partie au pays. Elle a eu ça [le choléra] je l'ai envoyée à Port Bouët, mais si je ne l'envoyais pas là ce n'était pas bon, hein ! Ce n'était même pas bon même, elle a fait toute une journée là-bas. Du matin c'est la nuit on nous a libérées. »
>
> Mélissa, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, avril 2014

Mélissa considère que sa fille courait un grand danger si elle ne s'était pas rendue à l'hôpital, la mère raconte la rapidité avec laquelle le choléra, d'abord identifié comme une simple diarrhée, va détériorer la santé de sa fille :

> « [La veille] On s'est couchés, à minuit elle est allée taper la porte [disant] qu'elle est allée à la selle trois fois. Moi j'ai cru que c'était [rien], maintenant après on s'est réveillé elle est allée encore une deuxième fois à 6 heures, là. J'ai vu que sa figure a commencé à changer, elle a commencé à vomir. Immédiatement je l'ai prise et puis on est allé à Port Bouët. Donc quand on est allées il y a une chaise là il y a trou et puis ils ont mis seau, maintenant il y a un seau qui est là. Je ne sais pas si c'est ORASEL [Solution de Réhydratation Orale (SRO) commerciale] qui est dedans donc chaque 30 min on lui donne un gobelet d'eau. Elle buvait, elle buvait c'est ça seulement elle buvait. La diarrhée s'est arrêtée, ils ont donné les sérums et tout et puis on est venues à la maison »
>
> Mélissa, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, avril 2014

Certains éléments peuvent cependant retarder l'arrivée des malades aux hôpitaux et donc provoquer des complications et une proportion importante de morts. Ceci est particulièrement le cas pour le quartier Zimbabwe lorsque le malade se trouve en mer, et à plus forte raison si aucune épidémie de choléra n'est jusque-là suspectée[136].

Le premier réflexe en cas de diarrhée consiste à prendre des *first aid*[137], il peut s'agir des antibiotiques appelés ici, comme dans d'autres sociétés ouest-africaines, *tupay* (Le Marcis, 2003). Le charbon mélangé à l'eau ou encore l'eau de mer seule peuvent aussi être bus pour aider à « calmer l'estomac ». Ce n'est bien souvent qu'une fois que ces remèdes-là ont échoué, que les malades sont dirigés vers la terre ferme. Les mécanismes sont cependant beaucoup plus rapides dans le cas où l'épidémie de choléra est connue dans la région et que, dès les premières selles, les membres de la *company* identifient le risque du choléra.

> « Parfois le choléra nous attaque en mer. C'est une maladie très, très dangereuse. Quand elle arrive ils [les pêcheurs] vont tirer le filet et rentrer sur la côte, il n'y a pas de médicament pour cela. »
>
> Captain Kacou, entretien, large d'Abidjan, Côte d'Ivoire, novembre 2016

La décision du retour apparait cependant plus complexe que ce que Kacou le laisse à penser.
Le retour de la mer est problématique, car en milieu de sortie, il est possible que les filets soient déployés, et qu'il faille entre une et deux heures pour remonter ceux-ci. De plus, si la levée des filets se fait trop tôt, a recette est perdue. De la même manière, le fait de revenir à terre en cours de campagne représente une perte sèche pour la pirogue et son équipage : l'essence, la glace, le temps et le manque à gagner en termes de poissons font réfléchir à deux fois avant de rentrer prématurément au bord. Le temps long qui peut se passer entre la constatation de l'inefficacité des médicaments sur les symptômes de la maladie, le temps de la décision d'abandonner la sortie de pêche et de remonter les filets, puis le trajet vers la terre ferme et vers le centre de santé sont autant de délais qui augmentent le risque de décès du malade, y compris à bord de la pirogue.

136 Les épidémies de choléra en Côte d'Ivoire ont lieu à des intervalles de 2 à 5 années ce qui fait qu'en période non épidémique, une diarrhée même sévère peut être associée à des maux plus courants, au moins durant un temps.
137 Médicaments de premier soin.

> « R : C'est moi-même, mon frère.
>
> ~~[…]~~
>
> On était en haut [au large] je l'ai protégé jusqu'en on est arrivé à l'hôpital là. Quand on est arrivé, c'est fini. Façon il est en train de respirer là, c'est tout petit. Donc on a fait jusqu'à ça n'a pas reçu [on a essayé jusqu'au bout, ça n'a pas marché], il est mort.
>
> ~~[…]~~
>
> Matin comme ça là, on est en haut là-bas, on est en train de marcher [naviguer] pour venir, donc c'est trop loin. L'eau là aussi ça tire [il y avait du courant]
>
> ~~[…]~~
>
> Je lui ai donné médicament même.
>
> Q : Mais c'était trop fort quoi ?
>
> R : C'était trop ! »
>
> Marco, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, mai 2014

Au choc de voir un compagnon de pêche succomber à bord, parfois un membre de sa propre famille, s'ajoutent des considérations politiques et sociales de cette mort épidémique, faut-il revenir sur la terre ferme en Côte d'Ivoire, où ils sont facilement la proie des autorités ?

> « [Parmi] Mes Amis, on dirait 2000 combien là il y a un qui est décédé. Il est allé aux WC jusqu'en ! [longtemps], Mais où on était, je peux dire 20 kilomètres comme ça, on était en haut, en haut [au large]. Donc c'est pas comme bateau là il glisse plus vite que notre pirogue là. Donc arrivée au moins 5 kilomètres comme cela et puis il est décédé. Comme il n'y a pas…on a donné médicaments aussi, mais… le gars-là est décédé comme ça […] on l'a pris pour aller au Ghana, pirogue-là n'a pas rentré ici. [Côte d'Ivoire…] parce que si on rentre ici on dit aux gendarmes que on avait quelqu'un qui est décédé ils peuvent nous poser questions. On a fait quoi ? On a fait quoi et puis il est décédé ? Arrivés à l'hôpital on peut dire que 'non c'est cette maladie qui l'a touché'. Ils peuvent nous poser questions pourquoi on n'a pas donné médicaments ? C'est là-bas ça va créer problèmes […] C'est là directement ils sont allés au Ghana directement. »
>
> Fodjour, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, août 2014

Les entités dont nous avons ici tenté de dresser un portrait non exhaustif s'appuient sur diverses formes de compréhensions et de savoirs, incorporant parfois la taxinomie biomédicale et aussi l'étiologie probablement mise en avant par des programmes de prévention, par exemple du paludisme. On retrouve transversalement dans les étiologies avancées des thèmes proches de ceux de la pollution, entendue comme le franchissement d'une barrière par une entité hors de sa place, et qui en se *mélangeant,* provoque le déséquilibre et le mal. Plus spécifiquement, l'accumulation de la nourriture dans le ventre et la saleté qui en découle renvoie à l'entité *weyno* au Niger (Chillio, 2002). Surtout accompagnée du complexe *sunsuma*, elle se rapproche fortement du « snake in the belly », qui a été décrit dans plusieurs sociétés bantoues (Green, n.d.).

Notons aussi que les épidémies ne se gèrent pas uniquement au niveau des individus, mais également au niveau de la communauté fante au sein du quartier Zimbabwe. En ce qui concerne les épidémies de choléra, elle passe par la mise en place d'activités de nettoyage, organisées le plus souvent par les femmes et impulsées par l*'Ohane* et son conseil. En temps de crise épidémique, l'*Ohane* représente l'ensemble des Ghanéens auprès des autorités sanitaires. Cette prise de responsabilité passe également par des absences calculées, lorsque la tension liée aux épidémies de choléra (démarrée dans le quartier) est trop forte, l'*Ohane* disparait et laisse la place à des interlocuteurs qui sont bien souvent la double nationalité ivoirienne et ghanéenne (cf. chapitre 9).

Au-delà du quartier de Zimbabwe les chefs (*Ohane* et assimilés) des différents « satellites » du champ social fante s'organisent pour partager des informations sur les épidémies en cours. Overa note par exemple qu'a Moree les compagnies *asafo* ont été identifiées pour lutter contre les épidémies de choléra (Overå & Overa, 2001) un exemple dans le panel d'activités concernant « le nettoyage », « l'urgence », « le maintien de l'ordre » et « le développement » dont les compagnies *asafo* avaient la charge[138].

Dans le quartier Zimbabwe, ce rôle des *asafo* semble être pris en charge par le conseil du *Ohane*. Lors d'une épidémie qui a éclaté au Ghana, alors que je discutais avec l'un des membres du conseil, celui-ci m'a maintenu informé de l'avancée de l'épidémie dans les environs de Moree, étant lui-

[138] 'clean up', 'emergency', 'policing' and development work. Communication personnelle de Ragnhild Overå, juin 2019.

même en contact régulier avec le conseil de son village d'origine et avec un ami policier qui sur place se renseignait du nombre de cas et de leur localisation. De sorte que les habitants de quartier Zimbabwe sachant que leur quartier était un maillon d'une longue chaîne le long de la côte, se souciaient des épidémies qui pouvaient s'y dérouler en différents points. Cette attention aux épidémies s'est trouvée renforcée lors de la survenue d'Ebola : dès 2014 le conseil de quartier Zimbabwe avait statué qu'il était désormais interdit de se rendre à l'ouest de la Côte d'Ivoire. Cette décision était le relais de décisions similaires prises au Ghana, et parfois exhortées par des membres du sommet de l'État ghanéen.

Même avant que ces décisions ne soient prises, un *bosco* nous a fait part de l'histoire d'une pirogue qui était en route pour le Liberia, et dont le *bosco*, avant d'accoster, a reçu un message de d'alerte de sa femme présente sur terre : il ne faudrait pas accoster, il vaudrait mieux faire demi-tour, car une maladie très grave avait lieu sur Freetown, le *bosco* décida de rebrousser chemin.

Ces mises en garde, activées soient par le conseil du *Ohane* des fante ou par les autorités officielles au Ghana, soit encore par contact direct entre les *companies* et des proches dans les satellites que le *bosco* compte visiter, ne le sont pas uniquement lors d'épidémies. Elles interviennent depuis longtemps concernant les risques d'expulsion ou de violences majeures. Plus largement, elles font partie du flot d'information qui s'échangent au travers du champ social fante, sur les prix de l'essence, les prix de plage du poisson, la présence d'espèce convoitées, autant d'informations qui sont nécessaires à la prospérité des *compagnies*. Le partage des informations sur les opportunités et les risques le long du champ fante est une activité quotidienne pour les usagers qui y naviguent, activité rendue d'autant plus intense que les moyens de communication tels que les réseaux téléphoniques et d'internet sont devenus relativement accessibles dans le courant de la dernière décennie.

3. La mort à distance

« Toi qui as mal sur le côté…
Tu vas mourir.
Toi qui es là, tu vas mourir.
Toi qui as le climatiseur, tu vas mourir.
On va mourir ensemble.
Au nom de Jésus,
Amen ».

Assistant Pasteur Malory, première prière, quartier Zimbabwe, novembre 2016

La mort dans le quartier Zimbabwe pose pour les Fante l'inconvénient de survenir à grande distance du village d'origine. Le rapatriement du corps au Ghana est un fait rare, car il implique un coût très élevé qui peut avoisiner le million de Francs FCFA (près de mille cinq cents euros). Il n'y a guère que les défunts les plus fortunés, souvent des *bosun*, pour lesquels on pratique un rapatriement du corps par ambulance par-delà la frontière. Dans la plupart des cas donc, le corps est enterré en Côte d'Ivoire et la famille du défunt fait le voyage depuis le Ghana pour les cérémonies mortuaires. Parfois, si la mort a eu lieu dans des villages à l'Ouest, le corps peut être rapatrié au quartier Zimbabwe où la famille peut le rejoindre depuis le Ghana. En général ceux qui se déplacent sont les frères et sœurs, les parents, ainsi que les oncles et tantes, plus généralement du côté maternel. Ici aussi, l'oncle utérin revêt une responsabilité importante dans le financement et l'organisation des coûts funéraires. De même la mère et ses sœurs resteront auprès du défunt pendant la durée de la veillée.

Ici comme cela est devenu très courant dans les milieux urbains de Afrique de l'Ouest, les morgues sont mises à profit pour donner à certains proches le temps d'organiser les cérémonies et à d'autres de faire le voyage (Noret & Jo, 2004). La majorité des défunts font un séjour de trois semaines à un mois dans la morgue.

3.1. Hommage au Mort

On compte deux temps cérémoniels funéraires. Le premier temps *eyie*, intervient entre la sortie du corps de la morgue et la levée du corps et inclut la veillée, le deuxième temps, *funsie*, concerne la mise en terre à proprement parler.

Eyie commence par l'organisation de l'espace public par la mise en place de plusieurs bâches, l'installation des chaises pour accueillir les invités et l'installation des équipements de musique. Les membres du comité d'organisation veillent au bon déroulé de la cérémonie, en contact permanent avec la famille du défunt et s'il s'agit d'un *sankwa*, le *bosun* et/ou le *bosco* qui avait la responsabilité de celui-ci. Plusieurs membres du comité installent des popotes qui permettront de recueillir les dons des invités. Ceux qui gardent les popotes sont toujours au moins deux. Au cours de la journée, en attendant que le mort arrive de la morgue, les invités s'installent, parfois des matchs de foot sont organisés par les plus jeunes. La musique démarre en fin d'après-midi, entre-temps le corps est arrivé de la morgue et les proches l'apprêtent dans la chambre de veillée.

Réparations

Les funérailles sont des arènes sociales majeures où se donnent à voir les relations de patronage (Noret, 2017b). Les cérémonies mortuaires visent aussi bien à la levée de deuil chez les vivants qu'à contenter les morts ainsi accompagnés. Chez les Fante, comme dans bien d'autres sociétés, les cérémonies en soi ne sauraient suffire, à plus forte raison quand les circonstances de la mort ne semblent pas naturelles, ou que le mort pourrait avoir une raison de ne pas laisser les vivants en paix. Je prends le cas de la mort de Jack pour illustrer les conflits qui peuvent survenir autour des funérailles et qui servent comme « résumé du tout social » (Balandier 1982 cité par Noret 2017). Ils sont particulièrement révélateurs des relations de patronage lesquels constituent en même temps une synthèse des prérogatives de mise à l'abri des risques, de distribution des torts sous forme de manquements et de réparation pour les morts dans le champ social Fante.

La mort de Jack

Après avoir longé la côte dans l'obscurité, filé par le canal de Vridi le long des porte-containeurs, et « salué » les gendarmes maritimes, nous arrivâmes un peu avant l'aurore sur le bord lagunaire

du quartier Zimbabwe. En ce début de mois de juin, les pirogues étaient déjà nombreuses sur le bord pour la nouvelle saison de pêche. Ayant repéré une place étroite entre deux pirogues le motoriste tentait de faire sa manœuvre pour parquer celle qu'il conduisait. C'est alors qu'un homme apparut pour nous guider, il s'agissait de Jack. Il nous lança une corde, donna des instructions brèves, mais précises au motoriste, puis une fois la pirogue amarrée, il nous aida à prendre pied sur le « sol ». À cet endroit celui-ci est composé de couches d'ordures regorgeant d'eau de la lagune, qui devient plus ferme à chaque pas négocié en direction de la berge. J'étais étonné que ce soit Jack, un *bosun* de plus de 50 ans qui nous accueille pour un débarquement à quatre heures du matin.

Quelques semaines plus tard, j'appris que Jack avait eu un accident. Un soir, il était tombé et dans sa chute sa tête avait heurté contre une pierre au sol. Ceux qui avaient été témoins de la scène avaient tenté de le relever, mais Jack avait perdu connaissance. Rapidement, une délégation composée de ses amis et de deux de ses fils entreprit d'amener Jack au centre de santé de Vridi 3. Le médecin de garde déclara que ce cas ne relevait pas de sa compétence. Jack fut référé à la clinique de Vridi Canal, qui le référera de même vers l'hôpital général de Port Bouët. Finalement Jack, toujours inconscient, fut transféré dans la nuit au CHU de Treichville. Où les médecins déclarèrent qu'ils ne pouvaient rien pour lui. Jack décéda quelques jours après.

Si Jack avait chuté, c'est sans doute parce qu'il avait « un peu bu » (*drinking a little*) ou alors parce qu'il était « très préoccupé » (*thinking too much*). Ses problèmes avaient commencé quand un Caterpillar avait détruit sa maison au cours de l'élargissement de la voie qui mène au quartier Zimbabwe. Jack dormait depuis lors aux abords de la « maison communautaire » fante ou chez ses amis. Il était propriétaire d'une pirogue, mais le moteur de celle-ci avait rendu l'âme. Pour le remplacer, le *bosun* désœuvré avait demandé un prêt auprès de son oncle, son ancien bosco, qui lui refusa. À court d'options, il avait contracté une dette auprès d'un prêteur du quartier. Il avait confié la somme à son fils ainé pour qu'il aille se procurer un nouveau moteur au Ghana, mais l'adolescent s'était fait détrousser avant même d'avoir quitté Abidjan, à la gare de Bassam. Jack avait ensuite décidé de ramener sa pirogue au bord pour la mettre à l'abri le temps de trouver de l'argent pour un autre moteur, mais celle-ci se fendit alors qu'elle était tirée sur le bord. Enfin sa femme, qu'il avait épousée après un premier mariage, était tombée malade. Il avait dû l'envoyer à l'hôpital, ce qui avait davantage creusé ses dettes. Il s'avéra que celle-ci était en fait victime d'une maladie

spirituelle (*sum sum yɛrɛ ba*), et le pasteur qui avait réussi à la tirer de sa tourmente attendait également une compensation. Cette succession de malheurs plongea Jack dans un mal-être profond. Que pouvait-il faire ? Désemparé, il demanda à nouveau de l'aide à son oncle maternel, celui pour qui il avait travaillé tant d'années en tant que simple *sankwa*, et qu'il avait aidé à s'enrichir avant de pouvoir lui-même devenir *bosun*.

Son oncle refusa à nouveau de l'aider à se refaire. Depuis jack travaillait comme il le pouvait, en déchargeant des poissons aux aurores comme un simple apprenti et en allant pêcher à l'épervier[139] dans la lagune la nuit, parfois en compagnie de son fils ainé. Ce passage de *bosun* de pirogue maritime à simple débarqueur ou encore pêcheur de lagune constituait une véritable régression pour Jack. De ses maigres résultats de pêche à l'épervier il devait également payer un droit d'accès à la lagune aux Ébrié. Une nuit Jack avait remonté dans son filet le cadavre d'un jeune homme, un bien mauvais présage et c'était donc avec beaucoup d'appréhension qu'il y retournait. Il accumulait les dettes et ses créditeurs n'hésitaient plus à le poursuivre publiquement, même le pasteur qui avait aidé sa femme était de moins en moins subtil lorsqu'il rappelait son travail effectué. Jack avait 8 fils et 4 filles, l'ainé avait 16 ans, il ne pouvait pas encore compter sur eux pour l'aider.

Interprétation de l'accumulation du malheur

La succession de malheurs qui se sont abattus sur Jack peut facilement inviter à l'interprétation d'une causalité occulte. En effet, la succession des calamités ne pourrait-elle pas s'interpréter par un « travaillement » [140] de quelque sorte ? Cette question posée après l'annonce de la mort de Jack était systématiquement réfutée. Jack n'aurait pas été maudit, il est mort de pauvreté, il est mort d'avoir été abandonné par le frère de sa mère, qui aurait dû s'occuper de lui de son vivant, d'autant qu'il en avait les moyens. L'oncle avait en effet trois femmes, avec lesquelles il avait eu de nombreux fils, il « les aidait tous », et avait même permis à l'un de faire une migration réussie aux États-Unis, une forme d*'adoom* hors de portée pour le commun des jeunes Fante.

Qu'il ait donné la priorité à ses fils plutôt qu'au fils de sa sœur, à son *abusua* voilà donc l'injustice qui aura coûté la vie à Jack. L'oncle disait-on, n'en menait pas large depuis l'annonce de la mort

[139] L'épervier est un filet de pêche individuel.

[140] Le « travaillement » peut avoir plusieurs sens en Côte d'Ivoire, renvoyer simplement au fait de travailler, à la pratique d'une distribution ostentatoire de billets (voir Le Marcis 2018), il peut également faire référence aux pratiques occultes, le mauvais sort lancé est un « travaillement » de la personne visée.

de son neveu, il était parti le soir même au Ghana, officiellement pour aller porter la nouvelle à sa sœur, mais le bruit courait que c'était surtout pour consulter un *Kɔmfɔ* à même de le protéger du courroux de son neveu défunt. Le devin-guérisseur, parait-il, lui confirma ses craintes après avoir fait usage du *calico*[141] : Jack était furieux et il pourrait bien emporter son oncle avec lui dans la mort. L'oncle revint avec 20 membres de la famille, il prit en charge une bonne partie des dépenses funéraires. Le lendemain de la veillée, contrairement au rouge et noir en vigueur dans les manifestations publiques du deuil en société Fante, il portait un pagne blanc avec des points bleus de bonne facture. Les observateurs ne manquèrent pas de noter que ces couleurs étaient celles de la tranquillité et de la sérénité. L'oncle voulait, me dit-on, montrer qu'il avait la conscience tranquille. Cela n'empêchait pas les gens de murmurer quand il faisait une apparition sur la place de Fante New Town ou dans un des maquis ouvert toute la nuit de la veillée. L'enterrement de Jack ne manqua de rien, la musique retentit toute la nuit de la veillée, les invités eurent à boire et nombreux sont ceux qui passèrent toute la nuit, sur des chaises en plastique ou sur des tables, à jouer aux cartes en attendant la levée du corps au petit matin. La veillée de Jack n'était pas une exception, comme beaucoup de cérémonies funéraires il constituait un « économodrame » (Balandier, 1982 cité par ; Noret, 2017) qui visait aussi bien à contenter le mort qu'à faire valoir la position des proches, et ici pour l'oncle utérin à défendre son honneur. Deux amis de Jack toutefois pouvaient noter que tout cela avait coûté bien plus qu'un moteur d'occasion.

L'oncle s'engagea également à épauler les enfants de Jack. Cependant était-ce vraiment à lui d'en prendre la charge ? Après tout, bien qu'étant les enfants de son neveu ils étaient avant tout ceux de leurs mères respectives, qui elles-mêmes ne manquaient pas de frères. Ceux-ci étaient les oncles utérins des enfants de Jack et ils auraient dû avoir la charge de s'en occuper. On m'expliqua cependant que ceux-ci étaient pauvres comme Job, ils se trouvaient donc dans l'impossibilité de s'occuper des enfants. En acceptant cette responsabilité qui n'était pas la sienne, l'oncle de Jack put enfin se défaire des rumeurs sur son avarice et sur le courroux de son neveu. Cette résolution illustre également les tensions entre le système de référence matrilinéaire de *l'abusua* et des

[141] Calico est le nom d'un drap blanc et d'une cérémonie qui permet la prise du contact entre le Kɔmfɔ et un défunt. Le Kɔmfɔ se place dans une pièce vide, il choisira un coin, et accroche au mur et en deux points un drap blanc (calico), de sorte à former un triangle avec le coin du mur. Le Kɔmfɔ s'assoit en face du drap et approchant son visage vers le drap il s'adresse au mort par son nom. Le sum sum du mort entrera au travers du drap dans le corps du Kɔmfɔ, celui-ci pourra alors se tourner vers son client, un membre de la famille du défunt placé derrière lui. Sa voix sera indiscernable de celle du défunt et il lui adressera ses doléances.

considérations plus proches des logiques du marché et de la responsabilité du « big man » dans la famille étendue.

La mise en scène des corps

Comme les logements dans Zimbabwe, qu'ils soient en dur ou de baraquements en bois, sont très exigus, c'est une partie de « la maison communautaire » qui sert de chambre de veillée. À l'intérieur de la pièce principale de cette maison basse, une chambre va être confectionnée à partir d'en ensemble de draps qui vont couvrir l'ensemble des murs, des fenêtres et du plafond, ainsi que pendre du plafond pour former le quatrième mur dans le cas très fréquent où la chambre est d'une superficie plus petite que la pièce qui l'abrite. Plus la chambre est vaste et plus le nombre de draps clairs requis est important, de sorte que la taille de celle-ci varie en fonction des morts et de leur statut, de leur capacité aux proches d'obtenir des draps.

Les morts sont habillés par des membres de la famille du même sexe, parfois des amis du même sexe sont admis pour aider à la mise en scène. La particularité principale des veillées fante consiste en la mise en scène du défunt. Il est fréquent que la chambre de veillée ouvre et ferme à plusieurs reprises pour permettre des changements de parures et de positions du mort. Celui-ci peut être installé dans un lit, être assis, voire être debout. Ci-dessous nous faisons le compte rendu de l'observation de la mise en scène d'un mort, que nous appellerons Jack:

> Après son arrivée de la morgue, le corps de Jack est transporté dans la chambre funéraire, on m'indique que les portes n'ouvriraient qu'à la nuit tombée, après 19 heures. Au sortir d'un repas partagé avec les amis du défunt, nous sommes donc revenus à la chambre mortuaire pour payer nos respects à Jack. Devant la porte d'entrée s'amassait une vingtaine de personnes, souvent très jeunes, qui tentaient de regarder à l'intérieur, sans toutefois entrer. Plus en retrait, des petits groupes d'hommes et de femmes plus âgés discutaient et observaient les allées et venues. Sur la devanture, à droite de l'entrée de la chambre on pouvait voir un poster couleur avec la photo du défunt, son âge et la mention « Rest in Peace » accompagnée de son nom complet. On m'invitait à entrer. L'intérieur était éclairé par de rares lumières chaleureuses. Les draps ondulés aux teints clairs recouvraient l'ensemble des parois, des fenêtres, mais aussi les chaises et d'autres objets dans la pièce

dont on devinait plus ou moins la nature. Ces différents recouvrements des parois et des objets provoquaient chez moi une sensation de désorientation. La chambre offrait un contraste avec l'extérieur, le silence et le recueillement de trois personnes qui s'y recueillaient avec la musique et l'accumulation des curieux sur le seuil, les draps blancs avec la boue qui, en cette saison des pluies, constituait le lit des chemins en terre battue du quartier.

Une chaise faisait face à la porte, un cadre était posé dessus, orné de fleurs, la photo était celle de Jack, souriant. Derrière le siège, surélevé à hauteur de genoux, on devinait un cercueil, recouvert d'un drap blanc, lui aussi. L'un de ses amis m'avait indiqué que Jack avait été apprêté pour les respects, aussi pensais-je qu'il se trouvait dans ce cercueil. Suivant mes accompagnateurs, je contournai le siège et le cercueil par ma droite, pensant que nous allions nous recueillir à cet endroit-là. Mais mes accompagnateurs semblaient se diriger vers le fond de la pièce en direction des personnes qui se tenaient silencieusement dans un coin faiblement éclairé. Ce n'est qu'à ce cet instant que je compris que Jack s'y trouvait. Les trois veilles dames étaient agenouillées, devant elles, sur une estrade, Jack était adossé au mur, vêtu complètement de blanc, gants inclus, il était coiffé d'un pagne. Il était adossé au mur, debout, quoique le pli de sa tunique semblait indiquer que ses genoux étaient légèrement pliés, il y avait sans doute un siège ou une selle qui lui permettait de rester dans cette position, mais les vêtements amples du défunt ne permettaient pas de le voir. Sa tête se trouvait à un mètre soixante du sol, soit une dizaine de centimètres en deçà de sa hauteur « de vivant ». Seul le rond de son visage était découvert, ses yeux étaient fermés ainsi que sa bouche. Ses coudes étaient serrés contre ses côtes, ses avant-bras étaient tendus vers l'avant, sa main gauche reposait contre la paroi drapée, sur ce qui devait, sous les tissus, être le long du rebord de la fenêtre. Sa main droite entourait une coupole, qui elle-même reposait sur une fine tige en métal qui tenait au sol par une base en spirale. Des bagues en or ornaient plusieurs de ses doigts gantés. Trois colliers dorés pendaient de son cou jusqu'au-dessus du nombril. On me dit discrètement qu'il serait bon de faire un geste en pointant du menton la corbeille que Jack « tenait » dans le creux de sa main droite.

Extrait du carnet de terrain de la nuit de veillée de Jack, juillet 2017, Quartier Zimbabwe.

C'était la deuxième fois que j'avais l'occasion d'observer la mise en scène d'un mort, mais je ne m'attendais pas à ce que Jack soit en position debout. La première fois que j'avais été invité à une cérémonie funéraire, la personne décédée était une dame, très âgée et très respectée. Elle avait été placée dans un lit en fer forgé, elle aussi était entièrement vêtue de blanc, avec des portions de tissus taillés en dentelle. Des interlocuteurs Fante, mais aussi Baoulé, m'ont rapporté d'autres mises en scène. Un jeune homme, décédé le jour où il s'était payé la moto de ses rêves, était mis en scène, mort, sur cette même moto[142]. Un vieux pêcheur qui avait été particulièrement réputé pour « son flair » était mis en scène assis, tenant les mailles d'un filet. Ces mises en scène constituent la dernière image que l'on gardera du défunt. On retiendra de Jack, qui était tombé faute d'avoir trouvé appui parmi ses proches, l'image d'un homme debout tenant une corbeille remplie de billets, preuve matérielle d'une considération certes tardive, mais réelle de ses proches.

Au lendemain de la veillée, la chambre mortuaire se ferme, le corps est replacé dans son cercueil. Avant de confier le cercueil aux religieux, on prend soin d'y ajouter les éléments indispensables pour le mort. Il s'agit de quatre pagnes, deux pantalons blancs, deux chemises à manches longues blanches, quatre débardeurs, quatre sous-vêtements, une couverture et quelques pièces de monnaie. On glisse également un paquet ou une trousse qui inclut des agréments d'hygiène personnelle, dont une éponge, des savons, une boite de crème pour les cheveux, un rasoir, un pot de mousse à raser. On sort le corbillard que l'on place dans la cour faisant face à la maison communautaire, les proches pourront faire des discours à la mémoire du défunt, le « linguiste » (*Okyeame)* ou une autre personne à qui le chef des Fante (*Ohane*) délègue la tâche invite les participants à une cotisation supplémentaire, pour la famille réunie autour du cercueil, en commençant par des appels pour 500 francs, puis 1 000, 2 000 et finalement 5 000. À la vue de tous, les généreux donateurs s'avancent et placent ostensiblement le billet indiqué dans la corbeille que tient l'un des proches. Le pasteur ou le prêtre prend ensuite le relais pour une dernière prière dans le quartier, puis il accompagne la levée du corps, le cercueil est placé dans le corbillard qui part ensuite en direction de l'église, puis du cimetière pour la mise en terre.

[142] Plusieurs versions de cette mise en scène existent, dans l'une d'elles rapportée par un vieux Baoulé la moto aurait démarré d'elle-même, alors que la chambre funéraire était fermée et que les invités à moitié endormis, attendaient le lever du jour.

Systèmes de solidarité

La prise en charge de frais funéraires de la famille et du *bosun* qui peut ou pas en faire partie est complétée par les systèmes de solidarité fante pour les frais d'organisation de la cérémonie funéraire. La cérémonie inclut un certain nombre de coûts pour les organisateurs. Ils correspondent au paiement de la morgue, du corbillard, des bâches, des musiciens, et de la nourriture distribuée pendant *eyie* (tableau 3).

Tableau 3 Dépenses types pour une cérémonie funéraire Eyie

Type de coût	Prix franc CFA
Morgue (4 semaines)	65 000
Cercueil	60 000
Corbillard	30 000
Musique	10 500
Bâche	42 000
Lumières	15 000
Boissons (Koutoukou)	2 000
Total	**339 000**

Si le défunt est un *sankwa* avec un contrat en cours auprès d'un *bosun*, c'est ce dernier qui devra prendre en charge les dépenses funéraires.

Lors des obsèques, les Fante sont invités à prendre part aux cérémonies d'enterrement et à contribuer aux dépenses à hauteur de 1 000 par personne adulte. C'est un prix standard, mais certains peuvent mettre davantage lors des appels ostentatoires de fin de cérémonie *eyie*.
Deux types de carnets permettent de garder la comptabilité de la participation aux frais funéraires, le grand livre des funérailles (*funeral rite handbook)*, et le carnet de membre funéraire (*funeral member handbook*).

Les dons individuels sont reportés dans un grand livre des funérailles qui inscrit le nom du donateur et le montant (en général 1 000 FCFA) ligne après ligne, accompagné d'un identifiant. Le donateur présentera également son « carnet de funérailles » sur lequel on inscrira cette fois-ci le nom du défunt et la somme qui a été donnée, un tampon « payé » accompagne la mention. Le carnet de

funérailles compile ligne après ligne l'historique des donations de l'individu. Pour chaque Fante qui décède, on se réfère à son carnet de funérailles pour établir s'il a cotisé lors des enterrements passés. La conformité garantit que le défunt sera pris en charge par cette caisse funéraire et qu'un grand livre des funérailles soit établi pour lui. Le carnet de funérailles est donc conservé précieusement par les individus.

3.2. Adakaba Eyiyɛ : permettre le retour sans corps

L'enterrement du corps à Quartier Zimbabwe et les éventuelles pratiques de réparation des torts ne suffisent pas en soi à clore les cérémonies funéraires, il faut encore que le défunt rentre au village, ce que même un rapatriement du corps ne peut garantir, et qui peut mener au problème d'un défunt qui reste à perturber le quotidien des vivants:

> « Si ici même toute la famille va s'asseoir crier, pleurer 'Aujourd'hui là on a enlevé ton esprit [mais il est] dans la pirogue encore. Aujourd'hui là on a enlevé ton corps pour aller au Ghana il faut rester tranquille, la pirogue il n'a qu'à faire son travail' c'est ça on fait ça. On peut envoyer pasteur, pasteur va venir prier' wo wo wo wo', si pasteur il quitte [s'en va], il est là [le *sum sum*] ! »
>
> Ohane et Aluba, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, 18 octobre 2014

La présence de la famille, ses supplications, et la pratique du pasteur ne suffisent pas. Nos interlocuteurs soulignent la centralité du *Kɔmfɔ*:

> « Q : L'esprit est là encore ?
>
> R : Oui il est là ! pasteur il a quelle force ?
>
> (rires)
>
> R : Pasteur il boit *koutoukou*, il fait tout. Dieu il connait pas pasteur comme ça !
>
> Les autres : (rires)
>
> R : Ouais ! Satan connait son ami Satan parce qu'esprit c'est fétiche là, c'est Satan il travaille avec Satan. […] c'est féticheur [*Kɔmfɔ*] qui fait ça »
>
> Ohane et Aluba, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, 18 octobre 2014

Le *Kɔmfɔ* joue un rôle essentiel dans le rapatriement du *sum sum* dans le village d'origine au Ghana pour qu'il puisse rejoindre la lignée des ancêtres et ne pas errer dans le quartier Zimbabwe ni dans la pirogue dans laquelle il exerçait. Cette capacité tient au don principal attribué aux *Kɔmfɔ*, de pouvoir invoquer et converser avec les *sum sum* par la pratique du *calico*. Ce faisant, ils peuvent restituer leurs doléances auprès des vivants, essentielles à la facilitation du retour. Les *Kɔmfɔ* apparaissent ainsi comme les médiateurs privilégiés de la résolution de conflits qui n'auraient trouvé de résolution du vivant des personnes.

Bien que certains praticiens tentent de se faire passer pour des *Kɔmfɔ* dans Zimbabwe, il est d'opinion commune que les véritables *Kɔmfɔ* ne peuvent se trouver qu'au Ghana. L'absence de *Kɔmfɔ* au moment des cérémonies avec ou sans corps, à Zimbabwe, ne pose pas de problème en soi, cependant il faudra suivre les instructions de celui-ci pour transporter le *sum sum*.

La médiation auprès du mort est nécessaire dans tous les cas, mais elle va en augmentant proportionnellement avec la dématérialisation de ce transfert. Au cas où le corps ne peut être rapatrié, que sa mise en terre se fait en Côte d'Ivoire, comme c'est souvent le cas chez les pêcheurs de Zimbabwe, il est préférable de pouvoir en rapporter une partie qui servira d'outil de médiation au retour – ou rapatriement — du *sum sum*. Dans le cas d'une perte totale du corps (par exemple noyade) un rapatriement est également possible, dans ces deux cas il faudrait faire usage d'une *adakaba* (boite mortuaire). Ainsi L'*adakaba* s'utilise en cas d'absence de corps, soit qu'il s'agisse d'une mort perdue, par exemple le cadavre d'un pêcheur noyé en mer, soit qu'il s'agisse d'un deuxième enterrement pour un corps enterré en *adoom*, à l'étranger. Il existe ainsi deux types d'*efye adakaba* (enterrement par boite mortuaire), celles pratiquées avec les reliques et celles qui se contentent d'effets personnels. Les circonstances de la mort et de l'accès au corps déterminent l'usage de l'une ou l'autre.

Figure 2 Une Adakaba confectionnée par le neveu utérin d'un pêcheur disparu en haute mer (Anonyme, transmis par Bluetooth)

Quand le corps est accessible, mais qu'il n'est pas rapatriable, les proches se chargent d'en collecter les reliques. Les parties du corps concernées sont les cheveux, les poils pubiens et les ongles du défunt. Ces reliques sont le plus souvent transportées dans une bouteille en plastique quelconque. Si le défunt est un homme adulte, le porteur sera son fils ainé, ou, à défaut, l'ainé de ses neveux utérins. Au moment où celui-ci se saisit de la bouteille contenant les reliques, le *sum sum* entre en lui (*sum sum bɛ hɛn no*). Dès lors le porteur est sous l'influence du *sum sum*. Ceux qui l'accompagnent s'en aperçoivent : le porteur devient silencieux et il se dirige d'un pas pressé vers le village d'origine ou la gare qui y mène. Il est suivi par le reste de la famille ayant fait le déplacement pour la veillée du corps et qui s'efforce de tenir la cadence qu'il impose.
À l'arrivée dans le village d'origine, une *adakaba* sera confectionnée pour le mort, dans laquelle seront déposés les reliques et des accessoires d'agréments jugés utiles au *sum sum*, par le *Kɔmfɔ*.

De manière générale, et afin d'anticiper toute manifestation du *sum sum*, les *Kɔmfɔ* peuvent se servir, en absence de corps ou de reliques, d'effets personnels (des vêtements usés et de préférence pas encore lavés) du défunt. Le rituel qui suit avec l'*adakaba* demeurant le même, le *Kɔmfɔ* devant

par contre redoubler d'efforts pour appeler, pendant plusieurs matinées et face à la mer, un *sum sum* n'étant alors pas guidé par son corps ou ses reliques.

Les situations de corps perdus surviennent parfois dans les milieux de pêche fante. Ainsi, un homme nous explique que, dans la pirogue de son oncle, deux pêcheurs étaient tombés à l'eau, l'un des deux corps fut retrouvé un mois plus tard, tandis que le deuxième ne fut jamais retrouvé. L'équipage décida tout de même de repartir à la pêche, mais en pleine mer ils se rendirent compte que la nourriture disparaissait, parfois, ils apercevaient une personne assise dans la pirogue qui semblait boire de l'eau, mais qui n'avait pas embarqué avec eux. En consultant un *Kɔmfɔ* l'oncle apprit que le *sum sum* du compagnon décédé demandait à ce qu'il fasse certaines offrandes (des pagnes blancs) et une libation en son honneur. Il fût enterré par *adakaba* avec ces pagnes. L'exécution de ces prescriptions fit cesser les visites du défunt et la pirogue retrouva sa sérénité, le tout sans que le corps ou ses reliques ne soient disponibles pour leur mise en terre. Cette substitution des corps perdus par les marins n'est pas exclusive aux Fante, elle existe dans d'autres sociétés de pêcheurs, par exemple avec l'utilisation des croix de Proêlla sur l'île d'Ouessant en France[143].

Quelle *adakaba* pour les morts épidémiques ?

Un problème de taille se présente pour nos interlocuteurs en cas de mort par choléra. Les cadavres des malades sont considérés comme contaminants et sont pris en charge de manière sécurisée par les autorités sanitaires. Comment pourraient-ils récupérer les ongles, cheveux et poils pubiens sur des corps placés dans un protocole sécurisé qui en interdit tout contact ? Lors de l'épidémie de 2014 nous demandons à nos interlocuteurs s'ils ont pu récolter les reliques sur ceux qui étaient apparemment morts du choléra :

> « R : Eh !!!! Les gens sont morts de choléra. Choléra là, choléra là toi tu peux attraper choléra comme ça

[143] La croix de Proêlla est une petite croix faite en cire qu'un proche remet silencieusement à la famille du marin perdu en mer pour leur annoncer la nouvelle. Elle est veillée à la place du marin et le remplace physiquement à l'église pour la cérémonie funèbre. Elle est ensuite placée dans urne en bois dans l'église. Une fois par an, à la Toussaint et à la faveur de la visite de l'évêque toutes les croix de l'année sont mises en terre. Croix de Proêlla - rite funéraire sur l'île d'Ouessant.
http://librenecessite.over-blog.com/article-croix-de-proella-rite-funeraire-sur-l-ile-d-ouessant-117375283.html, consulté le 20 Avril 2018.

Les autres : (rires)

R : Moi j'ai peur (rires)

Q : Donc ils n'ont pas pris les ongles ?

R : choléra là ce qu'il va faire… »

Ohane de quartier Zimbabwe, entretien, Quartier Zimbabwe, octobre 2014

Étant donné le risque de contamination, nos interlocuteurs suggéraient pouvoir se passer du corps [144] avec l'aide des *Kɔmfɔ*, dans une cérémonie qui à postériori semblait s'apparenter à une *adakaba* sans reliques. Ceci étant dit, nous apprendrons quelques années après l'épidémie, en juillet 2017, que les reliques avaient tout de même pu être collectées sur les corps des morts de choléra et être récupérées par les proches. De fait, la plupart du temps et pour les morts non épidémiques, l'extraction des parties du corps en question n'était pas faite par les membres de la communauté ou de la famille du défunt : ceux-ci se contentaient de décrire les gestes et les parties d'intérêt à certains des agents des morgues, qui avaient intégré les demandes particulières de chaque ethnie en matière de préparation des corps, ils savaient « la manière africaine »[145]. Le prélèvement de reliques appliqué à des corps cholériques constituait une entorse aux normes officielles de prise en charge sécurisée des corps épidémiques. Il comportait des risques (biologiques et légaux) qui demandaient plus de précautions qu'un prélèvement sur un corps non cholérique, mais elle restait possible moyennant une rémunération de circonstance, plus élevée :

« Q : Tu peux prendre les ongles ?

R : Oui tu paies la morgue et tu reçois les ongles et les poils

Q : même quand c'est un mort du choléra ?

R : Oui, c'est ce que l'on a fait la dernière fois [épidémie de 2014], parce que même le *bosco* doit montrer [à la famille du *sankwa*, au village] pourquoi les gens sont morts dans sa pirogue. Le choléra est une maladie spéciale, tu paies, ils prennent [les cheveux, les poils pubiens, les ongles] ils les lavent avant de te les donner [dans une bouteille en plastique][146] »

[144] À l'époque je n'étais pas encore familier du système de l'*adakaba*

[145] " they know the African way"

[146] "Q: you can take the nails?
R: Yes you pay the morgue and get the nails and hair
Q: Even when it is a cholera death?

Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, juillet 2017

Ainsi, le jour où les agents des enterrements sécurisés amenaient les corps vers le lieu désigné de l'enterrement sécurisé, chacun était serein : les officiers chargés de faire respecter les consignes de sécurité pendant la mise en terre, les proches des défunts se lamentant, dont certains serraient sous leur pagne et contre leur flanc, une bouteille contenant les reliques mortuaires de leurs pères et de leurs oncles utérins qu'ils ne tarderaient pas à ramener au pays pour la paix de tous. À quelques années d'écart, la révélation de cette pratique me permet de répondre à une question qui s'était forgée lorsque, l'année qui a suivi l'épidémie de choléra au quartier Zimbabwe, j'avais été happé comme d'autres jeunes anthropologues opérant dans la région, dans la réponse à Ebola en Guinée. Pourquoi les enterrements sécurisés d'Ebola provoquent autant de tensions entre les familles et les autorités sanitaires (de « réticences » dans le jargon de la santé publique), alors que depuis des décennies les enterrements sécurisés du choléra, qui empêchent également l'accès au corps, ne semblent pas être matière à des scènes de violences sociales comparables ? La possibilité pour les Fante de pratiquer des enterrements par substitution de corps, par le moyen d'*adakaba* de reliques pour les morts épidémiques répond en partie à cette question dans le cadre restreint de la société Fante en Côte d'Ivoire. Parce qu'elle relève d'un enterrement très précaire, la possibilité de dernier recours notée précédemment d'utiliser des vêtements pour une *adakaba* sans reliques est considérée comme « horrible » par Aluba. Elle semblait donc peu correspondre au vécu des enterrements épidémiques de l'épidémie 2014, quand bien même les Fante, en tant qu'étrangers, se gardaient d'exprimer trop fortement leur désaccord d'avec les dispositifs de contrôle.

Les stratégies mortuaires de substitution du corps développées par les Fante leur sont inspirées par les risques opérant d'une part dans la pratique de la pêche piroguière (la disparition en mer) et d'autre part dans la pratique de la migration (le rapatriement d'une partie du corps, les reliques). L'*adakaba* — qu'il contienne des habits ou des reliques du défunt — étant alors l'artefact de rattrapage symbolique et de contournement des contraintes spatiales, temporelles et politiques d'une fin de vie en mouvement. Le *Kɔmfɔ* est le guide de ces stratégies de substitution des corps,

R: Yes, that is what we did last time, because even the bosco has to show why people died in the canoe. Cholera is a special condition, you pay, they take [the hair, pubic hair, the nails] they wash it before they give you [in a plastic bottle]."

plus celle-ci se passe du corps et plus sa participation (onéreuse, le train de vie ostentatoire des *Kɔmfɔ* est une mesure de leur pouvoir*)* sera importante. Nous proposons une typologie des pratiques d'enterrement à distance en fonction de la disponibilité du corps (Diagramme1).

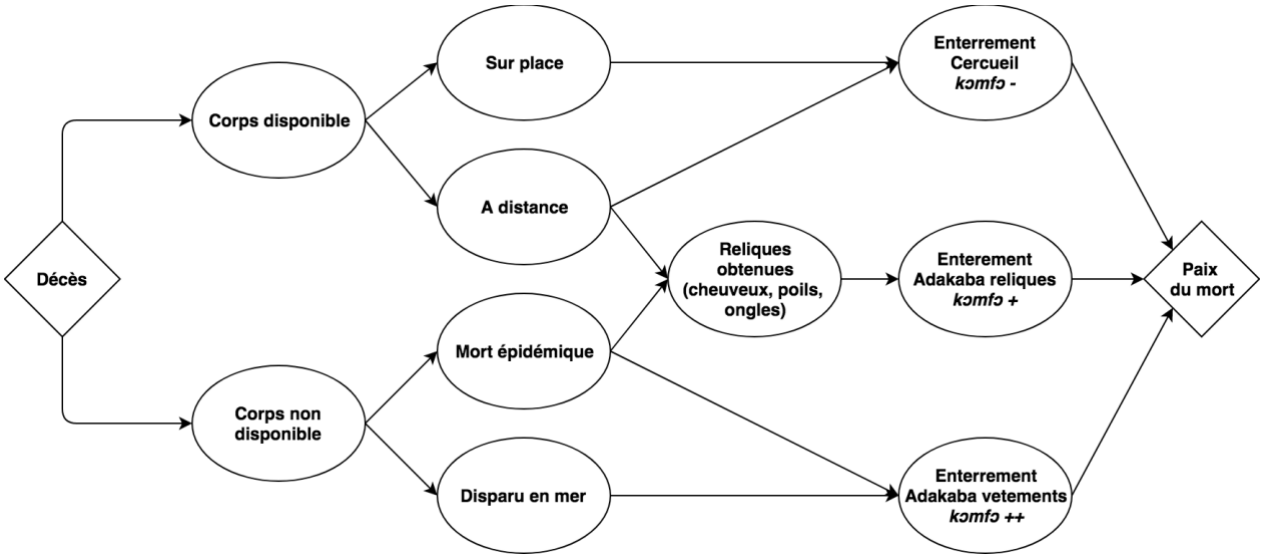


Diagramme 1 Typologies de stratégies d'enterrement et de rattrapage de corps perdus

Les Fante ne sont sans doute pas les seuls à avoir des stratégies établies pour de tels enterrements en Côte d'Ivoire, ce que d'ailleurs mes interlocuteurs indiquent au sujet des agents des morgues, lesquels connaissent « la manière africaine » et les demandes particulières de chaque ethnie. Ces pratiques de rattrapage des corps perdus, qui négocient avec les dispositifs d'enterrements sécuritaires sont sans doute étendues dans la région ouest-africaine, mais aussi divergentes d'une maladie épidémique à l'autre[147]. Un procédé similaire est ainsi rapporté en contexte Ebola par Frédéric Le Marcis en Guinée forestière ou de secondes funérailles ont lieu dans les sociétés Toma et Kissi à l'aide de tiges de fer placées à la tête de la première tombe, puis rapportées au village (Le Marcis, 2015).

[147] La manipulation et la collecte des reliques sur le corps d'un cadavre de choléra et de celui d'un cadavre d'Ebola ne produit pas le même rapport au risque chez la personne chargée de la collecte et ne s'inscrit pas dans les mêmes contraintes normatives. Celles guidant Ebola faisant l'objet d'un suivi particulièrement renforcé, y compris par des acteurs internationaux qui entrevoient dans la contamination d'Ebola un risque majeur global statut que le choléra a perdu depuis près d'un siècle.

Conclusion

L'incertitude est constitutive de la vie des pêcheurs. Pour les membres de ce groupe dit à risque pour une maladie contagieuse telle que le choléra, la prévention n'est donc pas un principe inconnu, mais les risques sont évalués, appréciés par les acteurs en fonction d'une échelle qui leur est propre. Pour les pêcheurs, le risque cholérique n'est donc qu'un risque parmi beaucoup d'autres : risque de ne rien pêcher, risque de tomber en mer, risque de se faire percuter par un chalutier, risque de chavirer, d'avoir une panne de moteur. Cette écologie des risques est anticipée par des pratiques de protection nichées dans des institutions déployées le long du champ social de la pêche piroguière Fante. Pour eux le choléra est un phénomène occasionnel, qui, sur la durée, ne peut représenter qu'une partie minoritaire des malheurs et des morts auquel les pêcheurs fante sont confrontés.

Le choléra peut s'entendre comme étant le produit de la saleté, comme une souillure et donc s'entendre aux mêmes titres que d'autres entités fante telles que l'*edun*, comme procédant d'une pollution. La maladie tient cependant une place à part, car elle est d'origine relativement récente et que les praticiens du care *Kɔmfɔ* aussi bien qu'*Edur Tonfo* ne sont à priori d'aucune utilité contre le choléra.

Une autre particularité du choléra réside dans les enjeux sociaux particuliers qu'elle entraine, la pollution n'est pas seulement celle des corps, car le choléra amène dans son sillon des maux sociaux d'une intensité particulière. Elle rend à priori la conduite de cérémonies funéraires en bonne et due forme difficile, car les corps des morts de choléra sont à priori hors de portée. Sur ce point les pêcheurs Fante peuvent compter sur une pratique adaptée de l'*adakaba* pour mener bon an mal an les funérailles à leur terme. Comme l'indiquait déjà la pratique consistant à ne pas rapatrier les morts de choléra survenues lors de sorties de pêche au large de la côte, la mort cholérique se distingue surtout par sa signification politique et sociale dans et pour le quartier Zimbabwe. Le phénomène épidémique entre en résonance avec le rapport conflictuel qui lie ce groupe social aux représentants de l'État ivoirien. La prochaine partie a pour objet de retracer le vécu des épidémies en Côte d'Ivoire par ces « autres étrangers » dans une économie politique du risque choléra. Ainsi,

le chapitre 8 examine les influences des épidémies dans la création de la ville coloniale et la permanence de ces logiques dans la Côte d'Ivoire contemporaine (Chapitre 8). Le chapitre 9 aborde l'épidémie de choléra au temps d'Ebola sur la base d'une ethnographie du quartier Zimbabwe conduite avant et pendant une épidémie de choléra en 2014. Le chapitre 10 retrace l'après-épidémie et la persistance des discours épidémiques dans le cours de dynamiques propres à la Côte d'Ivoire tournée vers l'émergence.

Quatrième Partie : Une Écologie politique du risque choléra

Chapitre 8 : Le « génie épidémique » au fondement de la ville coloniale

Avant de pouvoir aborder le vécu des épidémies de choléra dans le hotspot de quartier Zimbabwe et la signification de l'advenue d'épidémies de ce « mal ancien » dans la capitale de l'émergence économique, un détour semble nécessaire pour décrire d'une part le lien important qu'entretien une ville telle qu'Abidjan avec les épidémies, d'autre part le rapport que les responsables successifs ont entretenu avec l'informel dans la ville.

À la fin du 19e siècle, le territoire qui deviendrai la Côte d'Ivoire est perçu comme « la mauvaise côte » du fait des « fièvres » qu'on attribue aux marécages et lagunes prépondérants sur la côte, et au caractère jugé inhospitalier de ses habitants. D'abord installée sur l'actuel Assinie et Grand-Bassam, l'activité des premiers comptoirs va progressivement nuancer cette représentation avec la constatation graduelle, au cours de la seconde moitié du 19e siècle, du potentiel commercial d'un territoire qui s'avère riche et fertile (Domergue-Cloarec, 1986).

Grand-Bassam, qui était déjà un bourg commercial tenu par des groupes Nzimé et Abouré devient pour un temps un comptoir commercial pour les Français, puis après « l'éclipse des Français » devient un poste militaire en 1885, puis commercial et administratif. En 1893, date de promulgation de la nouvelle colonie française de Côte d'Ivoire, Bassam en devient la capitale (Loucou, 2012)

Grand-Bassam en particulier va rapidement s'étoffer en colons et en commerçants de différentes nationalités. En 1899 la ville compte 2000 habitants natifs de la Côte d'Ivoire et de colonies adjacentes, français, mais aussi métis, syriens. La ville n'est alors pas ségrégée (Domergue-Cloarec, 1986). Les différents groupes y vivent en contact étroit, même dans le « quartier France » où logeaient la plupart des commerçants et administratifs Français et Européens, mais aussi des commerçants africains natifs de la Côte d'Ivoire ou de pays de la région. Le comptoir est prospère, mais les épidémies de fièvre jaune viennent périodiquement faire des dégâts considérables. (Wondji, 1972).

1. Bassam ville épidémique

Les deux premières épidémies de 1852 et de 1857 furent considérables, la dernière en particulier qui fit 32 victimes parmi les 50 Européens présents dans la région (Domergue-Cloarec, 1986). En 1895, la mort de Bertin, le Gouverneur par intérim, inquiète déjà les autorités coloniales du risque que pose la fièvre jaune pour la jeune colonie (Wondji, 1972).

Il n'y a pas de statistiques concernant les malades parmi les indigènes, mais les médecins présents sur Bassam considèrent que les populations locales semblent épargnées par ces fièvres (Domergue-Cloarec, 1986). Ce fait semble confirmé par l'Historien Christophe Wondji, qui, en plus de la consultation des archives coloniales, a pu s'entretenir avec des habitants Abouré résidant à l'époque à Bassam et dont les aïeux étaient les premiers habitants. Pour eux, la maladie était alors inédite et associée à la présence des Européens. Une trace de cette extranéité de la maladie se retrouve dans son appellation, *abobé*, qui peut signifier « qui les assomme », « les » étant les autres, les « Blancs » (Wondji, 1972).

Les années 1899, 1902 et 1903 vont être le théâtre d'épidémies particulièrement ravageuses parmi la population européenne. Celle de 1899 fit 30 morts parmi les 60 Européens résidant dans la région, soit la moitié de la population, celles de 1902 et 1903 emportèrent à chaque fois un quart de la population européenne présente (soit 20 à 30 personnes par épidémie) (Domergue-Cloarec, 1986).

L'épidémie de 1899 en particulier est bien plus sévère que les épisodes précédents. Les premiers cas suspects apparaissent en mars, mais c'est en mai que des morts sont comptabilisées chez les Européens, d'abord tous les deux jours, puis tous les jours. Sur les 33 Européens présents alors sur Grand-Bassam en fin mai 1899, tous tombent malades et seuls trois survivent à la maladie.

Parmi les miraculés se trouve le docteur Lamy, qui vient prêter main-forte aux deux médecins et à l'infirmier installés à Grand-Bassam. À son arrivée, ses confrères ont succombé, ce qui le trouble

profondément, mais c'est en lisant les notes éparses qu'ils ont laissées dans leur cabinet qu'il prend la mesure de l'ampleur du désastre.

Il s'occupe successivement de quinze malades qu'il ne parvient pas à sauver, puis il « tombe » malade à son tour[148]. Avec l'aide de son « boy » il décide de s'administrer le traitement « de la Faculté », ainsi que le traitement « créole » faisant référence aux consignes provenant d'un manuel d'un médecin cubain[149].

Les morts sont enterrés dans de la chaux vive, et quand celle-ci vient à manquer la révolte gronde parmi les locaux en charge des enterrements (Domergue-Cloarec, 1986). Une barre particulièrement forte balaie une nuit Grand-Bassam, de la côte à la lagune, retournant les cases et déterrant les corps des « jauneux » qui s'échouent au petit matin dans la Grand rue et ajoute, s'il en fallait, une couche complémentaire d'horreur dans la ville.

Cette épidémie particulièrement meurtrière ne fera pas les titres des journaux français et ne sera rapportée dans les journaux médicaux que trois décennies plus tard, par un Dr Lamy alors proche de la retraite. Ce n'est, explique-t-il, pas faute d'avoir rendu compte verbalement et par écrit en métropole de la situation à Bassam, ni même par manque de télégrammes échangés entre le gouvernement local et le ministère des colonies. Finalement, ce n'est pas non plus faute d'accords internationaux signés visant justement à rendre compte de ces évènements au niveau international. Les enjeux pour la colonie étaient simplement trop importants :

> « Un gouverneur veillait sur la Côte d'Ivoire. Il fallait que cette colonie ne fût pas atteinte dans sa prospérité naissante. Les populations de l'intérieur étaient officiellement soumises, alors que l'on se battait aux environs de Bassam et sur le Cavally ; la maladie, surtout

[148] Cependant, c'est 25 ans et quelques découvertes scientifiques plus tard, à une autopsie qu'il a pratiquée à la demande du gouverneur qu'il attribuera finalement son affection.

[149] Lamy ne donne pas la référence du manuel ou du médecin, peut-être s'agissait-il de Carlos Finlay. Le traitement préconisait de ménager l'estomac et de pratiquer des purgations à l'huile de ricin et des sudations favorisées par des frictions de citrons toutes les heures pratiquées sur l'ensemble du corps. La référence au traitement de la Faculté est l'injection d'huile camphrée, mais Lamy fait surtout référence à la surveillance du niveau d'albumine dans les urines pour jauger chez lui et chez les autres l'avancée de la maladie.

d'allure épidémique, ne pouvait exister dans cette possession française du Golfe de Guinée dont il ne fallait pas arrêter le commerce en décourageant les futurs colons.

Et le silence s'est fait. »

Dr Lamy (1930, pp. 897–898)

En effet, afin de protéger la colonie florissante, le gouverneur et les autorités centrales feront le nécessaire pour empêcher que l'évènement ne soit relayé dans la presse et dans les revues médicales. L'historienne Danielle Domergue-Cloarec précise l'enjeu principal du silence orchestré par l'administration : il ne fallait pas que la nouvelle de cette épidémie ne décourage les colons volontaires au départ (Domergue-Cloarec, 1986). Le traitement de l'épidémie de 1899 entérine une tradition du *silence épidémique*[150] et du sacrifice pour la prospérité de la Côte d'Ivoire.

Les épidémies de Fièvre jaune ne posaient pas problème uniquement à Bassam, mais constituaient un phénomène récurent sur la côte du Golfe de Guinée (notamment à Dakar), au point que certains membres de l'administration coloniale suggèrent d'abandonner le projet de colonisation (Dozon, 1991, p. 138)

1. Le contrecoup quarantenaire

À la terreur des pertes en vies humaines succède le marasme économique provoqué par les mesures de contrôles de l'épidémie. Malgré les volontés de taire l'épidémie de 1899 dans les sphères publiques en Europe, le mot court le long des côtes, encore plus vite que le mal. Lorsque surviennent les épidémies suivantes dès 1902 et 1903, la situation de Bassam est connue et entraine des réactions immédiates des administrations adjacentes[151]. Fidèles aux dispositifs pratiqués en Europe depuis le bas Moyen Âge (Bourdelais, 2003) et standardisés par le règlement sanitaire international du 28 mars 1897, les quarantaines se pratiquent le long de la côte et par-delà les belligérances européennes. Les bateaux français, anglais, allemands, belges et italiens qui passent par Bassam sont arraisonnés. Dans les autres ports de la côte, les vaisseaux en provenance de

[150] Le silence épidémique est parfois utilisé pour décrire la période de latence entre deux épidémies. Dans la thèse j'emploie le terme pour parler de production technique et politique du silence autour du fait épidémique.
[151] La presse française aussi fait écho des épidémies de 1902 et 1903.

Bassam, puis de toute la Côte d'Ivoire, doivent subir des quarantaines. Les bateaux en provenance d'Europe ont quant à eux interdiction formelle de mouiller dans les eaux de la capitale ivoirienne. En conséquence de quoi, Bassam devient une étape à « brûler », une « escale interdite » (Wondji, 1972).

Le commerce déjà perturbé par les morts du personnel, tombe au plus bas. Au-delà de la vente à l'exportation des biens acheminés depuis l'intérieur de terres, la ville de Bassam a toutes les peines du monde à se faire ravitailler par mer en vivres et matériaux nécessaires à sa survie.

Bassam va donc vivre « au rythme des épidémies » et, dans la perspective des commerçants, de la double peine qu'elles entraînent, lorsqu'elles engendrent la maladie et la mort dans les chairs, et lorsqu'elles produisent l'isolement et le marasme économique par le truchement des dispositifs que les autres villes commerciales déploient pour se prémunir du mal. Les commerçants n'auront de cesse de se plaindre des lourdeurs des dispositifs de contrôle, l'affaire est d'autant plus dommageable que sur sa première décennie d'existence, la capitale avait vu son volume d'affaire être multiplié par dix (Wondji, 1972).

Le risque épidémique devient une menace majeure pour la survie de la colonie, dans ses corps et dans ses richesses. Si le risque est établi, l'interprétation de ses causes, socle de toute possibilité d'agir reste ouverte aux interprétations de chacun.

2. Comprendre et se prémunir du mal. L'insoutenable incertitude du phénomène épidémique.

La maladie qui prend les colons de Grand-Bassam va donner corps à des interprétations variées sur son origine et sur les mesures à prendre en compte pour éviter la continuation d'un phénomène épidémique qui menace sérieusement de détruire la colonie. Quelle pouvait être la source du mal ? Le rôle du moustique dans la transmission de fièvres, proposé par le médecin cubain Carlos Finlay

en 1881 ne sera démontrée qu'en 1901, par Walter Reed (Reed, Carroll, & Agramonte, 1901). Mais ce n'est qu'en 1927 que le virus responsable de la fièvre jaune sera isolé à Dakar, dans le laboratoire du centre Pasteur. Nous sommes alors en 1899, bien loin de la « colonisation de la santé coloniale » [152]par les pasteuriens et d'une lecture unifiée des causes de la fièvre jaune.

Les hypothèses sur la cause de la fièvre jaune sont nombreuses et elles pointent souvent vers l'environnement, les mauvais airs, en résonance directe avec la théorie des miasmes, qui prévaut encore au tournant du siècle et cohabite avec la théorie de la contagion microbienne portée par la révolution pasteurienne. On retrouve cette hybridation des registres étiologiques dans la construction des risques par les acteurs concernés. Ainsi le comité d'hygiène de Bassam redoute qu'en saison humide, le vent n'apporte « les moustiques et les miasmes » à même de provoquer de nouvelles épidémies de fièvre jaune (Wondji, 1972). Mais les miasmes, derrière une apparente unité matérialisent leur action dans les interactions que les malades potentiels entretiennent avec la myriade d'éléments qui constituent leur environnement au sens large. Le courant d'air, la température d'un potage, les insectes, le climat, Il faut, suivant les préceptes des hygiénistes, se méfier de tout[153] (Latour, 2001).

L'incertitude qui règne sur les causes, mêlée à la terreur de l'épidémie provoque des réactions de protection très variées dont certaines très violentes. Comme le mal semble passer d'une maison à l'autre, dans le doute, on brule les édifices qui ont abrité des « jauneux » (Wondji, 1972).

L'incertitude règne quant à l'efficacité des mesures entreprises, et, pire encore, que certaines initiatives peuvent être néfastes. En ce sens, les travaux visant à aménager des voiries pourraient faire plus de dégât, que de bien d'après ceux qui, partisans de l'hypothèse tellurique, pensaient que le mal résidait dans le sol, dont il pourrait alors s'échapper à la faveur des coups de pelle. On donnait de la quinine préventivement aux manœuvres locaux chargés de faire des travaux qu'on avait de surcroît pris soin d'organiser en saison sèche (Domergue-Cloarec, 1986).

[152] Voir Latour (2001).
[153] À tel point qu'il est impossible de suivre la multitude d'indications prodiguées par les hygiénistes.

Malgré l'incertitude, des travaux sont entrepris pour combler les marigots, planter des ficus et autres palmiers à la lisière de la ville car ces végétaux sont réputés chasser les moustiques. On construit également des chaussées surélevées. Mais les épidémies reviennent de plus belle, les marigots et les voiries se remplirent d'eau en creux, ce qui favorisait finalement les moustiques. Même les palmiers plantés en devinrent infestés. Les « telluriques » reprenaient leur hypothèse selon laquelle c'était tout le déplacement inconsidéré de terre durant ces travaux qui avait amené l'infection à la surface. Il semblait que les tentatives engagées pour se prémunir du mal n'avaient fait que lui faciliter la tâche sans que l'on comprenne exactement par quel mécanisme. À chaque tentative de protection, l'épidémie se manifestait avec une violence accrue. L'avenir de la colonie s'assombrissait, et quand bien même de nouveaux colons viendraient remplacer ceux qui étaient tombés, ça ne pourrait arranger la situation face à un adversaire de cet acabit :

> « Nous restons sous l'influence d'un génie épidémique qui se réveillera dès qu'on lui fournira un aliment suffisant [des colons] »
>
> Gouverneur de la Côte d'Ivoire au ministre des Colonies,
> lettre du 25 août 1899, cité dans (Wondji, 1972).

Mais l'environnement de Bassam n'est peut-être pas le seul en cause. On soupçonne que les épidémies pourraient provenir de la Gold Coast (l'actuel Ghana) où on les dit fréquentes. Le médecin-chef de service de la colonie, le Dr Mondon, déconseille l'importation de lots d'habits provenant des comptoirs anglais, dont il soupçonne qu'ils puissent avoir appartenu à des « jauneux » (Wondji, 1972). L'« autre » est donc aussi source d'inquiétude. Les locaux, qui semblent aux colons épargnés par la maladie, sont suspectés d'en être les passeurs. La construction d'une « altérité dangereuse » dans la figure de l'Africain est enracinée dans cette période coloniale ou le continent représente un « tombeau pour l'homme blanc » (Dozon, 1991). Comme on l'a vu plus haut, les locaux quant à eux estiment que la fièvre jaune est un phénomène lié aux Européens. Paradoxe de l'altérité dangereuse, au temps fort des épidémies certains Européens partagent cette interprétation, et fuyant leurs compatriotes, vont se réfugier de l'autre côté de la lagune chez des locaux Abouré (Wondji, 1972), les « autres » deviennent alors et pour un temps ceux qui sont restés dans la ville et qui succombent à l'épidémie.

La construction d'un risque diffus et imprévisible va entrainer des changements importants dans la topographie de la colonisation : Ce n'est plus seulement les maisons des *jauneux* qu'il faut laisser aux flammes, il faudrait abandonner la capitale bassamoise pour trouver ailleurs un site moins favorable aux épidémies.

3. Abandonner Bassam

Le sentiment d'insalubrité et du danger épidémique motivera l'abandon de Grand-Bassam comme centre administratif de la colonie (Domergue-Cloarec, 1986; Loucou, 2012; Wondji, 1972). Dès 1899, les administrateurs, dont les rangs ont proportionnellement été plus affectés que les autres corps de colonie, vont à travers la plume du gouverneur plaider pour l'abandon de Bassam comme capitale. Le gouverneur défendait un abandon de la sorte : le personnel administratif n'avait pu enrayer l'épidémie, un agrandissement de la ville agrandirait le risque d'épidémie et nécessiterait plus de personnel, qui serait une proie pour les épidémies. Le seul moyen de rompre ce cercle vicieux était de partir (Wondji, 1972).

Les prospections commencèrent dès l'année 1899, il fallait trouver, non loin de la côte un établissement qui soit susceptible d'être aéré, il fallait en outre penser à démarquer les quartiers en faisant une « ville blanche » et une « ville noire ». (Domergue-Cloarec, 1986). Deux sites retiennent l'attention : celui de Bingerville et celui d'Abidjan qui bénéficient tous deux d'un plateau élevé à plusieurs dizaines de mètres au-dessus des rives lagunaires, lesquels permettraient de s'extraire des terrains proches des lagunes et des marais. Le site d'Abidjan avait par ailleurs été identifié au cours de la même année comme terminus possible du chemin de fer, notamment parcequ'il bénéficie d'un cordon côtier très fin entre la lagune et la mer, ouvrant aussi la perspective d'un canal (Haeringer, 1969). L'affaire fût donc rapidement entendue entre l'administration locale et le ministère des Colonies : dès 1900 l'administration s'installerait provisoirement à Bingerville, en attendant qu'Abidjan puisse être aménagée en nouvelle capitale administrative et économique de la colonie (Loucou, 2012).

Pour autant, les commerçants n'étaient pas prêts à abandonner le site de Grand-Bassam, lequel bénéficiait d'un positionnement idéal pour le commerce. Il se situait à l'embouchure du fleuve Comoé, ce qui permettait un accès privilégié à l'intérieur des terres. Par ailleurs la ville bénéficiait d'un quai nécessaire à l'acheminement des biens transitant par la côte. Les commerçants s'organisent dès 1899 pour tenter de sauver Bassam. Fédérés autour du comité d'hygiène, ils proposent de mettre en place des mesures — là encore hybrides — entre Pasteur et les miasmes, par exemple par la mise en place d'un mur d'arbres protégeant de « l'air malsain » venant du Nord, ou encore par l'assèchement des marais environnants. Ils feront également appel aux journaux français pour tenter de faire pression contre la décision de l'abandon de la ville, mais en vain (Domergue-Cloarec, 1986).

Les travaux d'assainissement qu'ils proposent semblent trop couteux aux administrateurs dont certains trouvent au demeurant les recommandations du comité d'hygiène inutiles, voire dangereuses. Le chef des travaux publics voit dans le mouvement de terre vierge et le sable encore d'autres risques de faire éclore de nouvelles épidémies (Wondji, 1972). Faute d'alternative pour le port, les opérateurs commerciaux vont perdurer jusque dans les années 1930 sur Bassam avant de rallier, avec près de trois décennies d'écart, la nouvelle capitale (Domergue-Cloarec, 1986).

4. Loin de l'eau, loin des autres : La double mise à distance comme fondement de la ville coloniale

Bien avant que l'administration ne s'y installe et que la ville ne devienne la capitale de la nouvelle colonie, Bassam opérait déjà comme port commercial depuis au moins le 17e siècle, de sorte que l'administration s'était accommodée d'une ville préexistante et avant tout faite d'échanges, de brassages de biens et de personnes (Domergue-Cloarec, 1986). Cette contrainte pour l'administration n'était pas propre aux comptoirs. Le fait de devoir traiter avec des villes ayant leur histoire, comme par exemple les villes d'Europe dont les centres étaient constitués de rues sombres

et tortueuses représentaient un cauchemar pour les urbanistes et autres « hauts modernistes » du 19e siècle (Scott, 1998).
L'abandon de Bassam va donner libre cours à l'administrateur pour fabriquer une ville nouvelle de fond en comble. Les plateaux de Bingerville puis d'Abidjan, permettront de garder un pied près de la côte tout en s'éloignant des lagunes à la verticale. Le plateau de Bingerville, déjà occupé par les villages Akouè-Santey et Akouè-Adjamé, seront « déplacés » suite à une vive confrontation avec les Ébrié. Il en sera de même sur le plateau d'Abidjan où les villages ébrié de Cocody, Santey et Locodjro sont déplacés (Loucou, 2012). Le premier quartier d'Abidjan se constitue donc sur un premier « déguerpissement ». À partir de ce moment, Abidjan se scinde en ville blanche au Plateau et la ville noire, au sud, à Treichville séparé par la lagune, et au Nord, à Adjamé séparé par une garnison militaire qui contrôle les allées et venues (Steck, 2005).

Abidjan nait donc d'une double injonction, celle d'une mise en valeur du potentiel économique de la colonie et de la protection sanitaire des administrateurs. Ce deuxième volet consiste en des stratégies de double éloignement des entités perçues comme susceptibles de faire passer, sans que l'on ne sache vraiment comment, les épidémies : l'environnement grouillant de la lagune et des marais par l'installation sur les plateaux de Bingerville puis d'Abidjan ; les populations africaines par leur exclusion desdits plateaux et l'organisation d'un espace citadin ségrégé.

Même lorsque la révolution pasteurienne est consommée et que les causes potentielles des épidémies sont réduites à quelques facteurs, la logique au fondement d'Abidjan cristallisée dans le double éloignement du Plateau perdure dans le siècle nouveau. Symbole de la modernité, rempart contre la vie grouillante des basses côtes, les administrateurs du Plateau coloniaux puis post-indépendants n'auront de cesse de repousser ce qui serait contraire au modèle d'une ville moderne, à l'occidentale. La modernisation de la Côte d'Ivoire va pousser à l'application du modèle du Plateau aux autres quartiers de la ville, le Plateau et ses logiques vont donc déborder sur la lagune et repousser la frontière interne entre une Côte d'Ivoire moderne et dépassée, l'outil premier de cette progression est le déplacement des populations qui s'appellera progressivement « déguerpissement ».

5. Abidjan ville vitrine

Dans la perspective du pouvoir qui le manie, le déguerpissement a pour but de restituer un espace occupé et dont l'utilisation a été détournée par les occupants. Une des sources de l'occupation de l'espace public proviendrait d'un manque de discernement supposé entre l'espace public et l'espace privé par ceux qui arriveraient du village (Bouquet & Kassi-djodjo, 2014), ou encore de l'attachement à des formes de solidarités lignagères ou ethniques qui devraient laisser place aux solidarités « de la ville » (Leimdorfer, 1999).

Prérogatives d'une ville vitrine

Dans le courant du 20e siècle et de l'administrateur colonial au pouvoir indépendant, le plateau va devenir la vitrine de la colonie puis du pays qui vise le développement économique. Le « petit Manhattan » va être le support pour l'imposition de modèles occidentaux dont les tours sont l'élément le plus saillant. C'est largement sur l'image du plateau que va se construire l'image de la « perle des lagunes », ou la « Suisse de l'Afrique de l'Ouest ». De cette vitrine on s'emploie à chasser toutes les formes d'occupation et d'utilisation de l'espace jugées contraires à l'image d'un quartier à l'occidental. Ainsi les *gbakas* y sont chassés puis formellement interdits à partir de 1977. Il s'agit de faire reculer l'informel « pour ne pas avoir honte » comme le dira un élu local dans la presse ivoirienne des années 1970. Cette ségrégation pratiquée sur le Plateau n'est pas sans rappeler les mises à l'écart des « classes dangereuses » en Europe (Steck, 2005).

Ces logiques hybrides remplacent la ségrégation coloniale, mais continuent de chasser ce qui parait trop « Africain ». Si elles sont particulièrement aigües dans le Plateau, elles vont également s'appliquer à divers degrés au reste du territoire Abidjanais, au fur et à mesure que l'État y resserre son emprise. Ces logiques vont également entrer en résonnance avec la labélisation des groupes à risque contre le choléra, le « déguerpissement » de ces groupes deviendra une tentation persistante et une toile de fond du rapport de ces groupes à l'État.

Imposer les critères d'une vision d'État

La tradition des déplacements de population initiée au Plateau va se poursuivre dans la capitale tout au long du 20e siècle. Dans la ville d'Abidjan, il y a en effet peu de place pour « l'initiative privée populaire » dans la création de la ville, prix à payer pour qu'Abidjan soit la « perle des lagunes » (Armand, 1988). Les standards de salubrité et de conformité à l'esthétique de la ville sont garantis par la nécessité de valorisation des concessions, qui peuvent, en cas de non-respect, valoir une expropriation. En effet, le « droit de cité » sur Abidjan n'est pas une garantie foncière, mais il est jaugé par une série d'indicateurs (Haeringer, 1969) :

(i) Conformité du parcellaire à un plan d'urbanisme
(ii) Réalisation du plan et des travaux afférents
(iii) Statut juridique des parcelles
(iv) Qualité de leur mise en valeur

On voit donc que la terre en ville ne s'approprie que si elle s'aligne avec la volonté générale du pouvoir central. La mise à l'écart de l'autre, la réappropriation d'un espace par l'État peut revêtir différentes formes, mais, dans le contexte ivoirien il est généralement exprimé par le concept de « déguerpissement ». Le déguerpissement fait référence à la pratique d'expulsion des occupants d'un espace public par une autorité administrative. En Côte d'Ivoire, cette pratique a déjà lieu pendant l'ère coloniale. Elle va perdurer pendant les indépendances ou elle vise à rectifier le « désordre urbain » (Bouquet & Kassi-djodjo, 2014).

Le déguerpissement peut prendre pour cible deux principales formes d'occupation de l'espace jugées informelles. Il s'agit d'une part les activités informelles de valorisation de lieux passants : encombrement des trottoirs, des carrefours par les étales ou les bassines de vendeurs, des ateliers de menuiserie de rue, des gares de *wɔrɔ wɔrɔ*[154].

D'autre part, les déguerpissements peuvent cibler l'habitat. Il peut s'agir de « baraques » (en bois), du « construit évolutif », des villas, mais également des immeubles[155] construits sans autorisations

[154] Des taxis collectifs informels à parcours fixe, *woro* est un emprunt du dioula *wɔɔrɔ* (lit. six) faisant référence au nombre de pièces de 5 francs CFA dont il fallait s'acquitter pour la course. Communication personnelle de Moussa Doumbia en 2016, alors doctorant en sociolinguistique au département des Sciences du Langage de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan.

[155] La nature des constructions est certes limitée par les moyens du constructeur, cependant le choix des matériaux peut aussi revêtir des considérations d'anticipation, on peut alors voir des fonctionnaires construire en « coupé cloué »

sur des aires qui sont soient réputées inconstructibles pour motif de dangerosité (versants de falaise à risque d'éboulement, situés sous les lignes à haute tension, ou plus récemment sur des portions de rivages identifiés comme à risque d'érosion côtière) ou parce qu'ils sont des réserves d'État.

Quand bien même l'habitation serait située sur une parcelle aux normes et non contestée, le propriétaire doit mettre en valeur celle-ci, faute de quoi la propriété pourrait être remise en cause par l'État.

Une administration pragmatique : le relativisme dans la gouvernance du territoire

Malgré la volonté d'appliquer des normes de construction et un plan d'urbanisme digne de la charte d'Athènes (Haeringer, 1969), les représentants de l'État successifs ont dû revoir à la baisse leurs espérances de contrôle des territoires et de leur usage par les populations.

Ceci est dû en partie à un accroissement démographique excédant tous les pronostics de « densification », , de 50,000 en 1948 à 400,000 en 1966, la population doublant tous les six ans (Haeringer, 1969), Abidjan continue de croitre de 10 % par an jusque dans les années 1980 (Armand, 1988).
En quelques sortes victimes de leur succès, les gestionnaires de la ville d'Abidjan doivent composer avec les prérogatives d'une ville vitrine et celle d'une croissance démographique qui dépasse de loin la capacité de lotissement et d'aménagement du territoire.

Inventé pendant la colonisation et abandonné graduellement après l'indépendance, le permis d'habiter représente une tentative pragmatique de ménager la vitrine et de contrôler l'installation de populations et l'attribution des espaces. Gratuit et révocable, d'abord intransférable, il permettait de garder un semblant de formalisation pour l'occupation d'espaces non lotis par les pouvoirs publics. Par contre, ne demandant pas en contrepartie de gages de mise en valeur du terrain, il n'incitait pas au maintien de la salubrité des parcelles occupées. Dans les années 1960 Haering

(bois), anticipant un déguerpissement qu'ils jugent à terme inévitable. De même la décision de construire des étages en dur sur une réserve, à première vue illogique, peut s'avérer payante dans la mesure où sa destruction demande la mobilisation d'engins et de savoirs spécifiques, et qu'elle permet dans certains cas de négocier un dédommagement.

(1969) note qu'entre les quartiers à concession et les quartiers a permis d'habiter, on pouvait très facilement voir la nuance, entre le dur et le torchis. Nous reviendrons sur cette distinction.

On peut également constater des inflexions de la rigueur l'État et de ses prérogatives sur l'espace public en fonction du contexte de la venue au pouvoir des décideurs et même du contexte international.

Le déguerpissement des commerces informels a été pratiqué au long des différents pouvoirs, le plus fréquemment employé, tandis que le déguerpissement d'habitats est plus sporadique, on le retrouve par exemple sous l'ère coloniale, avec toutefois des trêves pendant les guerres mondiales ; on se garde alors de déguerpir sous motif de manque de valorisation de l'espace : ce devoir étant difficilement tenable étant donné l'embargo sur l'importation de matériels de construction (Haeringer, 1969). Les déguerpissements de quartiers entiers auront de beaux jours sous le régime d'Houphouët, ainsi qu'après le coup d'État réussi du Général Gueï de 1999 avec notoirement l'expulsion du Gobelet en 2000[156] (Bouquet & Kassi-djodjo, 2014). Dans le temps de la crise débutée en 2002 et culminant par le conflit électoral de 2010, Laurent Gbagbo aura largement abandonné l'idée de déguerpir des quartiers informels, de même il aura relativement peu recours au déguerpissement des lieux d'exercice d'activités informelles. Faute de pouvoir améliorer la situation économique (la croissance devient parfois négative), le « boulanger d'Abidjan » [157] adopte le laisser-faire vis-à-vis de « l'affairage » sur le domaine public, attitude qui se veut comme une soupape au mécontentement social, ce qui ne signifie toutefois pas que l'État abandonne les lieux : de nombreux espaces publics ainsi investis deviennent des arènes de la propagande du pouvoir (Bouquet & Kassi-djodjo, 2014). Parce qu'il entraine un « grincement » particulièrement important parmi les populations délogées, le déguerpissement d'habitats est pratiqué avant tout par les régimes dont l'assise du pouvoir est faite. Ainsi, on constate un retour en force de cet outil dans la Côte d'Ivoire post conflit électoral, comme nous le verrons plus en détail dans la section suivante.

[156] Le Gobelet est un quartier spontané qui s'est formé à plusieurs reprises dans le ravin qui sépare « les Deux Plateaux », un quartier cossu de la commune de Cocody, qui héberge certaines ambassades ainsi que la « rue des jardins » dans laquelle se situent de nombreuses boutiques et enseignes internationales. Suite au déguerpissement de 2000, il sera expulsé à nouveau en 2014, voir Banégas (2018).
[157] Laurent Gbagbo est parfois appelé ainsi du fait de sa capacité « à rouler ses adversaires dans la farine ».

On le voit bien du fait des prérogatives de la ville, du pragmatisme résigné d'administrateurs conscients de leur incapacité à aménager à hauteur de l'accroissement de la ville, l'usage d'un territoire et sa propriété est rarement acquise, de même le plus informel des quartiers peut le cas échéant se voir loti. C'est ainsi que certains quartiers spontanés comme *Abobo* ou *Williamsville* se sont constitués de déguerpissements d'autres lieux spontanés d'Abidjan et ont finalement été lotis par l'État.

Conflit négociation : le mille-feuille des légitimités

De ces normes pratiques fluctuantes du foncier découlent des « conflits-négociations » entre les autorités et les utilisateurs de l'espace public, dont le déguerpissement n'est qu'une issue éventuelle (Leimdorfer, 1999). Ces conflits-négociations peuvent s'étirer dans le temps, sur la base d'un millefeuille de légitimités contradictoires (de durée d'occupation, d'identité des occupants, de l'utilisation/valorisation de l'espace…). Si les occupations relèvent souvent autant de « l'accaparement » ou de « l'occupation anarchique » de terrains, elles correspondent à une palliation du manque d'État, et s'exercent souvent sur des terrains « en réserve » et donc inutilisés pour de longues périodes. Sur ces terrains les prérogatives de l'État se voient contestées par le manque avéré de travaux auquel étaient destinés les espaces.

A l'ombre des lotissements : naissance d'une bourgeoisie d'État

L'espace politique d'Abidjan offre une particularité additionnelle concernant les conflits entre la population et l'État et ses prérogatives sur l'espace. En effet les autorités peuvent bien se plaindre de l'utilisation anarchique de l'espace par nouveaux venus, cependant les prérogatives normatives de l'État se heurtent aussi à des sources de pouvoir qui lui préexistent. En effet, les « villages » ébrié précédent la ville d'Abidjan. Leur régime d'occupation du sol ne découle pas du droit, mais il n'y contrevient pas non plus. Le déplacement de ces villages, acte fondateur du Plateau en début du 20e siècle, va se poursuivre notamment sur le fondement du décret du 15 novembre 1935 qui indique que les pouvoirs publics peuvent occuper des terres que l'administration jugerait utile à l'agrandissement des centres urbains ou des travaux d'intérêt général. C'est ainsi par exemple qu'à la Riviera s'est construit un quartier luxueux sur les terres du village Ébrié d'*Anono*, où la

compensation pour les terres n'ont pas dépassé les 1500 FCFA (2,20 €) du mètre carré, terrains destinés à la construction d'habitations en dur dont la location mensuelle oscillera à l'époque entre 400,000 FCFA et 500,000 FCFA (610 € à 762 €) pour les appartements de 4 à 5 pièces (Armand, 1988).

La constitution d'une bourgeoisie d'État Ivoirienne dans la deuxième moitié du 20e siècle tient pour beaucoup à la rente dégagée par ces opérations mobilières planifiées et permises par l'État et mises en œuvre à leur profit par des particuliers proches du pouvoir. Ceux-ci sont le plus souvent issus de l'ethnie Baoulé, à laquelle le président Houphouët-Boigny appartient, mais aussi Bété dont sont originaires les grands propriétaires terriens de l'Ouest où se concentre au demeurant l'essentiel de l'activité cacaotière (Armand, 1988). De manière générale la pénurie des lots entraine une sélection de ceux qui peuvent avoir accès à la propriété parmi les plus fortunés, de sorte que très tôt, sur Abidjan les mieux lotis peuvent amasser le capital économique et social nécessaire à l'accession à la propriété. Les classes supérieures et la classe moyenne émergente et les fonctionnaires sont les premiers récipiendaires de quartiers viabilisés sous l'ère Houphouëtienne. Tandis que les autres se résignent pour beaucoup à louer ou à s'installer dans des quartiers spontanés ne sachant combien de temps ils pourront y demeurer (Haeringer, 1969).

À partir des années 1980 le modèle ivoirien va être impacté de plein fouet par la chute des cours du cacao et les ajustements structurels impulsés par les institutions de Bretton Woods. À la suite du décès du président Houphouët, la crise de l'ivoirité va donner lieu à une longue période de troubles en Côte d'Ivoire. Pendant celle-ci la pression sur le foncier va se tarir.

6. La paix par l'émergence économique : le retour de la vitrine

Le conflit post électoral, qui aura couté la vie a plus de 3,000 personnes entre janvier en mars 2011, est la culmination d'une crise démarrée en 2002 et qui a vu le pays se scinder en deux sur une « ligne de confiance ». Alassane Ouattara, candidat vainqueur du conflit post électoral de début 2011 aura pour mission de stabiliser le pays et de travailler à la réconciliation d'une société minée par les conflits fonciers, politiques et identitaires.

Économiste de formation ayant fait carrière au FMI, Alassane Ouattara fait le pari de sortir la Côte d'Ivoire de la crise par la croissance économique. Ainsi pendant sa campagne pour les élections nationales de 2010, il affiche son objectif de faire de la Côte d'Ivoire « pays émergent » à l'horizon de 2020. Notons que la notion de pays émergent ne correspond pas à une définition précise et qu'elle varie d'une institution à l'autre. Le pari cependant est le suivant : la reprise des activités dans un contexte relativement apaisé et la production des richesses accrues permettrait de surpasser les clivages qui ont miné le pays au moins depuis la fin du régime d'Houphouët-Boigny, mort en 1993.

Pour Francis Akindes (2017) cette volonté de résilience par la croissance représente une « machine anti politique » dans la mesure où elle met tout en œuvre pour faire autre chose que d'entamer un véritable dialogue qui permettrait à la société ivoirienne de « comprendre ce qui lui est arrivé ». Elle donne également à voir une croyance presque aveugle dans les vertus du libéralisme et dans la capacité du ruissellement par le bas à redistribuer les richesses. Les doutes dans la redistribution se renforcent effectivement dans le second mandat de Ouattara. Dans la pratique, la Côte d'Ivoire enregistre des scores importants de croissance de l'ordre de 8 à 10 % par an à partir de 2010, faisant de l'économie ivoirienne l'une des plus vigoureuses au monde. Cependant nombreux sont ceux qui dans la population se plaignent de l'écart entre les annonces de croissance et leur pouvoir d'achat en berne. En début de deuxième mandat, les augmentations des tarifs de l'électricité donnent lieu ainsi lieu à des émeutes. Ces démonstrations du mécontentement populaire sont sitôt interprétées comme des menaces politiques sérieuses, aussi bien par un gouvernement qui amasse

immédiatement des troupes dans la capitale ainsi que par les opposants, qui soufflant sur les braises de la contestation sociale espèrent voir s'opérer un soulèvement des classes populaires. Celui-ci, passant par-dessus les oppositions centrées sur les identités ethniques et religieuses, pourrait se consolider autour de la perception d'une classe qui capterait les fruits de la croissance économique (Akindes, 2017) et qui serait, elle, bel et bien « émergente ». C'est bien la bourgeoisie d'État et la violence de classes que Banégas (2018) entrevoit dans les plans d'aménagement d'un quartier de luxe en lieu et place du quartier précaire du Gobelet récemment déguerpi en 2014.

Attirer le monde

La construction d'une sortie de crise par l'émergence réside en large partie sur l'attrait d'Investissements Directs Étrangers (IDE) et l'installation subséquente d'entreprises internationales sur le sol ivoirien, à même de créer de la valeur ajoutée, des emplois, des entrées fiscales. Dans un marché globalisé les États Nations sont en compétition pour la captation de ces investissements, qui se remportent sur des critères variés de coût de la main d'œuvre et des matières premières, de débouchés dans le marché interne, mais aussi de critères bien plus suggestifs comme le climat des affaires, la stabilité du pays, la bonne gouvernance et l'efficience de ses infrastructures, autant d'indicateurs que de nombreux économistes des institutions de Bretton Woods (comme le Dr Ouattara plus tôt dans sa carrière) s'échinent à mesurer d'un pays à l'autre. Les pays candidats aux investissements sont au coude à coude et développent une « marque pays », une image projetée qu'ils pensent favorable à l'attrait des investissements. La construction de l'image d'un pays pacifié, organisé, ouvert au monde et prêt à mettre en œuvre des ouvrages conséquents entraine un regain de disciplinarisation des territoires et des individus qui les occupent[158]. Ces efforts de construction d'une marque pays se revigorent dans le cadre du

[158] Cette image de pays stable devient également un enjeu dont les soldats « mutins » s'emparent en 2016 et 2017 pour faire plier le pouvoir dans le paiement des « primes » promises du temps où ils étaient encore des rebelles. Le discours que Ouattara donne à leurs représentants en mai 2017 illustre bien la place centrale qu'occupe l'image de la Côte d'Ivoire relayée à l'international : « Je voudrais vous dire […] que ces événements du mois de janvier m'ont meurtri, m'ont véritablement fait mal. Comme vous le savez le 7 janvier j'avais été invité par le président élu du Ghana, pour son investiture, et il m'avait conféré le titre d'invité d'honneur, parce que pendant sa campagne le président Nana Akufo-Addo avait comme thème de dire aux Ghanéens : 'si vous m'élisez président, je ferai du Ghana, ce que le président Ouattara est en train de faire de la Côte d'Ivoire'. Voyez-vous la fierté que nous pouvons ressentir avec de tels propos. Et évidement je suis allé et j'ai eu à prendre la parole comme invité d'honneur et cela était un événement perçu mondialement pour la Côte d'Ivoire et pour notre peuple comme étant le summum du rayonnement pour notre nation. Évidement c'est pendant cette période que ces événements malheureux [les mutineries] ont eu lieu. C'est vous dire à quel point ces événements m'ont fait mal […] la stabilité de la Côte d'Ivoire a été mise à mal, quand on lit la presse internationale […] je vous demande que cela ne se reproduise plus, que ce genre de manifestation qui perturbe

mouvement vers l'émergence, mais ils sont fort anciens, on peut en voir l'illustration archétypale dans l'application d'une couche de goudron neuve sur les routes à l'occasion de la visite d'invités internationaux, pratique répandue dans de nombreux pays du Sud global.

Le retour de la vitrine

Dans ce cadre tout ce qui est perçu comme relevant de l'informel, de l'insalubre, et tout ce qui irait contre l'image d'une ville d'un standing international serait donc non seulement un désagrément, voire un risque sanitaire, mais également un risque d'entrave au potentiel d'accomplissement économique du pays et donc, suivant la logique de sortie de crise de Ouattara, une menace au socle de paix du pays. On trouve ici une revitalisation des prérogatives de l'État sur l'usage des espaces publics, Abidjan redevient le lieu de « projection matérielle d'un urbanisme technocratique » une réminiscence de la vitrine de la vision d'une Côte d'Ivoire moderne existant depuis Houphouët (Couret, 1997).

Le déguerpissement sous Ouattara

Le déguerpissement va être un outil central du régime Ouattara qui va monter en intensité entre la prise de pouvoir et son second mandat. Comme le relate Bouquet (Bouquet & Kassi-djodjo, 2014) au cours du premier mandat, l'utilisation de déguerpissement dans ces débuts de régime vise deux cibles particulières. Le premier vise à la destruction des symboles du pouvoir passé, l'autre à l'expulsion des activités informelles sur les voiries. Concernant le volet de destruction des symboles politiques, il concerne tout d'abord la *Sorbonne*, haut lieu de la propagande du régime de Gbagbo et de la pensée de l'*Ivoirité* installé dans un immeuble en plein cœur du Plateau, mais également des installations informelles de la FESCI [159]sur le campus de l'université de Cocody, dans Yopougon, la cité ethnopartisane acquise au « sud ». Le régime s'emploie également à détruire la rue *Princesse*, dont la sulfureuse réputation dépasse les frontières (officiellement c'est pour

la paix sociale, qui effraie les ivoiriens, qui effraie ceux qui veulent venir investir et visiter notre pays, je veux compter sur vous pour que cela ne se reproduise plus. » Transcription de l'auteur du discours de Ouattara du 12 mai 2017, audio accessible à l'url : http://news.abidjan.net/v/36107.html, consulté le 2 Juillet 2019.

[159] La Fédération Estudiantine et Scolaire de Côte d'Ivoire, dirigée en leurs temps par Laurent Gbagbo puis par Charles Blé Goudé est considérée comme un incubateur politique.

tapage nocturne que la rue sera détruite)[160]. Le deuxième type de déguerpissements se tourne de manière récurrente vers le désencombrement des voiries par l'expulsion des commerçants informels.

Les pratiques vont commencer à changer sur la fin du premier mandat de Ouattara, aux alentours des années 2014, à partir desquels le pouvoir va sévir contre des zones d'habitations « spontanées » installées sur des réserves d'État ou dans des conditions jugées dangereuses. Le cas emblématique est celui du Gobelet, situé dans le quartier huppé du vallon, déjà déguerpi en 2000 et réinvestit depuis (Banégas, 2018), mais aussi au sud le déguerpissement de petit Bassam, non loin de Vridi, où 213 hectares d'habitations ont été ainsi rasés (Comoe & Ozer, 2016). D'autres acteurs du monde informel, tels que les pêcheurs piroguiers, et a plus forte raison qu'ils sont labélisés comme porteurs d'une maladie « du passé » comme le choléra, deviennent des cibles privilégiées des opérations de « grand ménage » dans la ville. Cette tension centrale au sein du quartier Zimbabwe sera l'enjeu central des deux prochains chapitres (9 et 10).

Oulotto comme figure du déguerpissement

Ancienne enseignante, Anne-désirée Oulotto s'engage et fait une progression fulgurante dans les échelons du Rassemblement des Républicains (RDR). Directrice de Cabinet pour le ministre Ibrahim Cissé Bakongo en 2007, elle devient une figure publique majeure lorsque deux ans plus tard, le candidat Alassane Ouattara la désigne comme porte-parole pour sa campagne. Sa poigne, son franc parlé et ses origines Bétés (par son père) sont de formidables atouts pour attaquer le discours d'un Gbagbo qui compte sur la fracture Nord/Sud du pays. Ouattara élu, elle sera nommée ministre de la salubrité urbaine, fonction à partir de laquelle elle lancera dès 2011 des programmes nationaux tels que « pays propre ». Son penchant pour le déploiement de déguerpissements, d'abord de commerces informels, puis d'habitats, auxquels elle prend parfois part personnellement équipée de bottes et d'un casque, lui valent rapidement le surnom de « maman bulldozer ». Ce nom est à la croisée des traits que lui prêtent ses détracteurs et ses partisans, ceux d'une force destructrice, ceux d'une mère de la nation qui veut le meilleur pour ses enfants et corrige ceux qui

[160] « Le ministre de la salubrité Anne Ouloto fait le bilan à mi-parcours de l'opération « Pays Propre », Abidjan.net TV, 13 août 2011 https://www.youtube.com/watch?v=tiDT95VjxnY consulté le 04 Avril 2019.

par leur comportement mettent en péril leurs propres personnes autant que le bien commun. Un nom que d'ailleurs elle ne rejette pas puisqu'il arrive que ce soit ainsi qu'on s'adresse à elle au cours d'interviews de presse[161].

Conclusion

La mise à l'écart de l'autre, insalubre et informel trouve un ancrage historique dans la création même de la ville Abidjanaise. Celle-ci se fonde par la fuite de Bassam, ville épidémique, sur la pratique d'un double éloignement de l'autre, Africain et de l'environnement lagunaire dont on présume qu'ils sont porteurs du mal épidémique. Les logiques à l'œuvre dans le Plateau d'origine vont se répandre dans le reste de la ville disciplinée en vue de l'émergence. L'autre porteur d'un amalgame d'informalité et d'insalubrité doit être mis à l'écart, au moyen des déguerpissements pour ne pas contaminer la ville vitrine, nécessaire à une émergence économique élevée au stade de garantie de la paix pour le pays. Ces logiques s'expriment clairement autour d'un épisode cholérique récent affectant les pêcheurs piroguiers, informels et étrangers vivant dans un hotspot du choléra sur Abidjan, que l'on a ouvert à la perspective ethnographique (chapitre 9). Des années après la fin de la flambée cholérique, ces logiques continuent de travailler le quartier et la place de ses habitants dans la société ivoirienne émergente, mettant en valeur de nouvelles formes de politisation du phénomène épidémique (chapitre 10).

[161] Esprit, « Rencontre d'Esprit : Anne OULOTO, Son combat pour l'environnement », Esprit, 28 avril 2017, http://news.abidjan.net/h/614121.html consulté le 12 mai 2017

Chapitre 9 : Le choléra au temps d'Ebola. La Côte d'Ivoire post-conflit face aux épidémies

> « Cette année il y a eu 38 cas confirmés dans l'épidémie d'Ebola au Congo. Je pense que l'OMS a mis 60 millions sur la table, donc deux millions par patient.
> Il y a eu 35 000 cas de choléra l'année dernière au Congo, il faudra poser la question à l'OMS : 'Combien de millions ont-ils mis sur la table ?' »

Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2017

Dans le cadre de la préparation du terrain auprès des pêcheurs piroguiers, au sein de la zone de surveillance du choléra nous avons échangé avec différents responsables de la santé publique en Côte d'Ivoire. Nichée sur la base de la collaboration existante en matière de surveillance du choléra, la préparation d'une étude anthropologique de petite envergure auprès d'une population à risque était dans la majorité des cas accueillie positivement ou sans intérêt particulier par nos partenaires institutionnels ivoiriens. Cependant, l'un d'eux, que l'on appellera le Dr Fulgence [162]questionna la pertinence du site choisi :

> « Mais pourquoi voulez-vous enquêter dans ce quartier-là en particulier ? »

Les jambes croisées, les paumes tournées vers le haut, le médecin de santé publique arborait un sourire en me posant cette question. Je tentais de répondre, en expliquant que le quartier se trouvait dans la zone de surveillance renforcée du choléra que nous avions mis en place avec les équipes du

[162] Les noms des interlocuteurs ont été changés. Les noms choisis ne reflètent pas forcément l'origine ethnique ou le genre des interlocuteurs rencontrés.

ministère de la Santé, que ses collaborateurs sur le terrain nous avaient soutenus, que le quartier de pêche était particulièrement à risque pour le choléra et c'était donc l'opportunité pour nous d'accompagner les données épidémiologiques par des entretiens auprès des habitants. En somme nous souhaiterions mieux comprendre comment ceux qui sont identifiés comme vulnérables perçoivent la maladie, comment ils s'en prémunissent.

Il me répondit du tac au tac :

> « Mais ces gens savent comment se protéger du choléra, nous faisons fréquemment des campagnes de sensibilisation, seulement ils ne suivent pas ces recommandations, que voulez-vous y faire ? »

Sentant mes collaborateurs se crisper, je tentais :

> « Il arrive que les recommandations ne soient pas facilement applicables ou comprises, d'autant que l'accès à une eau potable n'est sans doute pas optimal dans le quartier… »

Il conclut :

> « Vous êtes jeune, si vous voulez allez-y, faites votre étude avec les entretiens. Mais vous verrez de vos propres yeux : les gens se plaignent de l'état de ce quartier précaire, mais ils choisissent d'y rester. Au lieu de payer un peu plus ils restent dans ce quartier précaire alors qu'ils ont les moyens d'aller ailleurs : leurs toits sont remplis de paraboles Canal plus. Vous verrez. »

À ce moment, j'acquiesce, le remercie et me tais. Mes collègues épidémiologistes soulignent l'intérêt de ces études pluridisciplinaires et bifurquent sur les divers résultats (*livrables*) attendus du projet dans son ensemble, en termes de données épidémiologiques, mais aussi de publications, d'opportunité de disséminer les résultats à l'international.

Cette conversation qui remonte à 2013 et que j'ai reconstituée de mes notes et de mes souvenirs, marque les prémices d'un terrain qui commença véritablement l'année suivante, en 2014, dans le quartier de Vridi 3 à Abidjan dit quartier Zimbabwe.

Cet échange nous a involontairement permis d'aborder de manière frontale le rapport conflictuel entre ces populations et les administrateurs en santé publique et de nous interroger sur la légitimité de leur présence au cœur d'Abidjan. Quelles logiques sont à l'œuvre pour que ces populations demeurent dans un quartier manifestement sous-équipé et régulièrement en proie aux épidémies ? Par extension, nous serons amenés à nous interroger sur l'histoire du peuplement de ce quartier spécialisé dans la pêche, de son intégration dans le marché et de sa place dans la société ivoirienne post crise électorale. Enfin, la représentation négative de ces populations présuppose un stigmate existant à leur encontre dont il s'agira de dresser les contours et la prévalence dans les discours des différents acteurs sociaux fréquentant ou régissant le quartier. La rationalisation de l'exposition de ces populations à la maladie en raison d'une supposée non-adéquation aux mesures d'hygiène interroge également sur les réalités économiques, sociales et politiques en œuvre. Celles-ci, moins visibles et dicibles, ne peuvent émerger que par une observation participante. Enfin cet échange laisse entrevoir une pluralité des discours sur la vulnérabilité face à la maladie et appelle à une approche en termes d'écologie politique du risque choléra.

1. Le choléra au temps d'Ebola

En cette fin de premier trimestre 2014, nos collaborateurs guinéens ne répondaient pas. C'était inquiétant, car nous devions prendre les billets d'avion pour que leurs points focaux puissent participer à la réunion du consortium Africhol que nous organisions pour juin, en Ouganda. L'absence de la Guinée serait d'autant plus dommageable que son point focal, le Dr Sakoba, était depuis deux ans une star du monde du choléra, il avait réussi ce que d'aucuns pensaient impossible : introduire un nouveau vaccin oral contre le choléra pour contrôler une épidémie en cours sur Boffa et Forécariah (deux villes situées en Guinée maritime). Une première en Afrique, et, qui plus est, en Guinée dont l'état de délabrement des infrastructures sanitaires aussi bien que routières et de chaîne de froid était notoire. Qui allait pouvoir présenter les résultats de l'efficacité du vaccin aux experts internationaux, impatients ?
La réponse vint rapidement dans un mail concis : ni le Dr Sakoba ni aucun de ses collaborateurs ne pourraient participer à la réunion du consortium : contre toute attente une épidémie d'Ebola venait de démarrer en Guinée et ils étaient tous mobilisés jour et nuit pour y mettre un terme.

Courant 2014 la très médiatisée épidémie et les dispositifs visant à son contrôle (Le Marcis 2017) s'installèrent en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria. En Côte d'Ivoire, limitrophe, l'attention était rivée sur l'ouest du pays. Une série de mesures préventives furent mises en place, dont l'interdiction de chasser et de consommer de la viande de brousse, la fermeture des frontières terrestres avec le Libéria et la Guinée. Les mesures annoncées par le gouvernement s'avéraient musclées. Toutefois, au quotidien, le vécu de l'épidémie menaçante, ou plutôt le vécu de l'absence d'Ebola en pays limitrophe était plutôt l'objet d'une attention flottante concernant les rumeurs de nouveaux cas, et un sujet à plaisanterie récurrent, y compris parmi les personnels médicaux et de santé publique. Dans les milieux médicaux et des ONG, l'intérêt se reflétait également dans l'arrivée de projets spécifiques à Ebola et de nouveaux partenaires en santé publique dans le pays. Un certain nombre d'ONGs qui par ailleurs commençaient à plier bagage (Fouquet, 2017) suite à la stabilisation du pays trouvent alors dans la prévention Ebola une nouvelle manne de travail et de financements. Il était alors commun de faire référence au « mangement Ebola » pour décrire cette

manne alimentant des projets jugés parfois superflus ou pour des rémunérations parfois très élevées, le tout pour combattre un ennemi qui n'était pas là. Au sein même des équipes sanitaires, le virus était combattu par l'ironie et la prise de risque mesurée. Ainsi Samuel qui avait passé la matinée à parcourir un quartier, le mégaphone à la main pour disséminer les recommandations d'hygiène et d'interdiction de manger de la viande de brousse, me donne un jour rendez-vous pour manger au maquis (restaurant populaire ivoirien). Il me dit qu'il cherche son agouti, ainsi il demande à chaque cuisine « vous avez la sauce Ebola ?! », dépité il se rabat sur un *gouagouassou*[163] poisson fumé, il me dit que si c'est bien cuit il n'y a aucun problème avec la « viande de brousse ».

Pour le petit monde des ONG, c'était une question de temps, d'ici à ce que des malades passent la frontière. Le pays aurait l'avantage de mois de préparation, mais l'apparition de cas était perçue comme presque inéluctable. Un rapport d'une mission exploratoire dans l'Ouest de Médecin du Monde en particulier contribua à semer une relative panique. À la question « que ferez-vous si des cas d'Ebola survenaient dans votre village/ville ? » une majorité des répondants avait opiné qu'ils partiraient immédiatement vers l'Est, vers Abidjan, laissant craindre une propagation fulgurante de la maladie.

Objet de plaisanteries ou de préoccupations véritables, Ebola était en tous cas devenu un thème familier dans le quotidien ivoirien de 2014 à 2015. Surtout, au fil des mois qui passaient depuis sa déclaration en Guinée, la non-arrivée d'Ebola en Côte d'Ivoire devint une source de fierté nationale, que l'on pouvait percevoir dans les discours de sensibilisation et les allocutions télévisées. À l'instar du retour des investisseurs internationaux, ou de la construction du troisième pont d'Abidjan, la tenue en respect d'Ebola semblait indiquer un État fort et organisé. C'était le gage de l'amélioration des affaires et un signe que le pays était bien sur la voie de l'émergence, entendue comme un statut économique à atteindre et le cheminement pour y parvenir, promit par Ouattara pour l'horizon 2020.

[163] Le *gouagouassou* est le nom d'une sauce ivoirienne composée entre autres de Gombo et d'aubergine amère, elle est souvent accompagnée de poisson ou de viande (queue de bœuf ou agouti).

Mais alors que les regards étaient tournés vers l'ouest forestier, à l'est, d'abord au Nigéria, puis au Bénin, au Togo et enfin au Ghana, une autre épidémie progressait dans un silence assourdissant de la sphère médiatique internationale.
À la mi-juillet, le choléra avait rendu malades 30 000 personnes au Ghana, une épidémie d'une ampleur inédite pour le pays. Dans le domaine public, seuls quelques chercheurs tirèrent la sonnette d'alarme (Rebaudet S, Moore S, 2014). Qu'allait-il se passer si, après le Bénin, le Togo et le Ghana, le choléra continuait sa route vers l'ouest, franchissant la Côte d'Ivoire pour enfin atteindre le Libéria et rajouter à l'Ebola l'épidémie de choléra ?

Au cours d'un entretien sur les stratégies de prévention du choléra mené en août 2014, au cours d'un entretien, je posais la question à un responsable de la surveillance et de la prévention du choléra officiant en Côte d'Ivoire, le manque d'information circulant sur l'autre épidémie peut surprendre.

> « Q : Tu sais l'autre jour au téléphone on parlait de l'épidémie du Ghana, là ils sont à trente mille cas.
> R : Oh ! Ah bon ?
> Q : Oui
> R : C'est regrettable. Et c'est où exactement ?
> Q : Je crois que c'est à Accra et aux alentours
> R : Ok, Accra est un peu loin de notre frontière […]
> Q : (pause) Le Togo il y a 10 jours ils ont eu des cas […]
> R : Oui, parce que je pense que là-bas les échanges sont encore plus poussés que chez nous […] Il y a plus d'échanges entre le Togo et le Ghana que, surtout nous avec toutes nos crises et tout ça donc… »
>
> Alfonse, Entretien, Abidjan, août 2014

Au cours de notre entretien, mon interlocuteur fut interrompu par un appel lié à Ebola, il m'expliqua qu'il devait faire respecter les règles d'abordage de navires de marchandises venant des pays affectés. Comme ce fut le cas dans d'autres régions, le personnel chargé des nouveaux et brûlants dossiers Ebola n'était autre que celui qui s'occupait déjà du choléra. La préférence pour des travaux

sur Ebola était en partie liée au risque accru que représentait la maladie. Comme me l'expliquait un jour un médecin qui refusait mon offre de participer à une activité de surveillance pour le choléra, elle était également favorisée par les « motivations » qui accompagnaient le travail sur Ebola. Quand un cadre de la santé publique peut se voir offrir l'équivalent de son salaire mensuel (300 dollars) en une seule journée de consultance « Ebola » pour le compte d'une agence étrangère, il devient très compliqué de « motiver les personnels » pour une simple surveillance pour le choléra qui n'est pas accompagnée de cachets comparables, mais est traitée comme une affaire de routine, sujette à des compensations liées au dédommagement de « transport » ou à des intéressements (alors typiquement situés entre 10 000 et 20 000 FCFA la journée à Abidjan pour des personnels de santé).

Dans cette configuration d'une hégémonie attentive d'Ebola, le manque d'information autour de l'épidémie de choléra était évident tant aux différents niveaux institutionnels concernés, que dans les organisations internationales et agences onusiennes. Le choléra était simplement considéré à bien des égards comme un moindre mal, une épidémie devenue comparativement normale et dont on fait peu d'écho.

2. Récits de l'arrivée du choléra à Abidjan

En ce lundi 6 octobre 2014, les berges lagunaires de quartier Zimbabwe étaient particulièrement congestionnées de pirogues. De nombreux *bosun* (les propriétaires de pirogues) et leurs boscos (les capitaines de pirogues)[164] avaient décidé de faire grève pour protester contre la mise en place d'une nouvelle taxe imposée par la mairie de Port Bouët (commune du Sud Abidjan) aux embarcations de pêche traditionnelle. Désormais, chaque pirogue devait s'acquitter de 46 000 francs CFA supplémentaires pour pouvoir parquer dans le quartier. La pirogue « *Grace of Heaven* » faisait figure d'exception, car elle voguait au large d'Abidjan, son *bosco* ayant décidé de partir en mer aux aurores en dépit de l'annonce de la Mairie. Kouakou, qui était l'un des 6 *sankwa* (marins) du

[164] Bosco est présenté comme un terme Fante, il existe également en français et en Anglais, ce qui laisse présager un échange de vocabulaire dans les interactions passées avec les marins européens.

bosco, fut pris de crampes alors qu'il démaillait un filet Tanga (filet de surface). Ces crampes le contraignirent à poser son aiguille de filet, il s'éleva sur le ponton et partit à l'avant de la pirogue. Là il s'assit en bordure, en retrait des autres, pour pouvoir déféquer dans l'eau. Il y revint plusieurs fois, de sorte que ses compagnons qui avaient commencé par se moquer gentiment en vinrent à s'inquiéter. Il leur dit qu'il avait de la diarrhée et des crampes qui lui faisaient mal. Le voyant perdre des forces, ses compagnons lui donnèrent à boire, puis lui demandèrent d'avaler des comprimés qu'ils avaient à bord : du Flagyl (*Metronidazole*), puis des comprimés estampillés *Ampicilline*. Au fil des heures et malgré le repos et les médicaments, l'état de Kouakou n'améliorait pas, la question pour ses compagnons et pour le bosco devenait insistante : fallait-il attendre que les médicaments fassent effet, que leur compagnon se remette, ou rentrer sur la rive pour le porter au centre de santé ? La décision n'était pas facile à prendre, car rentrer alors que les bacs de poissons n'étaient pas remplis équivalait à perdre la recette de la semaine, et les dépenses en carburant, glace et nourriture engendrées pour la sortie. Cependant à 15 heures, le *bosco* ordonna de remonter le filet dormant de manière prématurée et de rentrer sur Zimbabwe au plus vite, pendant l'heure et demie que dura le trajet, l'état de Kouakou n'avait fait qu'empirer. À 17 heures passées la pirogue arriva sur Zimbabwe, et ses camarades le portèrent de toute urgence au centre, où des infirmiers l'installèrent dans un lit. Malgré la prise en charge médicale, Kouakou décéda dans la nuit.

Ce même jour l'équipage du « *Holy Spirit n°4* » — qui faisait partie des protestataires — s'occupait au bord de la lagune à réparer un filet dont une partie avait été abimée lors de leur dernière sortie, 4 jours plus tôt. Les marins étaient rentrés d'une longue campagne à San Pedro il y a de cela un mois et pensaient pouvoir obtenir plus de poissons en cette fin de saison de pêche, du côté d'Abidjan. Le plus ancien de la pirogue, Kufuo, un Fante de 55 ans qui s'était installé dans Vridi depuis un an, s'affairait au filet à l'ombre d'un abri. Il dut bientôt arrêter le travail, des crampes le saisirent au niveau de l'estomac. Bientôt il commença à vomir et se précipita sur les latrines en bordure pour assouvir un autre besoin. Il fit appel à ses camarades pour leur signifier qu'il était au plus mal.

Mr Pierre, un ivoirien dans la cinquantaine et propriétaire de la pirogue *Holy spirit N° 4*, nous expliqua ce qu'il était advenu de Kufuo :

> « Ce lundi, je suis passé […] moi j'étais au travail et on m'appelle pour me dire que 'ah ! il y a deux de mes pêcheurs qui sont vraiment malades', je leur ai dit 'bah amenez-les à la clinique ici à côté pour pouvoir les faire soigner' et vraiment, ils m'ont écouté : ils ont envoyé chose [Kufuo] à la clinique.
> Moi de retour du travail je suis allé leur rendre visite, l'autre [Kufuo] se portait véritablement mal-bien [bien], par contre il y a un autre là [Fenuku]… C 'est à dire bon quand le truc a commencé c'est ce même type [Fenuku] qui est allé attraper l'autre [Kufuo] pour l'amener à l'hôpital et en même temps…
> Un autre : il a eu aussi la maladie
> Pierre : il a eu aussi la maladie, seulement, lui qui l'a aidé à l'hôpital [Fenuku], bon lui il était un peu bien portant, c'est-à-dire après les perfusions qu'on lui avait donné il était un peu bien portant, mais lui l'autre [Kufuo] par contre son état était…
> Un autre : plus grave
> Pierre : voilà, donc vers la nuit du lundi [mardi] vers 2 heures, on l'a amené vers Port Bouët. À Port Bouët le matin, mardi il allait… vers 9 heures le gars je suis venu lui voir — je suis obligé, je vais passer à l'hôpital lui rendre visite — bon, on a un peu causé et a 14 heures on m'annonce la nouvelle que lui il est décédé. »
>
> Mr Pierre, entretien, Quartier Zimbabwe, octobre 2014

Même s'il n'explicite pas le choc d'apprendre que son employé, à qui il a parlé le matin, est décédé quelques heures après, de l'ensemble de son récit se dégage l'étrangeté de l'enchaînement des situations, et la rapidité à laquelle les choses s'enveniment. Pierre continue en parlant de Fenuku qui avait porté Kufuo à l'hôpital, il n'a pas encore prononcé leurs prénoms ni le nom du mal qui les frappait :

> « Donc lui qui était resté ici [Fenuku], bon on l'a…
> Un autre : on l'a libéré

> Pierre : on l'a libéré, faut dire que ça va, ça va et… lui aussi on croit chose, c'est-à-dire on l'a libéré le mardi, euh dans la nuit, chose, dans la nuit de…
>
> Un autre : mardi
>
> Pierre : mercredi. Là vers 2 heures du matin, 3 heures du matin, lui aussi on m'annonce encore…
>
> Un autre : qu'il est mort
>
> Pierre : qu'il est mort, donc c'était un peu, un peu un coup dur.
>
> Donc voilà, ça a commencé par aller à la selle, puis doucement… »
>
> Pierre, entretien, Quartier Zimbabwe, octobre 2014

Soucieux de savoir comment vivaient Kufuo et Fenuku quand ils étaient sur terre, nous demandons à Pierre où ils dormaient. En première instance il nous a indiqué qu'ils « ont une chambre quelque part, ils dorment ensemble [tout l'équipage] ». En demandant si nous pouvions visiter ce lieu, il se ravisa et nous expliqua :

> « Bon. Ce jour, je vais vous expliquer une chose, l'autre qui a été libéré de l'hôpital [Fenuku], lui on lui a demandé d'aller à la maison, il a dit 'non' lui 'il préfère dormir sur la pirogue' alors qu'il y avait toujours des symptômes-là qui existaient, un peu un peu, mais c'était pas comme avant. Donc lui, c'est sur la pirogue qu'il est mort. »
>
> Pierre, entretien, Quartier Zimbabwe, octobre 2014

C'est un jeune garçon qui s'occupait de veiller sur Fenuku qui l'a retrouvé sans vie, dans la pirogue. Bien que nos interlocuteurs nous précisent que c'est du fait de sa propre décision que Fenuku s'est retrouvé seul dans la pirogue, avec des symptômes allégés, il était difficile de savoir s'il avait pris cette distance de son plein gré ou si ses compagnons avaient décidé de prendre leurs distances jusqu'à ce qu'il se rétablisse complètement. Le fait de dormir sur la pirogue n'est pas une exception en soit, en haute saison de pêche le nombre de pirogues opérant depuis quartier Zimbabwe passe facilement de 150 à 300 embarcations, à raison d'une moyenne de 8 pêcheurs par embarcation, le quartier déjà très dense est dans l'impossibilité d'accueillir tous les équipages dans des chambres. La nuit à Zimbabwe on peut donc apercevoir des groupes de jeunes homes dormant soit sous les

abris qui la journée servent à la vente de poisson ou au démaillage des filets, soit dans les quelques maisons dites communautaires, ou encore et surtout, sur les pirogues.

Le mercredi un quatrième malade, un pêcheur ghanéen également, arrivait au centre de santé, il fut immédiatement référé à l'hôpital général de Port Bouët. Puis en fin d'après-midi ce fut une femme d'un certain âge qui partageait sa cour avec Kufuo et Fenuku quand ils étaient à terre. Le parcours de soins de cette dame est le plus étonnant, comme le révèlent les chefs de communautés et un aide-soignant dialoguant dans un groupe de discussion :

> « Un aide-soignant : Directement ils sont partis avec taxi, mais arrivés à Port Bouët on dit on ne l'a pas vu encore [la dame]
> Un autre : On n'a pas vu femme là ?
> Un aide-soignant : Oui
> Un autre : Elle est morte aussi ?
> Un aide-soignant : Bon, on ne sait pas. On n'a pas de nouvelles.
> *Ohane*[165] : Mais personne….
> Un autre : Moi je ne pense pas que quelqu'un est mort
> *Ohane*: Là moi je ne suis pas au courant quoi ! »
>
> *Ohane* du quartier, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Cette disparition mystérieuse sur la route de l'hôpital général de Port Bouët, situé à 6 kilomètres du quartier Zimbabwe, produisit son lot de rumeurs, surtout du côté des personnels médicaux. Certains dirent qu'elle avait préféré se faire soigner à son domicile par un tradipraticien, d'autres qu'elle avait été placée dans une pirogue pour être conduite et soignée au Ghana.

En ce début de semaine l'arrivée de patients sévèrement déshydratés et l'appel d'un des infirmiers à la direction départementale de la santé avaient constitué le début de la prise en compte qu'une maladie épidémique avait pris pied sur Vridi 3. Certains nous déclarèrent qu'ils avaient pensé, au moins quelques instants, que cela pouvait être Ebola, avant de se raviser en constatant que la fièvre

[165] Chef communautaire des Ghanéens de quartier Zimbabwe (cf Chapitre 7).

et les saignements étaient absents du tableau clinique des patients. De fait, le scénario spécifique d'une arrivée d'Ebola par le quartier de Vridi 3 était un risque identifié par certains interlocuteurs institutionnels. Isabelle, ivoirienne, est installée dans le quartier depuis la fin des années 1990. Fonctionnaire, elle travaille pour la mairie de Port Bouët. Sa position d'intermédiaire souvent involontaire entre le monde extérieur et les habitants du quartier, majoritairement étrangers, est souvent délicate :

> « À Port Bouët quand on va aux réunions, on cause. On me dit 'Mais Isabelle si l'Ebola doit venir à Port Bouët [district au sud d'Abidjan] ça va passer par Vridi 3 [quartier Zimbabwe]'. Je dis 'pourquoi ?' On dit 'Mais il y a trop de va-et-vient chez vous ! C'est vos pêcheurs qui vont très loin'. Donc les gens se moquaient de moi comme cela. »
>
> Isabelle, entretien, Abidjan, mai 2016

Le jeudi, aucun nouveau malade ne se présenta au centre de santé de Vridi 3. À ce stade et même si les résultats de laboratoire n'étaient pas encore disponibles, la piste du choléra était retenue par les cliniciens et responsables sanitaires de Port Bouët. Les autorités sanitaires du district convoquèrent ce jour-là les différents « leaders communautaires » afin de procéder à une sensibilisation en vue du contrôle de la maladie. Un email fut envoyé par des personnels de santé aux acteurs de santé impliqués dans le quartier, annonçant une suspicion d'épidémie et partageant le compte rendu de la réunion avec les leaders communautaires. Mis à part la prise en charge des patients, Il s'agissait là de la première action institutionnelle en réponse à une épidémie (suspectée) de choléra. Bien que la mortalité et les signes cliniques caractéristiques laissaient peu de doute sur la nature de la maladie, la connaissance clinique devait se plier à la confirmation par culture microbiologique en vertu de la régulation internationale en vigueur. Des échantillons provenant de la morgue et de malades suspects de l'île Boulay voisine étaient déjà en culture et donneraient rapidement des résultats.

Le dimanche, nous sommes allés voir la pirogue *Holy spirit N° 4*, elle était parquée, parmi des dizaines d'autres pirogues, dans l'enceinte d'une des coopératives qui approvisionnent les *companies (*unités de pêches Fante*)* en carburant. Alors que nous nous approchons de la pirogue,

un vieil homme, officiant comme gardien sur cette portion du rivage, vient à notre rencontre, l'air souriant. Nous le saluons :

LEONARD : « Bonjour tonton, nous cherchons à voir la pirogue *Holy spirit N° 4* là, celle où travaillaient ceux qui sont tombés malades, Fenuku et Kufuo, tu peux nous indiquer ? »

Le vieux fit quelques pas et nous désigna du doigt l'embarcation, que rien ne pouvait distinguer de celles qui l'entouraient. Un peu étonné, j'ose :

LEONARD : « A-t-elle été désinfectée, les gens sont-ils venus pomper ? »

Le vieux gardien répondit directement :

VIEIL HOMME : « Non, pas encore, elle est restée comme ça »

LEONARD : « aucune équipe n'est encore venue ? »

« non » me répond-il

Je venais de sortir d'une discussion mêlant propriétaires de pirogues et agents de santé où l'inverse avait été annoncé. Étonné, je me tournais vers un de mes informateurs qui, il me le dira plus tard, n'avait pas cru bon de contredire ceux qui avançaient que la désinfection avait été faite. À partir de ce moment-là, mon terrain changea profondément de nature. Les enjeux politiques d'un démarrage d'épidémie de choléra affectèrent les relations que j'avais pu nouer pendant 5 mois d'un terrain intermittent. L'épidémie avait fait basculer le quartier dans une atmosphère de tension et de suspicion.

3. Contenter les morts et les vivants

Bien qu'à la fin de la semaine la cause de la mort de Kufuo, Fenuku et Kouakou n'ait pas encore été officiellement confirmée, leurs corps furent considérés comme dangereux d'un point de vue sanitaire et donc soumis à un enterrement sécurisé. Ils furent transportés respectivement de la clinique, l'hôpital et la pirogue à la morgue de l'hôpital général de Port Bouët. Comme aucun échantillon des selles des malades n'avait été prélevé, un écouvillonnage visant à tester par culture la présence de choléra fut effectué sur les corps. Ils furent ensuite aspergés avec une solution chlorée à 0,5 % et placés dans des sacs funéraires imperméables pour un enterrement rapide. En vertu du dispositif d'enterrement sécurisé, les corps ne pouvaient être remis aux proches et donc

être ni lavés, ni exposés, ils allèrent de la morgue au cimetière de Petit-Bassam. Les proches des morts, leaders fante ou *bosco* étaient seulement prévenus, par l'intermédiaire des personnels du centre de santé du quartier, de la date et du lieu de l'enterrement.

Les familles des défunts firent le déplacement depuis le Ghana pour procéder à une veillée sans corps à Zimbabwe et assister à l'inhumation sécurisée. Nous reviendrons plus loin sur les perturbations provoquées par le protocole sécuritaire sur les rituels et le processus de deuil. Pour nos interlocuteurs, un problème plus classique apparaissait pour les Ghanéens morts à quartier Zimbabwe, le fait que la mort intervienne en Côte d'Ivoire, loin des villages d'origine, il était impératif que le *sum sum* [166](la forme désincarnée de la personne décédée, traduite par « esprit » ou « spirit » par nos interlocuteurs) puisse être ramené :

> « On fait ici, ici même. Si Ghanéen est mort ici là, Ghanéen est mort ici ils ont enlevé son esprit ici pour aller au Ghana. Si il fait pas ça là on dort pas ici hein ! Il va venir crier ! Crier ! La nuit.
> Q : Lui qui est mort là ?
> R : Oui !!! »
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

L'errance du *sum sum* ne va pas seulement affecter les habitants du quartier, mais aussi sa compagnie de pêche :

> « Oui ! Esprit il va rester sur la pirogue toujours ! Même les grands bateaux même si tu mort sur le bateau là on enlève ton esprit dedans »
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

[166] Les mots fante retranscrits emploient l'orthographe suggérée par nos interlocuteurs, les termes ici employés ont également été revus auprès d'un Fante ayant fréquenté l'école et employé à la tenue des livres des comptes d'une *company* piroguière.

De fait jusqu'à la résolution des cérémonies funéraires, la pirogue demeure inutilisable, car personne ne se risquerait à pratiquer la pêche en haute mer avec le risque de cohabiter avec un *sum sum* égaré.

> « R : Maintenant après les funérailles on va s'asseoir avec Pierre. On voit il manque pêcheurs, moi-même si moi-même, moi-même si tout le monde veut pirogue comme ça les gens ils meurent dessus là moi là je ne travaille pas, je ne travaille pas
>
> **Q : Mais pourquoi il ne faut plus travailler ?**
>
> R : Aie ! Pirogue il n'y a pas encore un (01) an trois (03) personnes…
>
> **Q : Trois (03) personnes sont mortes dedans**
>
> R : Il est mort dedans, si toi aussi tu vas à la pêche là… »
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

4. Faire le silence. L'avènement d'un paracontrôle

Alors que tout le monde a les yeux rivés sur les pays de la Mano River et qu'Ebola est dans tous les esprits, Abidjan connaît une épidémie de choléra. Celle-ci passe relativement inaperçue et en conséquence les modalités de son contrôle sont différentes. Ces variations nous poussent à nous demander en premier lieu, ce qu'est une épidémie. À quel moment et pour qui sommes-nous « en épidémie » ? Nous reviendrons sur la chronologie de la construction institutionnelle du phénomène épidémique, puis sur les modalités et les enjeux d'une intervention dans le silence.

4.1. L'épidémie vécue, l'épidémie construite

Qu'est-ce qu'une épidémie ? Le dictionnaire du Larousse donne la définition suivante : *Développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population.* Une épidémie est donc un processus, il a donc un début, un développement, et théoriquement, une fin. Elle constitue une crise sanitaire, c'est-à-dire un basculement collectif dans l'anormal. Si par définition elle ne peut être « gérée » (Gasquet, 2010) elle invite à des actions pour rétablir un équilibre.

L'épidémie se construit selon des jalons qui, typiquement, sont les suivants (schéma 1).

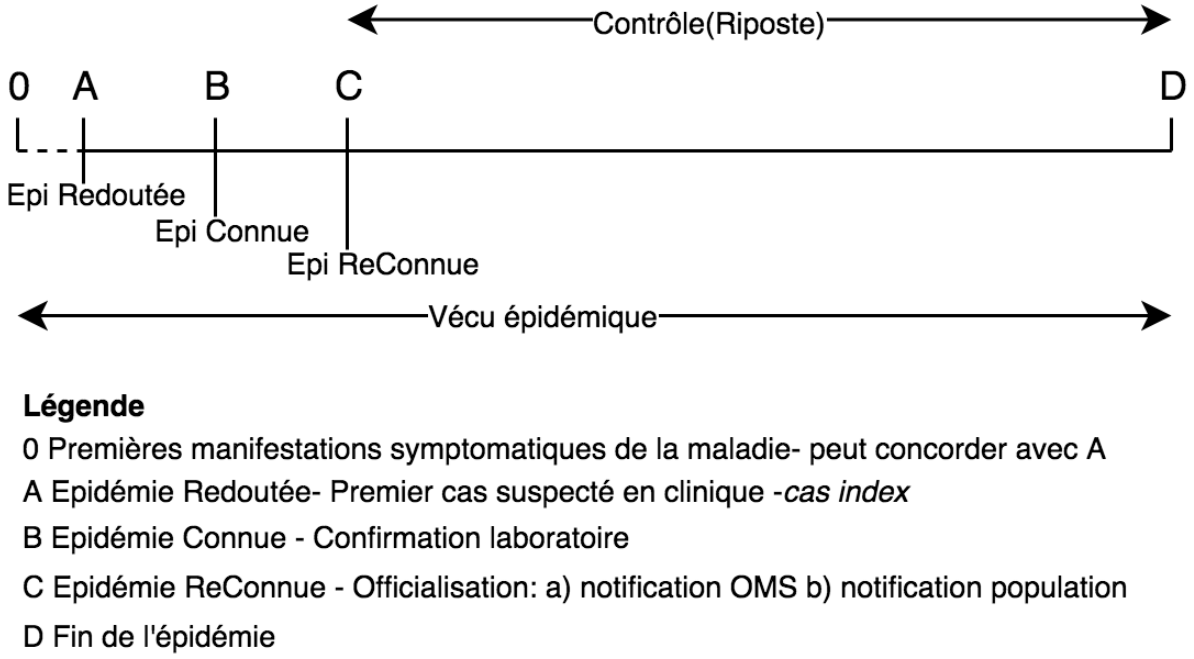


Schéma 1 idéal typique de l'épidémie redoutée, connue et reconnue d'une part, Vécue de l'autre

En temps 0, une personne tombe malade. À un temps ultérieur (A) un personnel de soin clinique fait le rapprochement entre un tableau clinique qu'il a dressé sur un patient et la définition de cas d'une maladie à potentiel épidémique. À partir de ce moment, un individu au moins, redoute l'épidémie. Si les conditions techniques, procédurières (instructions de prise d'échantillons), et matérielles (tubes Cary Blair disponibles en clinique, frigo, coursier, laboratoire en mesure de faire de la bactériologie) sont réunies, un échantillon est collecté, transporté puis mis en culture en

laboratoire. Lorsque la culture est positive, l'épidémie est Connue (B). Les autorités sanitaires se basent sur ce résultat pour informer l'OMS et sa population, l'épidémie est Reconnue (C).
Là ou d'autres maladies utilisent des seuils de cas confirmés pour déclarer une épidémie, dans le cas du choléra, « Un cas (confirmé) est une épidémie ». La maladie officialisée, le contrôle classique peut être déroulé. Les campagnes de sensibilisation à la radio et à la télévision, les sensibilisateurs peuvent faire le tour des quartiers le mégaphone à la main, des CTC (Centres de Traitement du Choléra) jouxtant les hôpitaux et les cliniques sont ouverts, les équipes de désinfection des ménages affectés sont déployées, la distribution large de kits sanitaires est entreprise. Toutes ces activités se font généralement avec le concours d'ONG internationales spécialisées dans la riposte épidémique, ce qui entraine un ballet de 4x4 très visible. Cet ensemble d'interventions tend aussi à transformer l'épidémie vécue en sujet de discussion dans le domaine public et notamment par voie de presse. On dénombre les nombres de cas du jour, les interventions actuelles et à venir, on s'interroge sur la résurgence de la maladie, on interprète le phénomène à l'aune des choix politiques en cours ou passés. L'épidémie est donc le produit d'une construction socio technique aussi bien que le vécu d'une population.

La période comprise entre (A), l'Épidémie redoutée, et (C), l'épidémie reconnue, est nécessairement trouble, le phénomène est discuté entre un groupe restreint de personnes, la crise est là, mais elle ne dit pas encore son nom. Cette phase, parfois qualifiée de phase « d'alerte », n'est censée durer que le temps de la confirmation par laboratoire, soit entre 48 et 72 heures. Une fois l'épidémie connue, la reconnaissance devrait théoriquement être immédiate. Mais que se passe-t-il quand un laps de temps important existe entre la prise de connaissance (B) et la reconnaissance de l'épidémie ?

1. Chronologie d'évènements : la reconnaissance graduelle

L'analyse de la chronologie des évènements institutionnels clés de l'épidémie d'Abidjan révèle que la reconnaissance de l'épidémie est un processus qui s'est déroulé progressivement, au cours de plusieurs mois.

Le 6 octobre 2014, 3 personnes malades de diarrhées sévères sont présentées au centre de santé de Vridi 3. Les trois décèderont entre le mardi 7 et le mercredi 8 octobre. Du fait des symptômes des patients, de la rapidité de la dégradation de leur état et de leur décès, le choléra est suspecté. L'analyse des échantillons de selles s'avère cependant négative en laboratoire. Il est toutefois vrai que les échantillons avaient été prélevés sur les corps, à la morgue, ce qui rendait incertaine la possibilité de détecter le vibrion.

Le 9 octobre 2014, une première réunion de sensibilisation de quartier a lieu, sans attention médiatique, dans laquelle les « chefs communautaires » de Vridi 3 sont invités à collaborer pour contrôler une épidémie de choléra.

Entre le 9 et le 13 octobre : une culture du choléra est positive en laboratoire, l'échantillon de selles concerné ne provient pas de la zone de surveillance renforcée, mais d'un malade de l'île Bouley, située à quelques centaines de mètres à vol d'oiseau de Vridi 3.

Le 17 octobre, soit onze jours après la survenue des premiers malades, le département de lutte contre les épidémies de l'OMS Genève reçoit la déclaration de l'épidémie de choléra à Abidjan. Le document était daté du 9 octobre. Il avait circulé entre plusieurs branches du ministère de la Santé, ainsi que dans le bureau OMS pays pour enfin parvenir à Genève. Il est difficile d'établir à quel niveau il a pu être retenu ou oublié.

Le 3 novembre le ministère de la Santé organise une première réunion de crise contre le choléra avec les partenaires ONG et les responsables sanitaires des districts concernés.

Le 5 janvier 2015, soit trois mois après l'apparition des premiers malades, un communiqué publié dans la presse nationale et une déclaration sur la page Facebook du ministère de la Santé font état d'une flambée de choléra se déroulant depuis octobre sur le sol ivoirien. Un article de presse précise qu'elle faisait suite à une épidémie parmi des pêcheurs d'Abidjan.

4.2. Intervenir en silence : le domaine du paracontrôle.

Ce que veut dire intervenir en silence

Le silence qui règne sur l'épidémie dans les sphères institutionnelles et publiques ne veut pas dire cependant que rien n'était fait pour combattre la maladie là où elle sévissait. Ainsi, avant que la maladie ne soit rendue publique, plus de 120 patients furent pris en charge au total dans les centres de santés et hôpitaux d'Abidjan et plus particulièrement dans la commune de Port Bouët.

Mais cette intervention n'était pas dénuée de spécificité (schéma 2). Ici, un espace temporel important existait entre B, l'épidémie connue et C', l'épidémie reconnue tardivement, dans cet espace va se déployer ce que nous nommerons un paracontrôle. Celui-ci consiste à répondre à une épidémie de manière informelle, il s'agit de tenter de régler le problème avant que *l'on* ne sache qu'il y en a un. Contrairement aux cadres d'interventions en épidémie Reconnue, il n'y avait pas de messages brocardés sur les panneaux d'affichage, pas d'émissions de radio qui rappelaient une épidémie en cours et des consignes spécifiques contre le choléra. Pas non plus de Centres de Traitement Choléra (CTC, ancêtre des Centres de Traitement Ebola) et leurs barrières en plastique orange, leurs drapeaux d'ONG flottants à la vue de tous. Les ONG, habituées à intervenir de manière très visible durent intervenir en catimini, par exemple sans faire mention de l'épidémie dans leur communication en ligne. Seule une agence des Nations Unies mit les pieds dans le plat lorsque fin octobre elle publia sur son site internet un compte rendu succinct d'une journée d'intervention contre le choléra sur l'île Boulay. Cette publication fit la colère des responsables de la surveillance de la maladie : le Gouvernement ivoirien, souverain sur son territoire, est le seul à pouvoir annoncer publiquement une épidémie.

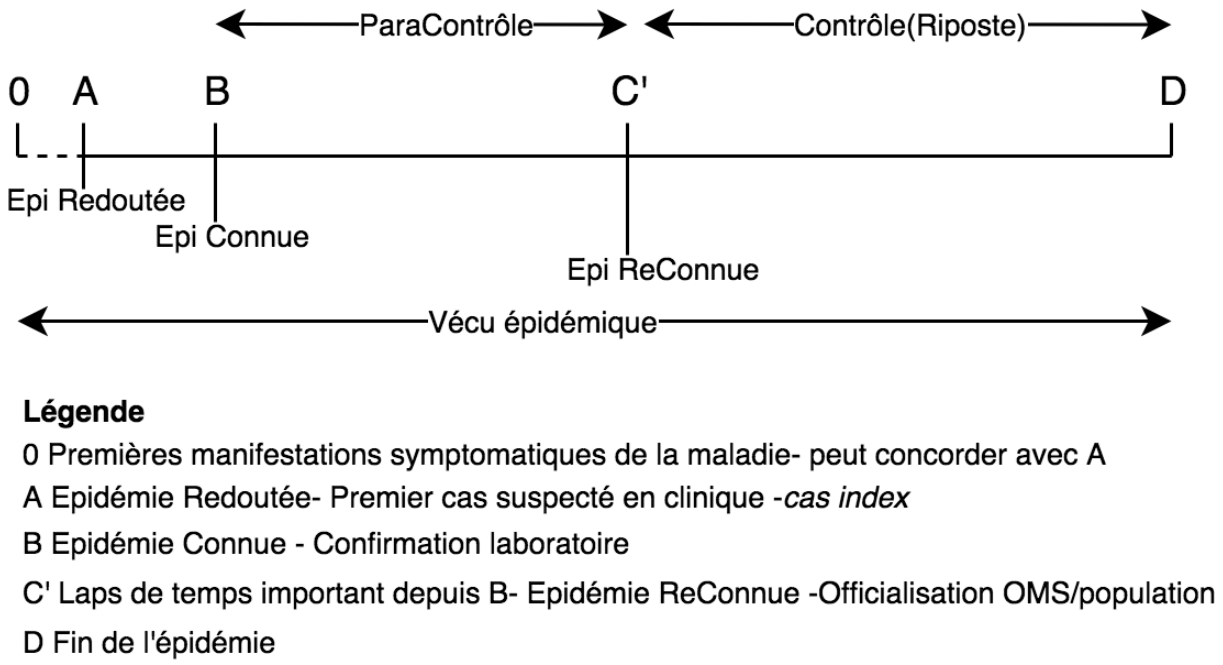


Schéma 2 Domaine du Paracontrôle

La non-reconnaissance épidémique créait des défis spécifiques au contrôle attendu de l'épidémie. Ainsi dans la nuit du 14 octobre, soit 8 jours après la prise en charge des premiers malades « suspectés », un patient atteint de diarrhée sévère se rendit dans un centre de santé de Vridi Canal. Là-bas, pris en charge par un infirmier de garde, il s'était vu administrer des solutions de réhydratation orale, et comme il allait mieux, il avait été « renvoyé chez lui ». Ni lui, ni ses proches, ni l'infirmier de garde qui l'avait pris en charge ne savaient qu'une épidémie de choléra sévissait depuis une semaine dans un quartier situé à moins d'un kilomètre. Le lendemain matin, des personnels de santé s'étaient lancés sur les traces de ce patient perdu et ignorant de son état, de peur qu'il ne rechute ou ne contamine d'autres personnes dans son quartier.

Alors que je travaillais en ONG, sur le choléra, et bien que je ne fasse pas partie d'une ONG opérationnelle a vocation clinique, telle que MSF, MDM ou encore Alima, il m'est arrivé plusieurs fois d'être appelé par des personnels de santé qui craignaient de manquer de médicaments, en en premier lieu de ballons de réhydratation intraveineuse. En réponse je faisais passer l'information auprès des ONG compétentes, qui pouvaient en avoir en stock. Et de fait la situation de prise en charge clinique en situation officielle non épidémique pouvait pousser à des épisodes absurdes. Ainsi un agent de contrôle me fit part de son exaspération à la fin du mois d'octobre 2014 alors

qu'après de nombreux essais il n'était pas parvenu à obtenir auprès de la pharmacie centrale d'État les intrants nécessaires à l'assainissement au chlore des lieux exposés au choléra. Les agents de la pharmacie centrale trouvaient ses demandes d'intrants contre le choléra irrecevables, puisque, d'après le bulletin officiel, il n'y avait pas de flambée de choléra en cours ! Ces problèmes de rupture de stock finissaient par s'arranger soit qu'un appel haut placé « explique la situation », soit que d'autres services ou des ONG ravitaillent le centre de santé ou l'équipe d'assainissement dans le besoin.

L'apparition de cas hors de Vridi 3 (quartier Zimbabwe) et d'Ossibissa, au marché d'Adjamé et dans le quartier Abobo Doumé (voir Annexe 1) fît présager l'extension de la maladie au reste d'Abidjan. Aussi, dans le but de contenir géographiquement le mal, le mercredi 21 octobre, le préfet prit la décision d'interdire que les malades suspectés de choléra soient référés du centre de santé de Vridi 3 vers l'hôpital Général de Port Bouët. Cette nouvelle prit de panique les équipes de santé du quartier, qui n'étaient pas certaines de pouvoir loger tous les patients cholériques de manière adéquate. Certains habitants du quartier Zimbabwe exprimèrent également l'angoisse d'être mis en quarantaine avec la maladie alors que les allées et venues des bien-portants ne subissaient aucune entrave.
Les personnels officiels interrogés expliquèrent qu'en l'absence d'ambulances disponibles, ils craignaient que le transport de malades en taxis et dans les transports en commun augmentent le risque d'extension de la maladie à toute la ville.

L'équilibre délicat d'un microcosme de paracontrôle

Les personnels médicaux des quartiers affectés, ainsi que les cadres nationaux et internationaux de la santé y opérant, formaient un microcosme de paracontrôle, en attendant de pouvoir agir au grand jour. Il peut paraitre curieux que les ONG, mais également les agences des Nations Unies restent silencieuses face à une épidémie en cours.

Et comment rationaliser le fait d'intervenir dans l'ombre ? L'un des arguments avancés est que la déclaration d'une épidémie en lieu et place d'un gouvernement relève de l'ingérence. Par ailleurs,

depuis 2005, le choléra ne fait plus partie des maladies à déclaration obligatoire[167]. C'est donc par respect — et par crainte de représailles diplomatiques — que l'on agit dans le silence imposé. Par ailleurs, pour la plupart du personnel des ONG, mais aussi des acteurs de santé locaux, la priorité est de servir ceux qui sont dans le besoin, c'est-à-dire les malades. Nombre d'entre eux m'ont fait part de leur exaspération face au politique, mais cela n'affectait en rien la validité de leurs interventions. Enfin, peut-être pour des raisons moins reluisantes, il fallait bien pouvoir continuer à être « dans le coup » : ne pas être trop insistant ni montrer trop clairement son exaspération face à la lenteur de la notification publique, le risque étant d'être pris en grippe par les interlocuteurs ministériels.

Les interactions avec les autorités sanitaires n'étaient pas ouvertement tendues, chacun devait peser ses mots et seul le silence exprimait parfois le malaise général. Dans certains cas, les interlocuteurs de l'administration sanitaire ivoirienne ne répondaient simplement pas aux appels ni aux emails. Rien de pire que le silence pour qui doit faire rapport au siège ou aux bailleurs. La pression était d'autant plus forte que dès la première semaine et par emails ou *conférence calls*, on voulait savoir, à Genève, Seattle, Atlanta ou ailleurs « ce qu'il se passait à Abidjan », en raison notamment du risque entrevu de convergence des épidémies d'Ebola et de choléra. La situation était particulièrement désagréable pour ceux, dont j'étais, qui travaillaient dans la surveillance et n'avaient aucune donnée à transférer, aucun rapport à fournir. En plus des bailleurs de fonds on était assailli par les représentants d'institutions qui « savaient », mais ne pouvaient pas interpeller officiellement les autorités concernant le choléra, car à défaut de reconnaissance, ce qui aurait été perçu comme un affront politique.

Vu le risque de rupture de collaboration, et après avoir essuyé quelques silences, les échanges devenaient plus prudents et embrouillés, on finissait par ne plus prononcer ni écrire le mot interdit, on parlait plutôt de volonté d'appuyer et de financer des activités de prévention, ou d'investigations de terrain opérationnelles, et moins de malades, de cas, de bases de données, et encore moins de ce dont il s'agissait réellement. Ainsi chacun continuait d'intervenir là où les besoins se faisaient sentir sur le terrain et tentait de garder le contact avec des agents ministériels souvent difficiles à joindre

[167] Sauf si l'épidémie peut constituer une urgence de santé publique internationale, voir le Règlement Sanitaire International de 2005 et plus particulièrement l'annexe 2 qui présente un « instrument de décision » permettant de juger ce risque. Accessible sur https://www.who.int/ihr/9789241596664/fr/, consulté le 3 mars 2019.

et qui semblaient eux-mêmes attendre d'avoir le feu vert, quelque part, plus haut dans leur hiérarchie.

C. Les déterminants politiques du non-dire

Cette élasticité du processus de reconnaissance et d'officialisation de l'épidémie est problématique, vu les enjeux importants qui la sous-tendent. Les éléments de réponse que l'on peut proposer dépassent nécessairement les impératifs immédiats de l'épidémie vécue sur le terrain. Officialiser une épidémie n'est pas seulement la déclarer au public qui pourrait être affecté, c'était aussi dans le cas présent reconnaître devant le monde entier que l'on subit une épidémie de choléra.

En 2014 la République de Côte d'Ivoire se trouvait au sortir de dix ans de crises politiques qui avaient amené notamment à la séparation Nord/Sud du pays, et abouti au conflit post électoral de 2011. Alassane Ouattara, vainqueur électoral, dut alors faire respecter par les armes le résultat des urnes (McGovern, 2011).

La paix et la réconciliation étaient dès lors une priorité pour ce pays exsangue et marqué par ses divisions. En plus de la réconciliation et du dialogue, indispensable entre les anciens opposants, le plan proposé par Ouattara reposait sur la croissance économique du pays par le biais d'une politique ouvertement néolibérale (Akindès, 2017).

Ouattara, aussi surnommé *kɔnɔ kan jan (lit. oiseau au long cou* en dioula, celui qui voit plus loin que les autres*)* avait à son crédit son expérience d'ancien premier ministre pendant la présidence de Félix Houphouët-Boigny. Il était par ailleurs reconnu en tant qu'économiste grâce à une longue carrière dans les institutions de Breton Woods, et particulièrement au Fonds Monétaire International (FMI). L'ensemble du récit de l'essor économique du pays était encapsulé dans la notion « d'émergence », entendue autant comme le niveau de croissance économique atteint par une nation à partir d'un seuil de richesses produites, autant qu'itinéraire obligé pour y parvenir.

C'est sur la base de cet essor économique que reposaient les promesses d'une vie matérielle meilleure, d'un rattrapage des années perdues à cause de la crise, et, a bien des égards et aussi de manière implicite, de retrouvailles avec un passé Houphouétiste glorifié des grandes heures du

cacao. La date butoir pour cette métamorphose était fixée depuis la fin des années 2000 par le candidat : « Émergence 2020 » et l'un des enjeux majeurs de la présidence Ouattara était de savoir « s'il y arriverait ». Ainsi quiconque participait au débat se basait sur l'indicateur qui lui semblait le plus pertinent pour évaluer si l'on était ou non dans la bonne voie. Le pouvoir central faisait par exemple grand cas du projet de troisième pont d'Abidjan qui fut après quelques contretemps inauguré en décembre 2014. Ouvrage monumental et de finition de qualité « européenne », le pont, un projet sans cesse repoussé depuis près de vingt ans, changea effectivement la morphologie de la capitale, devenant le gage symbolique que le pays était « sur la bonne voie ». De façon similaire, le retour de grands investisseurs, ou le siège d'institutions importantes, au premier rang desquelles la Banque Africaine de Développement (BAD), étaient autant de cautions supplémentaires de l'amélioration des climats économiques et sécuritaires du pays. L'affaire était cependant délicate, car elle présentait les aspects d'une prophétie autoréalisatrice : plus le pouvoir et ses supports pouvaient projeter une image de stabilité et de relance économique en construction, plus ils pourraient attirer des investisseurs et des sièges institutionnels, en retour chaque nouveau contrat ainsi signé et siège délocalisé promettait, par le gage symbolique et par la manne financière assurée, de faire monter d'un cran la stabilisation et la prospérité effective du pays. À l'inverse la projection d'un pays instable pourrait mettre à mal les projets d'investissement et compromettre la relance économique souhaitée et mettre à mal la stabilité du pays. Dans l'arène politique de l'ère Ouattara, l'enjeu était donc de démontrer ou d'infirmer la bonne voie vers l'émergence en usant de tous les signaux disponibles dans le domaine public comme indicateurs spontanés de l'émergence promise. Le jeu des symboles d'une bonne voie de l'émergence créait également des expectatives facilement déçues alors que de nombreux Ivoiriens ne voyaient pas d'amélioration significative de leurs conditions de vie (Akindès, 2017).

C'est dans ce contexte politique et cet imaginaire du (re)devenir national qu'il faut replacer l'officialisation de l'épidémie en cours. Le choléra garde une place particulière dans l'histoire de la médecine et dans le récit de la modernité. En effet le choléra est une maladie trophée de la modernisation occidentale (voir Chapitre 1), ses occurrences contemporaines sont en conséquence assez largement perçues comme l'expression d'une anti-modernité, voire d'une forme d'arriération. Cet imaginaire du choléra prévaut à Abidjan comme ailleurs. On comprend alors qu'à un an des échéances électorales pour la présidence du pays, dans cette Côte d'Ivoire de 2014 qui

vise à l'émergence, le coût de l'annonce publique d'une épidémie de choléra sévissant dans la capitale économique était jugé colossal. Certes le retard dans la notification des cas à l'OMS et à la population en général pourrait rendre l'épidémie plus difficile à contrôler, mais une officialisation de l'épidémie représentait peut-être un risque encore plus grand pour le processus de consolidation de la paix dans le pays. Le silence était ici une stratégie active de quête de permanence dans la stabilité politique. Le silence sur l'épidémie envers la population en général et les institutions internationales n'est pas total. Il ne peut pas l'être, car si elle n'est pas reconnue, l'épidémie est bien identifiée, vécue par les populations et paracontrôlée dans les espaces où le phénomène se déroule. Dans la prochaine section, nous aborderons les discours épidémiques déroulés dans les territoires stricts du vécu épidémique.

5. Faire le bruit. Discours épidémiques : On, nous et l'Autre insalubre

Si le choléra est absent des discussions dans la sphère publique ivoirienne et internationale, qu'en est-il dans les quartiers affectés ? Comment parle-t-on de l'épidémie en cours, quel sens lui est-elle donnée et comment se propose-t-on de l'endiguer ?

L'observation des sessions de « sensibilisation contre le choléra », la conduite d'entretiens avec les acteurs en charge de la réponse et les personnes affectées par l'épidémie permettent de saisir des récits foisonnants sur l'épidémie en cours.

Ces discours épidémiques produits dans différents cadres traduisent le besoin de faire sens et d'établir une origine à l'épidémie en cours pour, dans un deuxième temps, tenter de recréer une distance, fût-elle symbolique. Celle-ci passe bien souvent par la désignation d'un Autre insalubre comme le réceptacle de la maladie et le responsable de sa propagation. Cette dialectique de l'Autre insalubre se construit sur un ensemble de caractéristiques que l'on associe au groupe de pêcheurs et à leurs proches. Ces caractéristiques peuvent se regrouper en 4 pôles : la répétition de la catastrophe sur le groupe, le rapport anormal à la souillure, l'affranchissement des frontières symboliques et spatiales, la faillite morale. Elle va également s'articuler autour de l'usage d'un Nous à inclusions variables.

5.1. Les opérateurs de la distinction. Variations autour du « nous »

La première session de sensibilisation au choléra se déroula dans la cour du centre de santé de Vridi 3. Une quarantaine d'habitants du quartier et de leaders, assis sur des chaises en plastique ordonnées sur 5 rangs faisaient face à une table et un panel composé du Dr Ezes, un représentant

de la mairie, une communicante de la radio communale, deux de mes collègues épidémiologistes et moi-même.

Le Dr Ezes conduisait la première session de sensibilisation. Celle qui consistait à demander à l'auditoire des questions sur la nature du choléra, comment s'en prémunir, comment soigner les malades. Cet exercice était par ailleurs la première réunion publique où le problème du choléra était abordé ouvertement dans le quartier. Le Dr Ezes recueillait les réponses dans le public, faisait une synthèse, complétait, et passait à la question suivante. Sa démarche inclusive et synthétique faisait un usage naturel du *on* et du *nous*. Comme dans « donc **on** a dit que le choléra, ça vient de la saleté », ou « **on** doit faire attention à bien réchauffer notre nourriture ».

Cette dialectique inclusive était reprise par les interventions dans l'assemblée. L'une des participantes, Solange, une Baoulé mariée à l'un des cadres du quartier, s'employa à définir les comportements qu'il fallait éviter, elle introduit cependant une nuance dans le « on » :

> « Notre devoir même c'était de prendre soin d'abord de la lagune parce que de l'air que nous recevons c'est pollué. Donc c'est forcé qu'on va prendre le choléra. Ça c'est un premier point, mais l'eau même **on** sait que **on** fait tout dedans. **On** s'en va déféquer dedans parce que c'est même eau **là les dames là** prennent pour nettoyer les poissons. Elles se disent que c'est nettoyé, si je mets sur le feu, si le feu touche déjà à 100 degrés il n'y a plus de microbe. Alors que le microbe est là, il attend. Et **on** prend ça, **on mange**, comment on ne peut pas aggraver le choléra ? C'est tous ces problèmes là que nous avons. »
>
> Solange, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Derrière le « *on* » englobant se dégage une activité soudainement très spécifique des mareyeuses ghanéennes « *les dames là* » qui nettoient le poisson. C'est la précision de l'activité du fautif qui exonère l'oratrice et les siens, qui ne vivent pas de la pêche ni de la transformation du poisson. Elle continue sa charge par contraste en louant une autre catégorie d'activité et de groupe y étant associé :

> « Comme je viens de le dire la brigade verte c'est des dames qui sont là [elle montre des dames qui l'entourent], on ne les paye pas. Elles se sont engagées à arranger le quartier et il y a une femme qui a été touchée, comment se fait-il que les femmes là elles balaient et elles n'ont aucun revenu ? […] ONG humanité vie et santé a pris l'engagement d'encadrer ces femmes, on ne leurs donne rien, mais vous-mêmes pour éviter la maladie aidez ces femmes-là ! Pour que la maladie puisse s'éloigner, mais pendant qu'elles sont en train de balayer c'est là maintenant **on** va venir mettre caca. C'est là **on** va venir verser tout ce qui est déchet. Le bon Dieu ne peut pas quitter au ciel pour venir nous aider. On accuse l'État, mais nous-mêmes on fait quoi ? Hein ! Nous sommes à la base, la cause même du choléra dans le quartier. »
>
> Solange, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

La dignitaire poursuit en mettant en avant le travail d'une association de femmes de quartier dont elle est la présidente. Pour mettre définitivement en exergue le différentiel de pratiques en matière d'hygiène commune, elle contraste à nouveau son exemple en interpellant, à présent directement, un groupe dont au contraire elle juge les pratiques néfastes :

> « **Mes frères vous** partez là-bas, pour ne pas gaspiller le bidon d'eau que vous avez emmené est-ce que c'est pas l'eau sale de la lagune là où la mer là c'est pas ça vous prenez même pour préparer vos nourritures ? Hein ! Le véritable problème c'est ça ! Le danger même c'est ça ! Nous-mêmes là on ne prend pas soin de nous. C'est parce que Dieu même nous aime beaucoup que nous vivons sinon ce quartier-là ça allait être balayé même comme **Sodome et Gomorrhe.** J'en ai fini
> [Applaudissements des autres femmes qui l'entourent] »
>
> Mme Solange, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

« Me frères » permet de s'adresser aux pêcheurs ghanéens sans les nommer, cette apparente manifestation de proximité cache mal le dédain qui suivra, cette appellation est aussi motivée par

la proximité ethnique relative, les Baoulés au même titre que les Fante font partie du groupe Akan. La dignitaire referme son constat en usant à nouveau un « nous » englobant, mais dont on sait qu'il n'est que de façade. La référence à Sodome et Gomorrhe qui conclut son intervention confirme définitivement le peu de cas qu'elle fait des mœurs de ses voisins et du sens de la catastrophe qui secoue le quartier.

Proférée à trente minutes à peine du démarrage de la « session de sensibilisation au choléra », cette intervention fait monter d'un cran la tension dans l'assemblée hétéroclite rassemblée sous la bâche du centre de santé. Les échanges qui vont suivre, souvent moins directs, vont reprendre dans leur structure la base dialectiques du « nous » protéiforme.
Le Dr Ezes, loin d'être déconcerté par le détournement apparent de la session de sensibilisation, enchaine ainsi :

> « Donc **nous-mêmes nous** sommes à la base de **nos problèmes. Nous avons raccordé nos WC à la lagune**, **nos puits perdus sont à ciel ouvert**, c'est ça non ? **Nous on** s'est promené dans le quartier hein [il tourne la tête vers les autres membres du panel] ! Hier pour ceux qui **nous** ont vus **on** était dans le quartier. **On** s'est promené dans le quartier pour voir le quartier, mais les puits perdus sont à ciel ouvert. L'eau de caca ressort à la surface. Il pleut, l'eau de ruissellement là va entrainer l'eau de caca là partout. ***On*** fume le poisson là, ***on*** mange là, ***on*** prépare là. La saleté là, ***on a fait de la saleté notre habitat***. Est-ce que ***nous ici là on n'a pas besoin de vivre dans la propreté*** ? Est-ce que c'est les gens de Cocody seulement qui ont besoin de vivre dans la propreté ? Tout le monde a le droit de vivre dans la propreté. Malheureusement ***nous*** comme ***on*** dit ***on*** est dans quartier précaire alors notre caractéristique c'est faire que ***notre*** quartier soit sale. Quand **on** prend les rues, il n'y a aucune rue où **on** ne voit l'eau des maisons ruisseler, est-ce que c'est bon ? Est-ce que c'est bon ? Parce que ***c'est nous-mêmes qui créons la maladie, qui créons le nid de la maladie***. Mon ami je vais te laisser parler un peu parce que tu risques d'oublier beaucoup [à l'interprète volontaire Apollonien-Fante] »
>
> Dr Ezes, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Pour faciliter l'analyse des "nous" en présence, nous avons procédé à un formatage.

1) Premièrement, nous trouvons le nous de "nous tous" (**en gras**), celui-ci est inclusif, il annonce les erreurs collectives.
2) Le deuxième nous se restreint implicitement aux personnels médicaux, c'est le « nous contrôleurs » (**gras, surligné**).
3) Enfin le troisième nous s'associe à une activité emblématique spécifique et fait référence à « l'Autre insalubre » (***gras, italique***).

Après l'intervention de Dr Ezes la tension et les brouhahas sont à leur comble, un homme Baoulé âgé, Denis, prend la parole, il va tenter de rompre la mécanique discursive en cours :

> « R : Bonsoir tout le monde. **Moi je vais parler pour moi un peu**
> Dr Ezes : D'accord.
> R : Quelque chose qui passe, ce que vous dites il n'y a pas quelqu'un qui va quitter ailleurs pour venir salir notre quartier. **C'est nous-mêmes qui fait**. La nuit, faut commencer de 10 h 30 jusqu'à 4 h du matin… c'est là que les gens, **les enfants avec les garçons filles ils sont là pris l'eau sale pour mettre sur la route**, il y a d'autres mêmes qui prennent caca pour mettre (inaudible) faut plus mettre. Si il n'a pas vu quelqu'un, il met sur la route. C'est pas quelqu'un il va quitter ailleurs pour venir salir notre quartier, c'est nous-mêmes qui fait. »
>
> Mr Denis**,** première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Le vénérable commence par revenir à la première personne, il réutilise un *on* inclusif pour ensuite spécifier qu'il s'agit des enfants. En déviant sur la faute de la jeunesse et une division par classe d'âge plutôt que par origine ethnique et activité de travail associée, il tente de préserver la paix sociale alors que les allusions sont de moins en moins subtiles entre les interlocuteurs.

Cette fracturation progressive du *nous* suit les lignes potentielles de la responsabilité de l'état de dégradation du bien commun qu'est l'environnement du quartier Zimbabwe. Celle-ci transparait des discours portant sur l'étiologie sociale de la maladie. Si les désaccords sont profonds pour les acteurs sociaux en présence, l'environnement dégradé est central pour tous dans l'advenue et la progression de l'épidémie, reste à savoir qui en est à l'origine, ou en d'autres termes la cause de la cause. la première ligne de rupture s'établit entre les habitants de quartier Zimbabwe et la mairie, dans une opposition assez similaire à d'autres contextes ouest-africains (J. Bouju et al., 2004). Comme nous les verrons plus loin le représentant de la mairie place la responsabilité de la saleté dans la main des habitants, tandis qu'une partie de ceux-ci (souvent des pêcheurs par l'intermédiaire de traducteurs[168] ivoiro-ghanéens) notent que la mairie laisse des camions venir déverser de ordures en bord de la lagune, et que la benne centrale du quartier n'est que rarement collectée, ou encore que la mairie « ne les aide pas ».

La deuxième ligne de fracture réside dans le « nous » désignant les habitants du quartier, c'est la fracture initiée par Solange, la dignitaire Baoulé, qui refuse de se ranger dans une opposition dichotomique entre les habitants et la mairie. Elle amène une distinction réifiée sur la base de l'appartenance ethnique et les retombées tour à tour négatives et positives des activités qu'elle leur attribue. En créant ces catégories et en y attribuant des individus elle créée (Hacking, 1986) un type nouveau de personnage infréquentable, l'Autre insalubre. Sans doute Solange est-elle en position relative de double-contrainte, entre le poids des responsabilités qui sont les siennes et celles de son mari (qui est cadre du Parti Démocratique de Côte d'Ivoire — PDCI) et son appartenance en tant qu'habitante du quartier. Entre les deux son choix semble cependant effectué, car si elle rejette les lectures responsabilisant la mairie dans la dégradation du quartier, elle n'accepte la lecture de la responsabilité des habitants qu'une fois avoir opéré la distinction et créée un groupe d'insalubres dont elle s'extrait. Bien sûr, Solange ne fait que proposer une lecture de la situation, des acteurs en présence et de la responsabilité qui leur revient, mais son entourage lui emboite le pas, ce qui contribue à solidifier les catégories d'acteurs en présence. Les pêcheurs ghanéens sont bien démunis face à cette fracturation du quartier et la place qui leur est attribuée. Leur porte-parole principal, le *Ohane*, que les agents du contrôle veulent rencontrer était présent au début de l'épidémie, mais s'est ensuite absenté, certains disent qu'il est rentré au pays pour assister sa

[168] Dont le rôle est moins de traduire que de porter un message.

femme, d'autres qu'il est lui-même en attente d'être opéré pour une hernie. Les personnels de santé et du contrôle reprochent aux porte-paroles restants de ne pas vouloir s'exprimer en français. De fait ils utilisent des intermédiaires, souvent Ivoiro-ghanéens, comme ce fût le cas lors de la session de sensibilisation conduite à la mi-octobre au centre de santé de Vridi 3, pour s'exprimer et agir d'intermédiaires. Ceux des agents du contrôle qui voudraient pointer du doigt un responsable parmi les « frères ghanéens » auront tout le mal à l'identifier. Si, du fait de la construction des Ghanéens comme responsable de l'épidémie, les responsables ghanéens évitent de s'exposer publiquement, ils maintiennent cependant la discussion ouverte avec les cadres du contrôle et les responsables politiques et administratifs de Port Bouët. Lors des réunions publiques au sujet de l'épidémie, leurs porte-paroles et leurs interprètes continueront de défendre les pratiques d'hygiène des dames « qui lavent le poisson » et de ceux « qui vont en mer » et de porter leurs doléances à l'égard de la mairie en matière de matériel d'assainissement.

Plus tard dans l'épidémie cependant, en groupe plus restreint, certains, excédés de se voir catégorisés de la sorte tenteront de catégoriser en retour les Autres, « les dioulas » de pratiques insalubres associées à leurs propres activités stéréotypées, comme le fait d'élever et de « vivre » avec des moutons ou encore de pratiquer des ablutions qui seraient responsables des flaques d'eaux stagnantes dans le quartier. Ainsi nous verrons au cours d'une deuxième session de sensibilisation, cette fois conduite dans la « maison communautaire » des pêcheurs Ningo, le représentant de l'ordre médical du quartier être interpellé par un pêcheur Ningo, dans une tentative de légitimation de ce contre stigmate : « Il dit lui il ne connait pas, mais il te demande : est-ce que moutons avec les hommes ils doivent habiter ensemble ? ».

Cependant ces tentatives d'endiguer ou de rediriger le stigmate d'insalubrité ne trouveront pas d'écho parmi ceux dont la parole est autorisée. La dilution du « nous » commencée lors de la première « session de sensibilisation » et les discours sur l'Autre insalubre, visant explicitement les pêcheurs ghanéens vont dès lors se dérouler sans entraves dans l'espace public du quartier en proie au choléra et faisant l'objet d'un paracontrôle.

Compter et médiatiser la répétition du malheur.

Comme Vridi a déjà été touchée par le choléra dans le passé (durement en 2006, faiblement en 2012), certains interlocuteurs soulignent et interprètent la répétition du malheur. Le chef Kobenan prophétise la catastrophe à venir, de surcroit il situe la responsabilité de l'épidémie chez les pêcheurs ghanéens.

> « Demain c'est Vridi 3, après demain c'est Vridi 3. Et de surcroit parce que quand je vois il n'y a que les Ghanéens, ça commence sur les pêcheurs toujours ! Toujours sur les pêcheurs, ce que j'ai à dire aux (autres) leurs latrines (au bord de) l'eau là vraiment moi je ne suis pas content. Je vois pas son argent donc on ne peut pas nous contaminer, on ne peut pas nous tuer et on… va à la mairie ! Je ne suis pas d'accord pour ça ! Ça, je le dis haut et fort. Donc mes frères et les enfants nous allons travailler, je me suis plaint parce qu'on travaille (ensemble). Je vous remercie. »
>
> Kobenan, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra, Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

La représentation d'un choléra affectant avant tout les pêcheurs peut aussi s'appuyer sur des produits sociotechniques. Ainsi, les statistiques cliniques démontrant la proportion des pêcheurs parmi l'ensemble des malades du choléra traités dans le centre de santé de Vridi 3 sont abordées sans ambages lors d'une des sessions de sensibilisation de pêcheurs Ningo :

> « Dr Ezes : Maintenant on a constaté que sur 25 malades de choléra ici il y a 20 qui sont des pêcheurs.
> Porte-parole des pêcheurs Ningo : Je n'entends pas bien
> Dr Ezes : Ici là on a vu 25 malades qui ont choléra, dans les 25 il y a 20 qui sont pêcheurs
> porte-parole des pêcheurs Ningo : (Traduction)
> Dr Ezes : Donc est-ce qu'au niveau des pirogues, quand les gens viennent de la mer est-ce qu'on lave bien les pirogues ?
> [Traduit en langue Ningo, silence]

> Dr Ezes : Parce que depuis que choléra a commencé on a constaté que les jours on gagne beaucoup de malades c'est jeudi, vendredi quand les gens viennent de la mer. »
>
> Dr Ezes**,** première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, novembre 2014

À l'annonce de cette proportion, l'interlocuteur reste pantois, demande à ce qu'on lui répète avant de décider de traduire les propos pour ses compagnons et le chef des pêcheurs Ningo, assis en face du Dr Ezes. En effet que peut répondre le pêcheur face à ces chiffres qui semblent accabler ses confrères ?

Cette statistique fait sa « première » sur le terrain, elle n'est alors pas encore communiquée ou discutée dans le champ de collaboration sur la surveillance. Certes, le Dr Ezes semble utiliser cette fréquence statistique pour mettre les choses à plat, empêcher que son auditoire se dérobe du problème, *le saisir* en quelque sorte. Tout indique qu'il pense bien faire et en hygiéniste rompu il mène l'enquête pour trouver la cause de ces chiffres dans le quotidien de la pêche tel qu'il se le représente. Il n'empêche qu'on retrouve ici un exemple probant de l'utilisation non anticipée qui peut être faite des données de surveillance épidémiologique. les données statistiques – épidémiologiques incluses – sont des *mobiles immuables* (Charles Briggs 2003 qui cite Latour, 1987) qui ont la capacité d'être réintégrés dans n'importe quel contexte. Ce faisant, une fois produits et mis en mouvement, ils échappent facilement au contrôle de ceux qui en sont à l'origine. Les tableaux de cas cumulés par exemple voyagent hors de tout contrôle, même celui de l'OMS qui doit parfois valider des données dont la validité n'est pas assurée (Briggs, 2003). Les *mobiles immuables* vont dans le cas de Vridi être canalisés vers le terrain pour interpeller un groupe qui n'aura pas les moyens de se défendre à la hauteur de ces chiffres.

5.2. Se complaire dans la saleté, trois récits épidémiques

Sans doute le grief le plus récurent qui est alors fait aux pêcheurs ghanéens est le rapport qu'ils entretiendraient avec les déchets et leur supposée absence de volonté à maintenir un environnement propre. Ci-dessous nous présentons trois récits qui véhiculent des variations de cette idée.

Récit 1 : la pirogue souillée

> « Il y a une jeune femme qui est là-bas, on a travaillé ensemble. On a vu ce qui est dans pirogue, dans pirogue là ce qui est là-bas vraiment **l'homme ne peut pas vivre dedans**. Quand on met produit ce qui sort là-bas tu dis "non c'est pas possible". Mais quand même ils dorment là-bas ! La journée ils sont dedans, la nuit ils sont dedans. »
>
> Chef Kobenan, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Le chef Kobenan ne spécifie pas la date de l'anecdote qu'il rapporte au public lors d'une séance de sensibilisation. Il m'en avait déjà fait part quelques mois avant l'épidémie en cours. Les faits qu'il relate datent en fait de la flambée de choléra de 2006, soit 8 ans auparavant. Lors de la première itération de son histoire, Kobenan décrivait déjà ce qui apparaissait, « la chose » au fond de la pirogue quand on allait la désinfecter. Quand Kobenan parle de « la chose », ou quand il parle de ce qui « sort là-bas, il procède à une réification de cette souillure qu'il ne veut pas nommer. Le fait qu'il taise la description n'est pas forcément de la pudeur, il laisse à son auditoire le soin d'imaginer cette engeance. Si « *l'homme ne peut pas vivre dedans* » (la pirogue) en compagnie de cette souillure chosifiée, que dire de ceux qui la journée comme la nuit « y sont dedans » ?

Mr Loséni a fait le déplacement pour parler au nom de la Mairie, il fait lui aussi le récit de l'intérieur des pirogues :

> « Nous allons commencer à réprimander les piroguiers et puis à les sensibiliser à apporter une lutte anti vectorielle au niveau de l'ensemble de ses pirogues parce que quand vous voyez l'intérieur vraiment ! Beaucoup de pirogues sont infectées. »

Mr Loséni, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Pour avoir vu des pirogues ayant porté des malades du choléra et avoir séjourné dans des pirogues qui ne comprenaient pas de malades, il nous est difficile de comprendre à quoi exactement fait allusion Mr Loséni. Ici le récit fait état d'une supposée souillure piroguière dont on tait le nom. Là encore on ne sait si ce non-dire est commandé par la pudeur, la volonté de laisser libre cours à l'imaginaire de l'auditeur ou simplement la difficulté de décrire ce qui n'a en fait pas été observé de première main, mais dont on est *sûr* cependant.

Récit 2 : L'allégorie des paraboles satellites

Monsieur Loséni va également aborder la tension centrale de l'évènement épidémique, celle de la responsabilité individuelle de la saleté environnante :

> « Tout le monde est riche ici ! (Murmures dans l'auditoire) Non, c'est la vérité. Tout le monde est riche ici. Riche parce que tu as la vie, tu as la santé, mais pourquoi autour de toi là tu peux pas faire ça propre ? Tu attends quelqu'un qui va quitter ailleurs pour venir arranger ton coin, autour de toi. C'est pas possible ! La mairie vient en renfort avec ce que vous êtes en train de faire. Le maire elle est l'autre côté, vous vous êtes là. Donc c'est entre vous qui devriez faire la sensibilisation, qui devrez faire en sorte que les choses avancent. »

Mr Loséni, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Pour étayer son propos, il fait appel à une histoire qui fait également date :

> « Nous sommes allés l'année dernière à Toviato avec une ONG belge parce qu'ils voulaient aider les pauvres. On est arrivé à Toviato on rentre dans une maison en baraque il y écran plasma, on rentre ici il y a congélateur avec tout ! Les dames ont dit "*mais Mr Loséni, mais*

ici là il n'y a pas de pauvres". C'est la même chose ici, ici là tout le monde a une télévision, a écran plasma, a tout dans sa maison

Dr Ezes : Antenne parabolique…

Mr Loséni : Même parabolique tout ça s'est installé ici ! Chacun a son compteur d'eau, a son compteur de courant. On a fait des adductions d'eau communautaire ici ça n'a pas trop marché parce que il fallait se partager les factures. »

Mr Loséni, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Nous retrouvons donc ici, reconstruite par ces deux cadres, et quasiment mot pour mot l'histoire des paraboles hérissées sur les toits de Vridi, dont le Dr Fulgence nous avait déjà fait part un an auparavant pour remettre en question la pertinence du site choisi et expliquer la vulnérabilité face au choléra en termes de choix économiques des populations affectées. Cette *allégorie des paraboles satellites* n'est donc pas spontanée, elle circule à travers le temps. Elle permet d'ôter à ceux qui vivent dans ce quartier — l'un des derniers d'Abidjan à être composé d'une majorité de baraques en bois — de leur droit à se qualifier de personnes dans le besoin, notamment vis-à-vis d'une mairie. Ce déni de faiblesse se construit sur la base d'une frivolité mortifère : l'autre préfère s'abonner à Canal plus plutôt que d'acheter du savon, de l'eau potable, etc.

Récit 3 : La saleté comme camouflage

Si la complaisance avec la saleté peut être le résultat d'un manque de civilité ou de priorités frivoles, elle est également théorisée par certains comme un outil.

Nous sommes en début novembre 2014, soit un mois après le début de l'épidémie. Je suis sur la rive d'Ossibissa, un village « précaire » de l'île Boulay, située dans la lagune Ébrié d'Abidjan. L'île fait partie d'une réserve d'État, elle n'a ni raccordement à l'eau potable ni collecte de déchets, un pont serait en projet, l'avenir de ce territoire jouxtant le port industriel est incertain. En attendant, les populations en mal de logement, en grande partie des pêcheurs étrangers, ont fait usage de ce territoire en « attente de projet ». Michel, un interne en médecine, me demande : « pourquoi les gens sont sales dans ces quartiers (Ossibissa, Vridi 3) alors que par ailleurs ils aiment la propreté

et être propres sur soi ? ». Sous forme de discussion informelle se mène un débat dont j'étais devenu coutumier. Je commence par pointer les déficiences quant à l'infrastructure en eau et en assainissement, tandis que lui regrette le manque d'effort collectif et individuel des populations affectées par la maladie. Nous aurions pu continuer de camper nos positions respectives quand soudain il me livre une autre interprétation : ces lieux sales seraient en fait parfaits pour exercer certaines activités illicites. En effet, « *certains* » seraient là, car ils sont « tranquilles pour faire leurs trafics », ils auraient donc plutôt intérêt à ce que le lieu soit matériellement infréquentable. Mis à part les personnes louches qu'il dit avoir rencontrées dans le cadre des enquêtes épidémiologiques en cours, il en veut pour preuve l'appellation populaire du quartier. « Zimbabwe » aurait ainsi pris son nom par rapport au pays qui était à l'époque de sa création (années 1960) « la plaque tournante du trafic de drogue venant d'Asie ». Il conclut : « Tu vas voir la tête de certains qui déambulent à Ossibissa. Beaucoup sont des camés, ils ont beaucoup de Jamaïcains ou presque ! »

Cette représentation des quartiers de pêches les assimilant à un haut lieu du trafic de drogue m'avait également été rapportée par un infirmier. Ce dernier considérait que « Zimbabwe » était un hommage fait par des rastafaris à la chanson éponyme de Bob Marley. Ceux-ci auraient depuis quitté le quartier, mais le nom serait resté. De même un responsable du contrôle de la maladie m'avait expliqué que les toilettes publiques n'étaient pas ouvertes la nuit, sur Vridi 3 pour des raisons de sécurité. En effet, d'après cette personne, les criminels qui logeaient dans le quartier dormaient le jour et faisaient leurs méfaits la nuit, ce qui empêchait de maintenir les toilettes publiques ouvertes, les tenanciers ayant peur de se faire voler leur recette. Ici la saleté serait autant le produit d'une criminalité rampante qu'un outil pour en permettre l'épanouissement.

L'explication la plus courante sur l'origine du nom du quartier, par ses habitants est en fait toute autre : lors de la création de ce quartier, la guerre du Bush faisait rage au Zimbabwe. Les affrontements étaient fortement relayés dans la presse. Aussi les premiers habitants de la zone qui correspond à Vridi 3 l'appelèrent Zimbabwe pour signifier qu'y vivre et y gagner sa vie y était difficile, que c'était pour « les durs gars ». Ce mode d'appellation des quartiers n'est pas isolé. À Lomé un autre grand quartier de pêche piroguière, à majorité Fante également, s'appelle Katanga. La raison de son appellation, telle qu'on m'en fit le récit sur place[169], était similaire : A l'époque

[169] Notes de terrain non publiées, Lomé, Togo Léonard Heyerdahl 2014.

de la formation du quartier, la province du Katanga en République Démocratique du Congo entrait en insurrection, le conflit armé qui en découlait était particulièrement violent, c'était, là aussi des conditions de vie « dures ». La nomination d'un quartier par une zone de conflit située ailleurs dans le sous-continent semble être une pratique courante chez les Fante et dans de nombreuses sociétés africaines, une expression d'altérité par l'autodénomination d'un lieu approprié. Les dénominations Katanga et Zimbabwe expriment deux idées : celle du *struggle*, de la rudesse de la vie qu'on y mène et en même temps une notion d'allogénicité cependant empreinte de discrétion, car elle n'affiche pas un chez soi, une origine précise.

La chose qui vit au fond des pirogues, l'allégorie des paraboles satellites et la saleté comme camouflage, ces trois récits qui circulaient pendant l'épidémie étaient en fait beaucoup plus anciens que celle-ci, ils étaient rappelés dans le domaine public. Chacun de ces récits attribue une faute morale aux Ghanéens, respectivement 1) la promiscuité avec la souillure 2) la frivolité mortifère 3) la criminalité. Ces différents récits circulaient des cadres supérieurs de la santé publique aux agents en contact avec la population, en passant par une partie des dignitaires locaux. Ils constituaient de redoutables outils discursifs, prêts à l'emploi pour donner une généalogie rassurante et circonscrite à l'épidémie en cours.

Combattre ces discours était difficile pour les pêcheurs ghanéens. Ceux qui les colportaient occupaient des positions et des plateformes qui leur était inaccessibles. Comme dira un pêcheur ningo :

> « Nous on est des étrangers, quand les gens viennent verser les ordures, quand tu parles… Tu as vu étranger il n'a pas la force comme les citoyens. Nous on doit faire rapport pour venir nous aider ou pour donner aussi à la mairie. Mais toujours on a fait rapport là-bas ça tombe toujours. Voilà pourquoi les pêcheurs ils sont en train de tomber malade de choléra. »
>
> John, deuxième réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, novembre 2014

Dans une logique classique de l'exclusion (Elias, 1997) l'incapacité des pêcheurs ghanéens à faire respecter leurs droits, les mises au ban successives et la répétition des récits désobligeants ne

contribuaient en rien à matérialiser leur volonté de s'inscrire sur le long terme dans le quartier, et même, justifiaient la reproduction d'une vie à l'écart.

5.3. Une Dangereuse mobilité

Les pêcheurs ghanéens, au même titre que leurs homologues sénégalais, sont reconnus comme étant les grands pêcheurs de l'Afrique de l'Ouest (Chauveau et al., 2000). Il est ainsi de notoriété publique que l'on retrouve des pêcheurs ghanéens de Conakry jusqu'à Libreville. En temps normaux, c'est-à-dire non épidémiques, les pêcheurs eux-mêmes sont les premiers à s'en vanter. Ce champ migratoire potentiel gigantesque donne lieu, depuis la perspective des contrôleurs d'épidémies à temps plein ou de circonstance, à une anxiété soutenue :

> « C'est un quartier précaire, mais qui ne ressemble pas aux autres quartiers précaires parce que ici le quartier peut diviser en deux (02). La première zone c'est réservé uniquement à la zone des pêcheurs. Donc il y a un risque de déplacement et qui fait que effectivement le quartier dans ses mouvements de va-et-vient pose un problème. C'est ça que nous avons noté. »
>
> Mr Loséni, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Non seulement le quartier est précaire c'est-à-dire notamment, exposé « au péril fécal »,[170]
Mais ses habitants sont de surcroit insaisissables et le contexte Ebola vient amplifier le phénomène :

> « R5 : La Guinée, Libéria. C'est là-bas ils pêchent or c'est là-bas il y a Ebola
>
> R4 : Parce que eux leur travail c'est un travail périodique. Quand cette période arrive, ils vont venir pour envahir tout le quartier
>
> R5 : Même choléra là ça commence sur eux avant de venir […] Il y a certains pêcheurs qui vont jusqu'à la frontière du Libéria pour pêcher et venir. Ils font deux (02) jours, trois (03)

[170] Pour reprendre le titre d'un rapport de l'époque sur la situation sanitaire et l'hygiène personnelle dans les « quartiers lagunaires ».

jours et repartir. De là-bas on ne sait pas c'est quelle maladie que il attrapé là-bas. Ça nous cause beaucoup de problèmes

R : On a peur ! On est là, mais on a peur, on a peur »

Mme Isabelle (R) et ses voisines (R+), entretien groupé,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, juin 2016

Différentes études et rapports épidémiologiques, dont certains très anciens (Goodgame, 1975 ; Rebaudet et al., 2013), pointent une surreprésentation des flambées de choléra dans les quartiers de pêches, et de possibles dynamiques de contamination entre zones de pêches rapprochées[171]. C'est aussi, sur la base de données Africhol, notre entrée sur ce terrain. Cependant, la représentation de l'intensité et de la portée de la mobilité des pêcheurs est souvent bien au-delà des pratiques, comme nous le verrons plus bas. Ensuite, elle semble faire fi des décisions des acteurs concernés, notamment en termes d'autopréservation. En 2014 les pêcheurs avaient eux aussi peur d'Ebola. En effet, les pêcheurs Fante avec lesquels nous avons discuté en cette fin 2014 nous affirmaient à l'unanimité qu'aucun d'entre eux n'irait pêcher au Libéria, en Sierra Leone ou en Guinée, explicitement du fait du risque d'Ebola. Non seulement des consignes avaient été données en plus haut lieu au Ghana pour interdire ce passage, mais de surcroit y aller était perçu comme suicidaire :

« R : Ghanéen là si on connait Ebola avec tout ça là on a peur pour aller là-bas

Q : Ils ont peur d'aller là-bas ?

R : Voilà !!! Avant là il y a les gens ils quittent ici pour partir. À cause de Ebola…

Q : Ils ne vont plus ?

R : Non, non, non ! On est fermé là-bas depuis

Q : Vous avez fermé là-bas ?

R : Ouais […] [si] Quelqu'un il a attrapé Ebola il est mort, tu vas partir mort [mourir] ? Il va rester. »

Aluba, entretien, quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

171 Si les pêcheurs sont reconnus comme étant « à risque » depuis près de 40 ans dans les milieux du choléra (surveillance, réponse humanitaire), il est à noter et à déplorer qu'ils n'ont jamais atteint le statut de « population clé ». À notre connaissance ils n'ont jamais fait l'objet en Afrique de l'Ouest de programmes spécifiques de prise en charge ou de préventions en rapport avec les maladies hydriques.

Lorsqu'on lui demande si ce sont les militaires ou les douaniers guinéens qui empêchent leur venue, il clarifie que ce sont les pêcheurs eux-mêmes qui s'interdisent d'y aller :

> « Non, ils n'ont pas fermé là-bas, ils n'ont pas fermé là-bas […]
> Nous on veut pas même ! On veut pas là-bas. S'il voit la mort là il va rester ? Il voit la mort venir là ! »
>
> Aluba, entretien, quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Les pêcheurs fante répètent à l'envi qu'aucun d'entre eux n'allait plus dans les pays affectés par Ebola. Malheureusement leurs interlocuteurs font souvent peu de cas de leurs propos. Un personnel médical exerçant dans le quartier Zimbabwe me déclare ainsi que « C'est des gars qui ont beaucoup peur de la police à cause de leurs mensonges, ils vont dire qu'ils ne vont pas en Sierra Leone or le gars a dit qu'il y est allé ! ».

À ce stade il est de mise de faire un point sur le champ des possibles et les pratiques de la mobilité piroguière. Si des pêcheurs ghanéens peuvent se retrouver à pêcher des requins au large de Conakry (Overå & Overa, 2001), il s'agit là d'une migration à long terme d'une faction peu nombreuse et spécialisée des pêcheurs ghanéens. Similairement des pêcheurs ghanéens peuvent être installés au Libéria ou en Sierra Leone, mais dans ce cas leurs navettes iraient de ces pays respectifs au Ghana. L'idée que des pirogues remplies de pêcheurs (malades) font des navettes maritimes incessantes et hors de tout contrôle entre la Guinée, le Libéria, la Côte d'Ivoire et le Ghana s'avère inexacte.
Premièrement, elle surestime grandement la facilité de voyager en pirogue. La pirogue motorisée est peut-être un moyen abordable d'aller en haute mer pour y extraire des ressources halieutiques. Mais quand on la compare à une voiture ou un car, elle s'avère être un piètre véhicule pour se déplacer d'un point à un autre de la côte. Même pour des trajets relativement restreints entre deux points de la côte, dont le plus commun pour le quartier Zimbabwe est entre Moree et Abidjan (390 km), les équipages sont envoyés par mini bus (*gbakas* ivoiriens ou *trotros* ghanéens), comme la plupart des personnes — commerçants, religieux, familles en visite — qui transitent quotidiennement dans la région par les routes côtières. La voie terrestre est beaucoup moins chère, plus sûre et quatre fois plus rapide que la voie maritime. Depuis Abidjan, atteindre Moree en Pirogue peut prendre 48 heures. Atteindre Conakry, en Guinée, à près de 1400 kilomètres, prend près de trois semaines, et consomme près de 1 500 litres de fioul en pirogue. En transport en

commun, il est possible de relier Conakry par Nzérékoré en partant d'Abidjan, en trois jours et pour environ 35 000 FCFA (frais de *facilitation de passage* et autres *cafés* inclus).

La plupart du temps, les équipages rejoignent une pirogue pour une période donnée, et cette pirogue a sa zone d'influence. La zone d'influence peut cependant changer en fonction des besoins et des opportunités. Ainsi, une pirogue basée sur Abidjan peut se relocaliser sur Sassandra, voire sur San Pedro — comme la *Holy Spirit* N° 4 — pour y faire une série de marées (sorties en pêche) et en quelque sorte *tenter sa chance dans le coin*. À la rigueur cette pirogue peut faire des incursions en eaux libériennes depuis cette nouvelle zone d'influence. Cependant chaque relocalisation est un pari qui nécessite des quantités de carburant très importantes. Ensuite le débarquement des produits de pêche obtenus fait l'objet de contrôles et de diverses contraintes. Pêcher dans un autre pays signifie y payer une licence de pêche et de débarquement annuelle, ou prendre le risque de faire face aux amendes ou aux demandes des contrôleurs attitrés. Enfin elle demande un capital social important, on ne pose pas un filet et l'on ne débarque pas une pirogue sans avoir des connaissances influentes dans le périmètre.

A la lueur de ces éléments, il est opportun de revenir sur la théorie la plus aboutie qu'il m'ait été donné d'entendre sur le démarrage d'une épidémie de choléra en Côte d'Ivoire, pour la flambée de l'été 2006. Je la dois à Samson, un agent de santé :

> « Oui, mais bien sûr, d'après ce que nous avons appris comme information en 2006 quand il y a eu l'épidémie. D'abord il y avait une épidémie de choléra qui sévissait en Guinée. On avait déjà les nouvelles. On était déjà informé en Côte d'Ivoire qu'il y avait une épidémie de choléra et du coup les pêcheurs quittaient Abidjan partaient jusqu'en Guinée aussi […]. Et c'est quand ils [les pêcheurs] revenaient à Abidjan qu'il y a eu un cas dans la pirogue. Or généralement dans les pirogues ils sont au moins 10 personnes […] Ils venaient tout juste, en fait c'est sur le chemin du retour que la maladie a déclenché. C'est-à-dire ceux qui étaient en Guinée, ceux qui sont allés à la pêche là-bas, c'est sur le chemin du retour que la maladie a déclenché sur les gens dans la pirogue. »
>
> Mr Samson, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, septembre 2014

L'hypothèse d'une importation directe du choléra à Abidjan depuis la Guinée et par voie piroguière est-elle possible ? La durée d'incubation du choléra est brève, elle peut varier de quelques heures

à 5 jours. Même en supposant que le pêcheur malade aurait attrapé le choléra par le biais d'un compagnon de pirogue asymptomatique,[172] il est difficilement concevable que cette pirogue ait amené la maladie depuis la Guinée après une traversée de 3 semaines. S'ils sont arrivés malades sur Abidjan par l'Ouest et par voie de mer, ces pêcheurs ont logiquement dû attraper la maladie quelque part sur la côte ouest-ivoirienne.

Des versions similaires de ce récit nous furent rapportées par d'autres personnels du contrôle de la maladie. Cette méconnaissance de la mobilité réelle d'une pirogue nourrit les fantasmes sur la mobilité et l'ampleur du risque épidémique que les pêcheurs pourraient incarner.

Enfin elle est sans doute contreproductive en termes de contrôle. Une épidémie de choléra qui suivrait un équipage de pêche dans une direction linéaire, le long de la côte, serait relativement aisée à maitriser, à condition de ne pas penser que cette pirogue peut rallier Abidjan depuis Conakry en deux ou trois jours.

5.4. Le désir de vigilance

C'est sur la base de ces représentations de la mobilité, alimentant des craintes, que se construisent les risques d'émergence épidémique tous azimuts par les quartiers de pêche. Ceux-ci sont alors envisagés comme des portes dérobées par lesquelles la maladie, d'où qu'elle vienne, pourrait s'immiscer et pénétrer la cité. À ce stade vont se développer des souhaits de vigilance accrue dans le quartier. On cherche en premier lieu à retracer le parcours et les itérations des membres d'équipage, migrants :

> « Mes frères ghanéens, les employés qu'ils prennent là ils viennent d'arriver ni comment ? On ne se connait pas, on ne sait pas qui a pirogue, qui n'a pas pirogue. Et c'est là quand il y a le choléra c'est le quartier qui est concerné. »
>
> Chef Kobenan, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

[172] Porteur sain de la maladie, qui ne présente pas de symptômes, mais dont les selles peuvent être contaminantes. Près de 80 % des cas de choléra seraient asymptomatiques (source : who.int/cholera).

Au risque de compromettre l'efficacité de la réponse épidémique, le recensement des pirogues est posé en condition préalable à leur désinfection :

> « On est arrivés ici on vous a trouvés ici, on vous a dit simplement déclarez vos pirogues pour qu'on puisse conduire une lutte anti vectorielle c'est-à-dire les pomper pour ne pas que les microbes… »
>
> Dr Ezes, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Lors de la flambée précédente de 2006, les pirogues avaient été contraintes de rester à terre. Ce qui provoquait une méfiance de la part des propriétaires de pirogues quant à un possible recensement des pirogues présentes alors sur quartier Zimbabwe. Ce bras de fer s'étala sur le mois d'octobre, mais à bien des égards la liste demandée pouvait être considérée comme un bluff, ou une meilleure manière de repousser une intervention de contrôle (le pompage au chlore des pirogues) que les pêcheurs appelaient en fait de leurs vœux : il fallut de toute façon attendre la fin du mois d'octobre pour réussir à rassembler suffisamment de chlore pour mener à bien l'opération.

Plus généralement les autorités entreprirent de recenser tout nouvel arrivant dans la perspective du risque Ebola comme l'explique le Dr Ezes aux participants de la première réunion publique de sensibilisation au choléra d'octobre 2014 :

> « Mais ce que je voudrais vous demander — et ça, c'est instructions du gouvernement — c'est que nous puissions recenser toutes les nouvelles personnes qui arrivent de voyage hors du pays. C'est important, Mme la ministre nous a demandé de vous voir pour que nous puissions savoir qui est venu des pays affectés c'est-à-dire le Libéria, la Guinée, la Sierra Leone. Ces personnes peuvent arriver en bonne santé et puis présenter la maladie [Ebola] par la suite. Donc si on les connait, on va les suivre pour pouvoir détecter si il y a un cas de maladie pour éviter que la population ne se contamine. Donc il y va de notre santé à tous parce que si il y a un cas qui est arrivé qu'on n'a pas signalé que la maladie se déclare ici on aura plusieurs cas qui vont se déclarer et ce sera difficile à contrôler. Donc il est

> important pour nous, ce n'est pas la xénophobie, ce n'est pas l'exclusion, mais c'est une affaire de santé pour tous. Donc je demande à tous nos frères qui vont accueillir des personnes venant de la Guinée de les signaler. Nous on va se permettre de les suivre pendant 21 jours et si il n'y a rien les personnes vont vaquer à leurs occupations. Donc voici la dernière information que je voulais vous donner, mais vous remercier pour votre présence massive. »
>
> Dr Ezes, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Le Dr Ezes n'indique pas en quoi consiste le suivi des personnes que les pêcheurs sont censés déclarer. La notion qu'après 21 jours ils seront libres de vaquer à leurs occupations laisse penseur sur les contraintes qui sont envisagées entre temps. Doivent-ils être placés en observation pendant 21 jours ? Aucune explication n'est donnée sur la nature du « suivi » et des conséquences du signalement des personnes en provenance des pays affectés par la maladie.

5.5. Une nuisance pour la cité

Après la mise en avant de la répétition du malheur, de la démonstration de la surreprésentation des pêcheurs dans le contingent des malades, des récits soulignant la tolérance amorale des pêcheurs ghanéens concernant la souillure, le temps était venu pour les cadres de relayer ce que la communauté de vie ivoirienne, la cité, pensait des évènements qui se déroulaient dans le quartier Zimbabwe :

> « Donc si c'est tous les jours Vridi 3 [Quartier Zimbabwe], les gens laissent leur travail, tous les jours c'est Vridi 3, donc Vridi 3 là on n'a qu'à faire quoi maintenant ? À cause de ça le maire ne dort pas, le ministère de la santé ne dort, tout le monde ne dort pas. Vous voulez qu'on fasse quoi maintenant ? On est arrivé ici à deux (02) reprises [deux épidémies passées], à plusieurs reprises, nos parents ghanéens qui vont en mer, il y a d'autres qui vont jusqu'en dans les eaux sierra-léonaises, dans les eaux guinéennes, dans les eaux libériennes, d'autres vont jusqu'à Sassandra, d'autres vont jusqu'au Ghana. »

Mr Loséni, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Cet état de fait provoque la honte du chef Kobenan qui doit répondre auprès des instances officielles des évènements qui secouent le quartier :

> « Chef Kobenan : Parce que ça fait honte ! Avant-hier j'ai dit devant Dr Ezes ici que 'choléra a fui !' ça ne fait pas un mois
> Dr Ezes : Non !!! C'était vendredi et puis lundi il y a eu les premiers cas
> Chef Kobenan : ça fait honte ! »

Dr Ezes et chef Kobenan, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Malgré le dérangement causé, les Ghanéens sont considérés comme non solidaires des mesures prises pour lutter contre l'épidémie, ils évitent le dialogue en employant des stratagèmes :

> « Quand tu demandes à un seulement 'C'est pas pour moi oh'. Il ne parle plus français, il parle Ashanti ou il parle autre chose, il parle son anglais. C'est pas normal ! »

Dr Ezes, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Le Ghanéen est souvent suspecté de malhonnêteté « il aime dissimuler », il « ne dit jamais la vérité, c'est son point fort là ». [173]Les femmes, « celles qui font le Dôkounou (plat ghanéen) » ne sont pas en reste, « quand tu arrives, quand tu leur parles elles ne parlent plus français ». [174]Les chefs lorsqu'on les convoque, « il y a palabre », ils sont « récalcitrants ».[175]

[173] Discussion informelle avec un agent de santé de Port Bouët, Abidjan, novembre 2014.
[174] Dr Ezes, Réunion publique de sensibilisation sur le choléra, quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014.
[175] Chef Kobenan, Ibid.

Le détachement et le manque d'investissement dans le local sont une autre source d'exaspération des cadres établis envers les « frères ghanéens ». Ainsi le Dr Ezes se lamente, car « il y a un qui m'a dit sur la route de Bassam lorsque on cassait les maisons en bordure de mer 'Ah si on cassé ici moi j'ai déjà ma villa au Ghana, même je vais partir', avant de conclure :

> « C'est dire que, il y a des expressions qu'on ne dit pas. Lui il a construit pour lui, même si on a cassé ici là lui il peut partir s'installer là-bas, il n'y a pas de problème. C'est pas normal, c'est ici là nous tous nous sommes venus, chacun est quitté au village, ici vous constituez la CEDEAO. »
>
> Dr Ezes, première réunion publique de sensibilisation sur le choléra,
> Quartier Zimbabwe, Abidjan, octobre 2014

Face au constat et la preuve de la mauvaise foi des contrevenants, il ne reste aux cadres, en dernier recours, que d'appliquer la coercition dans « la CEDEAO », les dernières minutes de la première réunion de sensibilisation au choléra sont ainsi occupées par les mises en garde du Dr Ezes et de Mr Loséni. Les nourritures préparées par les femmes qui « ne sont pas dans des caisses vitrées », le Dr Ezes va « les ramasser et mettre dans les poubelles ». Au sujet des filets qui sont exposés pour être réparés, mais qui « emprisonnent le bord », il va « enlever tous ces filets-là, je vais les enlever ». Tout ceci est fait pour le bien du quartier comme il l'explique « On va sévir, mais il ne faudra pas aller emmerder les chefs parce que nous on va agir pour assainir le quartier ». Parfois on propose de commencer à punir pour ensuite sensibiliser ainsi Mr Loséni déclare « nous allons commencer à réprimander les piroguiers et puis à les sensibiliser à apporter une lutte anti vectorielle au niveau de l'ensemble de ses pirogues ».

Les amendes, prévient Dr Ezes, sont également de vigueur, elles « vont suivre, ça je vous le dis les amendes vont suivre parce qu'il faut que dans les 10 jours si le directeur revient ici il faut qu'il sache qu'effectivement Vridi 3 a changé ». Elles pourraient aussi être distribuées pour punir toute occurrence de la maladie, ainsi un autre cadre propose que soit mis en place un système d'amendes pour les propriétaires de pirogues qui auraient des cas de choléra qui se déclareraient parmi leur équipage.

Enfin, l'ultime menace concerne le devenir même du quartier, qui dans ses mésaventures épidémiques aurait dérangé en trop haut lieu. Le Dr Ezes prévient « Mme la ministre de la Santé va venir ici, je ne vais pas vous dire quand, mais d'ici peu elle sera dans votre quartier. » Si le mot « déguerpissement » n'est pas prononcé publiquement, il est dans tous les esprits. De fait de nombreux quartiers dits précaires à cette époque ont été rasés du jour au lendemain, comme ce fut le cas par exemple du fameux quartier Gobelet, installé dans le creux du Vallon, un quartier chic de Cocody, Abidjan. Celui-ci avait été déguerpi[176] puis détruit après une coulée de boue qui avait couté la vie à plusieurs de ses habitants. Quartier Zimbabwe connaitrait-il le même sort après les morts de choléra ? En tous cas la ministre ne ménagerait pas ses habitants, « comme vous la connaissez, elle va rentrer dans les coins, recoins et puis quand elle parle là vous la connaissez oh. Si vous ne la connaissez pas vous allez la voir, […] elle là quand c'est rouge elle va appuyer dessus. Si ça doit te piquer oh c'est pas son problème. Donc elle sera ici incessamment. »

Conclusion

Pendant cette période de fin 2014 et début 2015 on continuera d'une part de médiatiser l'absence de la maladie Ebola et on luttera d'autre part en silence contre le choléra. Ce gradient dans la parole n'est pas à mettre uniquement sur le compte d'une hiérarchie des craintes entre le virus Ebola et la bactérie choléra. En effet, dire l'absence d'Ebola et éviter de parler du choléra contre lequel on se bat sont deux formes de discours *tenus et retenus* (Fassin, 1994 ; Jamin, 1977) qui confortent la représentation d'un pays émergent. Le discours sur les épidémies en présence, combattues, repoussées ou absentes, le risque qu'elles représentent est modelé et jaugé en fonction du risque d'un écart à la correspondance imagée d'une bonne voie vers l'émergence. La promesse de cette émergence économique est le socle sur lequel d'aucuns ont entrepris de bâtir la sortie de crise du pays (Akindès, 2017).

176 http://lepointsur.com/deguerpissement-du-quartier-precaire-de-gobeletdes-milliers-de-riverains-sopposent-a-la-demolition-de-leurs-maisons/ , consulté le 9 août 2018.

En janvier 2015, l'épidémie de choléra pris fin en Côte d'Ivoire après avoir affecté plusieurs quartiers Abidjanais au premier rang desquels le quartier Zimbabwe, elle aura provoqué près de 300 malades et 19 morts. Malheureusement, contrairement à la bactérie, les discours épidémiques eux, continueront d'opérer et d'être invoqués auprès des populations du quartier Zimbabwe (CF Chapitre 10, qui suit). Le déploiement des discours épidémiques auprès des populations affectées alors que le silence concernant l'épidémie en général règne dans les sphères publiques montre les défis existant dans la création et l'utilisation de données épidémiologiques et de catégories telles que « groupes vulnérables ». Elle démontre aussi les points de tensions existants encore en Côte d'Ivoire envers « les (autres) étrangers » dans une société qui tente déjà de dépasser les logiques de l'ivoirité. Le prochain chapitre aborde la persistance des discours épidémiques dans cette Côte d'Ivoire tournée vers l'émergence, mais encore traversée de tensions.

Chapitre 10 : La visite redoutée de « Maman Bulldozer ». Logiques d'émergence et persistance des discours épidémiques sur quartier Zimbabwe, Abidjan

Introduction

La fin de l'épidémie de choléra en février 2015 ne va pas signifier la fin des tensions entre les habitants et une frange des encadrants du quartier. Déjà brandie pendant la flambée, la menace d'un « déguerpissement » du quartier reste vive pendant les années qui suivent. Il s'agit d'un risque qui pourrait survenir si le quartier est jugé trop insalubre, les habitants du « hotspot » sont donc invités à prendre les mesures nécessaires pour éviter une possible réémergence épidémique en leur sein. L'émergence économique, quant à elle, charrie une autre source potentielle de déguerpissement : celle de la réclamation du terrain du quartier Zimbabwe par un port industriel soucieux d'offrir un lieu d'activité a ses partenaires économiques internationaux. Ici encore, accompagnant des discours de propriété foncière, de valorisation de l'espace et parfois de priorité nationale, les opérateurs économiques n'hésiteront pas à recourir à la rhétorique du hotspot pour justifier leur demande de déguerpissement du quartier.

On constate ici la présence simultanée des préceptes de la *ville épidémique*, qui tente de repousser l'autre, considéré comme un réservoir du mal, hors de la cité, et de la *ville vitrine*, qui veut repousser les informels, les improductifs hors de la cité que l'on réserve et discipline pour la modernisation, dont la vision actuelle est celle de l'*émergence*.

Faisant face à ces différents registres de menaces, les habitants du quartier estampillé comme *hotspot* vont entrer dans un « conflit-négociation » avec les différentes formes d'autorité à même de conduire ou de reporter le déguerpissement. Les différents registres de légitimité développés dans le cadre de ces interactions ainsi que les usages faits de la notion de risque épidémique parlent aussi bien des usages des produits de la surveillance dans le gouvernement de la ville et des territoires, de l'utilisation de la menace et de la réalisation du « déguerpissement » comme forme de prévention des épidémies et de la place des « autres », épidémiques ou informels, dans la société ivoirienne émergente.

1. Inspection sanitaire

1.1. La propreté environnementale comme enjeu de santé collective et de survie politique du quartier.

Déjà brandi comme une menace dans le cours de l'épidémie de choléra qui a émergé dans le quartier à la fin 2014, le déguerpissement pour cause de saleté et de risque épidémique est construit comme un risque pour les habitants du quartier. La propreté du quartier devient alors non seulement un enjeu de limitation de risque sanitaire, mais aussi de survie matérielle du quartier, tel que l'explique Aluba, un ancien pêcheur qui fait partie des autorités Fante du quartier :

> « Donc cette année nous n'avons pas besoin de choléra dans le quartier, on fait un plaidoyer auprès d'eux, auprès de nos gens pour qu'ils fassent bien attention à cela. La maladie ne doit pas venir à Zimbabwe parce que le gouvernement a dit "si l'on entend parler de la maladie du choléra, nous allons démolir »[177]
>
> Aluba, Entretien, quartier Zimbabwe, juin 2018

[177] "So this year we don't need no cholera for this place, we are advocating them, advocating our people to take very good care for that. they shouldn't allow the sickness to come to Zimbabwe." because government say 'if we hear sickness of cholera, we are going to demolish'."

Cette injonction au nettoyage n'était pas seulement destinée aux résidents ghanéens. Isabelle [178] est Ivoirienne et vit dans le quartier depuis la fin des années 1990, sa double position de fonctionnaire pour la mairie et de résidente dans le quartier est souvent délicate, accompagnée de sa voisine, Marie, elles confirment les efforts déployés par les habitants du quartier, toutes origines confondues pour le garder propre après l'annonce des menaces de déguerpissement :

> « Marie : nous-mêmes on balayait.
>
> Isabelle : Puisqu'on se disait que si le quartier est sale ils vont venir nous déguerpir ! (Rires) Voilà !! (Rires) Donc quand tu dis ça à ton ami, il ne discute plus hein ! En tous cas on s'est bien comporté jusqu'à ce qu'on n'entende plus du choléra et on a oublié les bonnes habitudes. Voilà comment ça arrive (rires) »
>
> Isabelle et Marie, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Isabelle note également le risque continu de « relâchement » des bonnes habitudes au fur et à mesure que l'épidémie s'éloigne.

Du côté des autorités sanitaires, la menace de déguerpissement semble être utile pour motiver les populations à maintenir d'un environnement propre dans leur quartier. Il s'agit donc d'un outil de coercition à l'hygiène environnementale. Mais le déguerpissement accompli se représente également comme comportant des vertus préventives contre les épidémies. Ainsi en atteste l'interprétation de l'absence du choléra en Côte d'Ivoire depuis l'épidémie de 2014 et jusqu'à la date de notre entretien (septembre 2018), Irénée, docteur en biologie travaillant pour la santé publique en Côte d'Ivoire :

> « Q : comment est-ce que vous expliquez qu'il n'y ait plus de cas de choléra en Côte d'Ivoire depuis quatre (04) ans ?

[178] Également présentée dans le chapitre 8.

> R : Non, je crois même que depuis plus (+) de quatre (04) ans. J'avoue que j'ai pas vraiment les chiffres devant, mais je pense que depuis plus de quatre (04) ans… le choléra c'est en rapport avec les conditions d'hygiènes précaires, mais il faut dire qu'il y a vraiment eu beaucoup de sensibilisations. Et puis ces temps-ci avec même le gouvernement qui est là, il y a eu beaucoup de ce qui… habitations précaires, habitation… il y a eu beaucoup de **grincements de dents**, mais **on a cassé beaucoup d'habitations précaires**. […] On a cassé beaucoup d'habitations. Donc du coup **je pense que tout ça aussi ça assainit un peu** et ça peut être participé [à l'absence du choléra]. Mais on n'a vraiment pas eu de cas ces temps-ci. »
>
> Dr Irénée, entretien par téléphone, septembre 2018

Ce mode de pensée et d'action, qui dans un état d'esprit très *Beckien*[179], fait abstraction des nouvelles potentialités épidémiques qu'elle crée par la même occasion[180], nous semble être une réminiscence de la *ville épidémique* qui se contente de repousser l'autre — perçu comme réservoir potentiel de la maladie — hors des murs de la cité. Ce mode opératoire rejoint la discussion plus générale de l'anxiété foncière ressentie à Abidjan par les victimes du déguerpissement des habitats informels du centre-ville. Nombreux parmi ses habitants sont les ouvriers, manœuvres, salariés et petits fonctionnaires et leurs familles qui font « tourner » la ville et qui, une fois délogés de quartiers précaires, se retrouvent dans de nouveaux terrains périphériques, souvent encore moins bien établis (Konan, 2017). Ce mouvement de refoulement vers la périphérie des informels et des petits est réminiscente de la *ville vitrine* motivée par la défense d'une image moderne de la capitale et par extension, du pays (C. F. chapitre 8).

En définitive, pour les habitants de quartier Zimbabwe la menace d'un déguerpissement est prise au sérieux, ce n'est « pas pour blaguer », tant les habitants estiment que les détenteurs du pouvoir sont convaincus des vertus du déguerpissement en termes de prévention des épidémies et d'accompagnement au développement économique.

[179] Pour Ulrich Beck (Beck, 1992) la société du risque se caractérise aussi bien par la multiplication des risques majeurs que par la production de nouvelles menaces issues des stratégies de contrôle des risques.

[180] Zimbabwe est précaire, n'a pas d'infrastructure d'assainissement des eaux usagées, mais compte sur un réseau d'eau potable qui couvre une bonne partie du quartier, ainsi que sur un centre de santé. Qu'adviendrait-il si ses 33 000 habitants allaient, suite à un déguerpissement, se loger sur une portion de la berge lagunaire manquant de tout type d'infrastructure ?

À l'observateur, cette mise sous tension et cette coercition à l'hygiène peuvent paraitre cavalières, car elle se produit parallèlement à une dégradation des aménagements sanitaires du quartier. En effet, le maintien d'un niveau de salubrité adéquat du quartier a été rendu plus difficile par la disparition de l'unique benne qui permettait la collecte des ordures. Aucun des déchets produits au quartier Zimbabwe ne quittait plus le quartier depuis 2015 et ce fut le cas jusqu'à la fin de notre travail de terrain en 2018. Sans caniveaux, sans collecte d'ordure, les habitants, et en premier lieu les femmes et les enfants, s'échinaient à éviter les flaques, pousser les ordures, les enterrer au bord lagunaire, les brûler. Mais le plastique brûlait mal et les bouteilles jetées en bord de lagune revenaient à présent rapidement du fait de l'étroitesse nouvelle du bras d'eau, rétréci par les remblais industriels initiés en 2015 sur les rives attenantes au quartier.

Poussés par la chefferie, les personnels du centre de santé, de l'école, par les représentants religieux ainsi que des quelques ONG qui avaient des activités dans le quartier, les habitants tentaient autant que faire se peut de garder le quartier « propre » pour éviter sa destruction. Nos interlocuteurs se pensaient observés et certaines figures de cette autorité sanitaire émergent dans leurs discours, notamment celle de la ministre de la salubrité Anne désirée Oulotto, également surnommée « Maman Bulldozer ».

1.2. Intraitable. La visite redoutée de « Maman Bulldozer »

Un imprévisible courroux

À plusieurs reprises, dès début 2016, mes interlocuteurs me font part d'annonces de la venue de la ministre de la salubrité, signalée quelques jours à l'avance pour une date donnée, sans que la visite ne se réalise le jour escompté. La multiplication de ces annonces non réalisées crée une pression continue de la menace d'une visite.

> « 'Je viendrai alors que vous aurez oublié' et un jour elle viendra comme un voleur, un jour pour nous attaquer. Elle vient aujourd'hui [finalement] non, demain [finalement] non, dans une semaine ! Donc, ce sera de façon inattendue [unexpectedly]. Nous aurons alors de la

saleté dans le quartier. [ce ne sera] pas lavé. Les gens crieront 'Hé ! la ministre est arrivée, ahh !' »[181]

Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mars 2018

Aluba me dit qu'avec le temps qui passe sans que sa venue ne se concrétise, certains sont tentés de baisser la garde, ils ont tort : « Tout le monde oubliera, 'ah, elle n'est pas venue, je peux faire ce que je veux', mais un grand soir elle peut venir et dormir ici » Aluba indique son lit, « elle se réveille à côté de toi », il penche sa tête et la pose sur ses deux mains, il écarquille les yeux pour mimer son réveil à lui, puis, redressant la tête, il incarne « maman bulldozer », souriante « 'Hello ! hé ! hé ! Alors, tu n'as pas nettoyé ? D'accord…' » soudain, le visage d'Aluba se ferme, il dit sèchement, tout en hochant la tête : « elle n'acceptera pas de pot de vin. », le jugement est bref, la sentence immédiate : « 'Tu es sale ! [à d'autres] : venez ! démolissez cet endroit !' ». Aluba tire les conclusions des annonces avortées de la venue d'Oulotto : « elle est comme un pêcheur, elle attend le bon moment pour lancer son filet.[182] »

Incorruptible n'est pas clément

En Côte d'Ivoire le déguerpissement n'est généralement que l'aboutissement d'un conflit-négociation (Leimdorfer, 1999) engagé le plus souvent dans la longue durée entre divers administrateurs et les acteurs sociaux faisant un usage informel de l'espace public. Il y a donc un dialogue qui se met en place dans lequel les prérogatives de chacun s'affrontent. L'illégalité n'enlève en rien le pouvoir de justifier son usage du territoire, des différences de droit peuvent se négocier au cœur de l'illégal, avec pour but d'obtenir la continuation d'un statu quo, une officialisation ou une indemnisation, selon la primauté dans l'utilisation d'un espace, la nature de sa valorisation, l'identité (nationale ou ethnique) de ceux qui en font usage (Couret, 1997).

181 'I am coming, coming, you will forget.' and one day she will be coming like a thief, one day attack us. Today coming, no, yesterday, no, in a week! So. It will come unexpectedly. Then we will have dirty in the compound. No cleaning. "Hey ! The minister has come, uhhh!! "People will be shouting.

182 « everybody forgets: "Ah she hasn't come, I can do anything." but big night she can come and sleep here, she wakes up next to you, "heyyyy (clapping slowly her hands) , heyy, hé hé ! you no clean, ? okayy..." she will not take a bribe, "you are dirty ! (addressing to those behind her) come and demolish this place!" she is like a fisherman, waiting for the moment to cast his net. »

Dans le quartier Zimbabwe, la ministre de la salubrité Oulotto parait particulièrement redoutable, car elle trouble la dialectique des conflit-négociations entourant le risque de déguerpissements. D'une part en faisant planer le doute sur le jour exact de sa venue, d'autre part en raison de son caractère, elle est perçue comme incorruptible. En effet, la ministre serait intraitable, elle manquerait même de compassion diront certains, tandis que d'autres voient en elle la figure maternelle autoritaire, mais juste, au sens où sa colère et la destruction opérée par « ses » bulldozers seraient au service de populations en manque d'éducation citadine. Son passage par le ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant vient conforter cette image de figure maternelle de la nation. Si les pêcheurs Fante se plaignent fréquemment de la corruption qui pèse sur eux « Nous pêchons dans la mer, ils pêchent en nous[183] » disent-ils, elle peut, dans le cadre de la menace du déguerpissement, être considérée comme une forme de clémence. Encore faut-il pouvoir corrompre. En Amérique latine, un adage capture cette dualité « pour mes ennemis, la loi, pour mes amis, tout [est possible] »[184] (Villegas et al., 2009 adage également discuté dans sa version anglaise dans Sardan 2015). Cet adage exprime la capacité à manier les normes officielles et le contournement de ces normes par l'établissement de normes pratiques (J. -P. O. De Sardan, 2015). Dans le cadre des Fante, si les normes pratiques de la petite corruption pèsent sur eux au quotidien, ils ne semblent au contraire pas en mesure d'entrer dans un débat concernant l'inflexion de la norme officielle quand il s'agit d'obtenir une faveur.

Sans benne depuis près de deux ans pour faire sortir les déchets solides du quartier Zimbabwe, sans caniveaux pour en exfiltrer les eaux usagées, combien de temps les habitants pourraient maintenir le quartier suffisamment propre au goût de la ministre, d'ailleurs le serait-il selon ses propres critères ? Il est bien entendu difficile de déterminer dans quelle mesure Anne Désirée Oulotto avait le quartier « à l'œil ». La figure de la ministre est mobilisée par les encadrants intermédiaires du quartier, en contact avec la population, pour donner du poids à leurs injonctions d'efforts à la mise en ordre de l'environnement public du quartier informel. Vu d'en bas le pouvoir de l'État semble absent pour épauler la mise en ordre du quartier par la construction de systèmes d'assainissement

[183] "We fish in the sea, they fish in us."
[184] Traduction de l'auteur « Para mis enemigos, la ley, para mis amigos, todo ». Adage que l'on prête curieusement à différents présidents latino-américains de Benito Juárez (Président du Mexique de 1858 à 1872) a Getúlio Vargas (Président du Brésil de 1930 à 1945) voir (Villegas et al. 2009, p. 17).

(caniveaux ou égouts) et de services d'hygiène (collecte des ordures), mais s'exprime tout de même, en négatif, par la menace diffuse d'une intervention destructrice.

1.3. Par Blanc interposé

Oulotto n'est pas la seule autorité invoquée dans l'inspection sanitaire du quartier Zimbabwe et la coercition pour la mise en ordre de son environnement. Courant mai 2017 les ainés du quartier, dont Aluba, sont à nouveau inquiets, car les travailleurs d'une des seules ONG opérant dans le quartier ont annoncé que leur « chef », un « blanc venant de France », allait inspecter le quartier et déterminer le niveau d'hygiène.

L'arrivée annoncée de cette mystérieuse figure d'autorité ne manque pas de produire des réactions variées souvent teintées d'inquiétude. D'aucuns déjà pouvaient se délecter du « coup de pression » que cela pourrait provoquer chez les Ghanéens :

> « 'Vous ! Ghanéens : vous envoyez choléra ici, on va envoyer blanc quitter France va venir !' Mais Zimbabwe n'est pas que pour les ghanéens, il y a aussi les femmes dioulas [mais ils disent quand même] 'Ghanéen a envoyé choléra' »[185]
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mars 2018,

Les dialogues rapportés peuvent avoir été grossis, ils indiquent néanmoins une permanence des tensions intercommunautaires sur l'origine ethnicisée des épidémies de choléra. Ici « le blanc » est mobilisé et médiatise la menace du déguerpissement pour insalubrité, les Fante vont s'organiser pour répondre à cette menace et intensifier les activités collectives visant à la préservation de l'aspect nettoyé du quartier.

185 " 'Vous ! Ghanéens : vous envoyez choléra ici, on va envoyer blanc quitter France va venir !' » but Zimbabwe is not only Ghanéen, Dioula women also [they still say] 'Ghanéen a envoyé choléra' "

Mobilisations pour la défense du quartier

Les jours qui précédant l'arrivée du « Blanc », un effort supplémentaire fut entrepris par des groupes de femmes mareyeuses et de jeunes pour nettoyer les rues principales de quartier Zimbabwe, qui furent débarrassées des sachets qui pouvaient y trainer. On jetait de la terre et des cendres des fumoirs sur les flaques d'eau pour donner aux chemins de terre l'aspect le plus lisse et sec possible.

> « Mercredi nous verrons qui a amené la maladie sur Zimbabwe ! C'est pour cela que je t'ai demandé de venir […] [l'ONG] dit toujours que nous devrions balayer, qu'ils ne veulent rien voir trainer. Mais je ne sais pas pourquoi il vient exactement, mais ça devrait aller, je n'accepterais pas qu'il vienne si tu n'es pas là, c'est pour cela que tu devrais venir et être témoin […] Tu peux lui parler au nom des pêcheurs [186] »
>
> Aluba, entretien, Abidjan, Côte d'Ivoire, juillet 2017

L'identité du blanc, la nature et l'implication de son « inspection » échappaient à Aluba. En me demandant de participer et d'interagir avec le Blanc[187], il voulait mobiliser mon identité[188] et mon statut à l'avantage du quartier.

Nous ne savions pas de qui il s'agissait, mais connaissant le planning de la visite, nous nous sommes stationnés à la maison communautaire de Fante-Newtown, le sous-quartier Fante de Zimbabwe. Le « Blanc », ainsi que ses accompagnateurs étaient forcés d'y passer pendant leur visite du quartier pour faire les salutations d'usage aux autorités locales, dont Aluba faisait partie.

[186] "Wednesday we will see who brought dirtiness in Zimbabwe! This is why I asked you to come.[… ONG] always says 'sweep; we don't want to see anything there'. But I don't know what he is coming for. But It should be ok. I would not accept him to come without you, so that is why you should come and witness […] you can talk to him on behalf of the fishermen".

[187] Aluba était mon logeur au quartier Zimbabwe, il m'a également introduit aux campagnes de pêche piroguière en haute mer qui impliquaient de passer deux jours et une nuit au large dans différentes pirogues et sous sa protection, de sorte qu'un rapport de confiance et de filiation symbolique s'était construit au fil du temps, il était mon « papa » dans le quartier.

[188] Me retournant les questions dans les nombreux entretiens que je fis avec lui, il excellait dans la manipulation de mes identités quand il s'agissait de négocier ma participation à des activités. Ainsi lors de rallyes politiques j'étais un étudiant mexicain, pour monter dans une pirogue j'étais le neveu utérin d'un pêcheur de « Britanny », je devenais un inspecteur sanitaire chargé de contrôler l'hygiène des pirogues si la nôtre se faisait arrêter par la gendarmerie.

Au bout d'une heure, la providentielle 4 x 4 blanche arriva, et après que l'équipe eut salué les ainés du quartier présent, j'engageai la discussion avec l'expert venu de France.

Un homme grand, maigre et aux tempes grisonnantes me tend la main avec toutefois un air surpris, nous l'appellerons Alain. Rejoint rapidement par l'un de ses guides, de l'ONG locale, il m'explique rapidement l'objet de sa venue. Alain était en fait un ancien humanitaire reconverti en évaluateur indépendant, et son travail de consultant visait à apprécier la concordance entre les résultats en matière de sensibilisation et d'aménagement de l'espace sanitaire (livraisons de petits matériels de nettoyage, fosses à ordures…) déclarés par l'ONG et ses financeurs dans leurs rapports d'activité et la « réalité du terrain ». Il m'apparaissait alors que ce que l'évaluateur rapportait sur les grilles standardisées qu'il tenait sous son bras aurait peu de chance d'avoir un impact direct sur l'avenir du quartier. Ces écrits portaient bien sûr et avant tout sur le financement du projet partagé entre l'ONG française et son partenaire local, pour leurs activités au quartier Zimbabwe.

Les cadres de cette ONG locale étaient présents, dont certains, aguerris aux quartiers précaires s'y mouvaient avec aisance, tandis que d'autres n'ayant manifestement pu trancher tout à fait entre le protocole d'une évaluation des rapports d'activité et les conditions d'une visite de terrain tentaient de se mouvoir en épargnant autant que possible à leurs chaussures cirées les inévitables éclaboussures. En informant à l'avance la communauté de la venue de l'évaluateur, les travailleurs associatifs mobilisaient certes toute la chaîne des bénéficiaires des financements pour en assurer la continuité, mais ils assuraient aussi et avant tout la sauvegarde de leur propre emploi. Ici, la menace du déguerpissement pour cause d'insalubrité est détournée, donnant au « Blanc » une mission et un pouvoir qu'il n'a pas — décider du besoin de déguerpir le quartier pour motifs sanitaires — de façon à inciter les « bénéficiaires » à combler les écarts éventuels entre les avancées déclarées dans le rapport et la réalité du terrain pour ce jour fatidique. À la réflexion l'écart aurait pu être attribuable à une survalorisation des résultats de l'ONG sur la propreté du quartier, ou bien à un relâchement des efforts de la « communauté » entre le moment de la production du rapport et la venue de l'évaluateur. Une chose est sûre, la surévaluation de l'impact de l'ONG devait jouer, car lorsque j'ai mentionné l'arrêt de la collecte de la benne dans le quartier, Alain m'a indiqué qu'il pensait que ce problème avait été résolu, l'un des membres de l'ONG, visiblement gêné, a confirmé cela timidement, ce à quoi je répondis « ah bon ? je n'étais pas au courant… » puis le silence s'est

fait dans la voiture. Dans le rétroviseur, je vis les sourcils d'Alain se froncer et disparaitre un instant sous la bordure noire de ses lunettes de soleil, il avait compris.

Le risque de survenue épidémique n'est pas le seul registre mobilisé pour fonder le déguerpissement du quartier. Joël, un ingénieur qui travaille à l'interface entre les bailleurs de fonds internationaux et les ministères ivoiriens pour des projets d'infrastructures en eau et assainissement, nous offre une analyse institutionnelle de la probabilité que le quartier Zimbabwe puisse subsister.

> « Pour moi il y a un double risque. C'est que même dans l'hypothèse où la ministre dit 'bah, on va vous aider, vous avez nettoyé le quartier, il n'y a plus d'épidémie depuis… [longtemps], voilà on va vous laisser une chance'. Si la ministre dit ça, très bien. Elle, elle aura validé, mais c'est un sursis, parce qu'ensuite si les autres ministères, qui sont plus forts, disent 'on récupère ce terrain parce qu'on va faire du business', le mot de la ministre ne vaudra rien par rapport à ces personnes-là. Donc pour moi ils [les habitants] ont une double lame qui pend au-dessus de leur tête quoi. Même s'ils se font pas dégager pour cette raison-là de salubrité ; pour moi le plus gros risque ce n'est pas la salubrité en fait parce qu'il y a des quartiers encore plus insalubres que celui-là, il est très sale, mais il y a en a d'autres de comme ça qui sont pas autant embêtés, après [dans ceux-là] il n'y a pas eu d'épidémie de choléra… mais pour moi le vrai risque, c'est le foncier. »
>
> Joël, entretien, Plateau, Abidjan, mars 2017

Le risque sanitaire, qu'il soit réel ou manipulé, s'efface devant la pression sur le foncier exercée par l'activité économique accrue d'une société en marche vers l'émergence qui risque de sceller le sort du quartier. La prééminence de ce deuxième registre ne remplace pas les discours épidémiques, mais l'usage peut en être fait pour faire prévaloir les intérêts des acteurs économiques de l'émergence.

2. Logiques d'émergence & discours épidémiques.

Les agents du port sont arrivés à la faveur des premières heures du jour pour délivrer une mise en demeure à tous les chefs de famille de cours et de maisons bordant le flanc Est de l'entrée de quartier Zimbabwe. Les résidents étaient priés de débarrasser le périmètre sous huit jours, étant installés sur des « zones classées ouvrage d'utilité publique ». Le document, produit par le ministère de la Salubrité Urbaine et de l'Assainissement, visait à reprendre le contrôle d'un territoire appartenant au Port Autonome d'Abidjan. On pouvait notamment y lire, « [qu']en dépit des moyens énormes dégagés par le ministère de la salubrité urbaine et de l'assainissement pour atteindre ses objectifs et protéger le domaine public de l'État, vous avez entrepris de vous installer de manière illégale sur ce domaine classé ouvrage d'utilité publique. » Ceux qui s'y sont installés ont donc commis deux affronts, le premier, d'utiliser un terrain pour lequel l'État avait d'autres projets, et enfin, le caractère informel de leurs installations était un affront aux efforts de salubrité du ministère comme le sous-entend la lettre.

J'appris la nouvelle au sortir de l'aéroport, alors que je revenais d'une campagne de vaccination au Malawi. Je retournai au quartier Zimbabwe le jour même. Le premier habitant que je croisai était un ami gardien qui m'expliqua que ce n'était que les maisons construites sur les remblais du bord qui allaient être détruites. Pour construire un pont. Madeleine, de père ivoirien et de mère ghanéenne semblait moins sereine, son père avait mis des années à construire leur cour, qui se trouvait dans la bande proclamée des 25 mètres « à détruire » (AD). D'autres contacts au sein de l'école publique m'indiquent qu'ils avaient pu négocier avec le ministère pour que la destruction du bord se fasse à l'été, après les concours du brevet étant donné que des élèves vivant dans la bande « AD » étaient inscrits pour passer ce diplôme. Un représentant d'ONG travaillant de longue date à Vridi, me fit savoir qu'il ne voyait pas d'issue positive pour le quartier. Pour lui c'était une question de temps avant que le quartier ne soit déguerpi. Un entretien réalisé quelque mois plus tard avec un fonctionnaire du ministère de l'eau me confirma la persistance de la menace. Ayant

proposé un entretien sur l'avenir des infrastructures en eau à l'échelle d'Abidjan, et sans avoir mentionné que je travaillais sur le quartier Zimbabwe en particulier, mon interlocuteur prit l'initiative de parler des déguerpissements à venir en citant Zimbabwe comme exemple.

Si « Maman Bulldozer » et le ministère de la salubrité qu'elle dirige sont en première ligne concernant les déguerpissements, ceux-ci peuvent également être initiés par d'autres acteurs ministériels, comme le ministère de la Construction pour des habitations sur des réserves d'État.

> « Il y a beaucoup de cas de figure en fait, par exemple quand c'est sur une zone industrielle ils sont obligés de se reporter au ministère de l'Industrie, quand ils sont sur une zone qui n'est pas lotie et qui est une réserve de l'État pour la construction d'infrastructures comme les futures autoroutes, là [indique sur la carte] il y a une grande bande de quartiers précaires qui est très très densément peuplée, c'est des milliers d'habitants qui vont être déguerpis à Yopougon, pour le futur quatrième pont et pour la future autoroute qui va relier Yopougon Ouest, Est à Yopougon Sud. Tout ça c'est sur une réserve, c'est des quartiers qui ne seront jamais lotis, là c'est le ministère de la construction tout seul [qui initie le déguerpissement]. Ensuite il y a des zones de réserve portuaires, dans le sud, donc là c'est pareil, c'est encore un autre ministère qui va piloter ça avec le ministère de la construction. »
>
> Joël, cadre d'infrastructures en eau est assainissement entretien, Abidjan, mars 2017

Le fait que la mise en demeure ne semble s'appliquer qu'a une bande du quartier ne rassure pas forcément ses habitants. Les déguerpissements, en fonction de la résistance qui s'y oppose (le « grincement » dont parlait Dr Irénée, cf. supra) au cours du conflit - négociation peuvent être bloqués, mais ils peuvent également, en partant d'une zone limitée, faire boule de neige et finir dans leur lancée par englober le quartier dans son intégralité. Isabelle et sa voisine Marie illustrent leur inquiétude pour le quartier Zimbabwe en s'appuyant sur le du cas du quartier Ino, emporté par petits bouts :

> « Isabelle : Mais INO là tu sais comment ils ont fait ?
>
> Marie : Non

Isabelle : Ils ont pris une petite partie. Le jeudi passé ils devaient commencer, ils devaient terminer tout. Ils ont pris une petite partie. La population s'est levée [les brigadiers] ont dit 'non, vous n'êtes pas… c'est pas tout le monde qui est concerné, hein !'

Marie : (rires)

Q : Ah là, là

Isabelle : Après ils sont revenus, ils ont pris un autre côté. (Rires) ça rétrécit. C'est comme ça ils ont fait. Maintenant quand ils ont vu que ceux qui sont restés ils ne sont pas nombreux, pour eux là même ils n'ont même pas négocié [ils ont détruit] ».

Isabelle, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

2.1. Propriété incertaine : attaque au fondement de la légitimité du quartier

La peur du déguerpissement avait toujours habité le quartier Zimbabwe. De fait celui-ci est né d'un déguerpissement précédent datant de la fin des années 1960, celui de la zone occupée par la suite par une usine Unilever, ses occupants ont été priés de s'installer sur le bandeau de terre, coincé entre la lagune et des entrepôts de matières premières (voir Chapitre 4). Le terrain n'avait pas été officiellement désigné ni loti, il s'agissait d'une réserve du port dont l'État pourrait un jour avoir besoin.

D'abord utilisé comme terrain pour fumer le poisson, (d'où l'un de ses premiers noms - « la pointe aux fumeurs »), il devint rapidement un lieu de vie, et ses premiers habitants, déjà confrontés aux avertissements du Port, s'organisèrent pour tenter de légitimer et d'officialiser leur occupation. Aluba nous indique que l'affaire est remontée jusqu'au plus haut niveau de l'État, le père fondateur Houphouët lui-même aurait à la fin des années 1970 indiqué que le terrain servirait aux femmes Ghanéennes, pour qu'elles puissent fumer leur poisson :

> « Félix Houphouët Boigny l'a donné, mais comme il est parti il y a longtemps, il n'est plus ici. Les pêcheurs ghanéens sont bons. Certaines personnes n'aiment pas le poisson congelé, les Ghanéens fournissent les Libanais et les gens de France aussi achètent pour exporter en France et en Afrique de l'Ouest. »[189]
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, juin 2017

Cette histoire m'a été confirmée par d'autres interlocuteurs, dont des personnels soignants travaillant dans la zone de Port Bouët. On retrouve dans cette doléance des mareyeuses la justification de l'utilisation de l'espace, selon le principe de valorisation de la terre d'Houphouët, qui veut que celle-ci « appartienne à celui qui la met en valeur »[190]. Les pêcheurs et les mareyeuses font valoir la valeur de leur travail, effectué dans quartier Zimbabwe, qui sert autant de zone d'habitat, que de parc à pirogues et de fumoirs et qui alimente la ville en poisson.

Cependant, le temps passant, la parole d'Houphouët et l'interprétation de la valorisation de l'espace semblent garder peu de poids. Malgré les paroles du vieux, nos interlocuteurs concèdent pour la plupart que le terrain « appartient au Port », le peu de garanties de son occupation ne pèsent pas lourd.

> « Ils ont leur carte hein ! […] Eux ils ont des papiers, c'est nous on n'a pas papiers. »
>
> Isabelle, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

De même, le chef central du quartier nous a indiqué dans un entretien informel que ni lui ni les autres habitants n'avaient de titres fonciers et qu'il n'existait pas non plus de titre villageois.

189 "Félix Houphouët Boigny gave it, but since it was a long time... he is not there now. Ghana fishermen are good, some people don't like frozen fish, the Ghanaians (provide) the Lebanese and France people are buying and exporting to France and West Africa countries."

190 Le développement de l'économie de plantation a reposé sur l'importation de main d'œuvre de l'Est du Centre de la Côte d'Ivoire, mais aussi de l'étranger et notamment du Burkina. "La terre appartient à celui qui la met en valeur" est un aphorisme qui incitait et légitimait ces migrations de travail. Elle est également au cœur des tensions économiques et interethniques qui secouent le pays depuis la mort de Félix Houphouët-Boigny (voir le chapitre 6).

> « On n'a pas de statut ici. C'est pour le port, point. C'est pour le port quoi ! Tout le monde sait ! C'est parce que nous sommes de mauvaise foi. On veut qu'on nous regarde, c'est ça : on veut nier les faits. Les gens ont été avertis. »
>
> Isabelle, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Cependant, même Isabelle, qui se retrouve prise à partie entre son appartenance au quartier en tant que résidente et son attache à la mairie du fait de ses fonctions professionnelles, concède que la propriété finale du territoire peut être altérée par l'usage qui en est fait sur le temps et par le nombre d'utilisateurs en question.

> « Vous avez laissé les gens s'installer. Vous savez que c'est pour vous là, au moment où ça commence là il faut parler ! Ou bien, mon fils ? »
>
> Isabelle, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Une tentation : la mise en brousse des improductifs

Au tournant des années 2000, la maire de Port Bouët avait identifié un lieu hors de la ville qui permettrait aux habitants de Vridi de s'installer et de dégager l'espace pour les besoins du port. À l'époque, cette offre avait rencontré une forte opposition parmi les habitants de Vridi, dont les pêcheurs, qui arguaient à juste titre qu'ils n'avaient aucun intérêt à se retrouver en périphérie, qu'il leur fallait résider dans un endroit où ils pourraient écouler librement leur poisson, qu'ils n'avaient en aucun cas envie de se retrouver « en brousse ». D'autres, se remémorant cette offre en viennent à redouter que la mise à l'écart soit encore plus sévère, les emplacements périphériques étant désormais pris, ce serait dans leurs « villages » que les habitants de quartier Zimbabwe devraient aller en cas de déguerpissement. Ce retour au village est sans doute le plus haut degré de mise à l'écart des laissés-pour-compte de l'émergence, elle symbolise un retour en arrière dans le parcours de ceux qui se vivent comme citadins.

> « Les gens, certains sont rassurés que ce soit juste le bord, mais d'autres pensent qu'avec cette histoire d'émergence que les gens paient pas d'impôts [que le quartier va disparaitre]. »
>
> Madeleine, Quartier Zimbabwe, juin 2016

Madeleine souligne la justification fonctionnelle de l'espace social de quartier Zimbabwe dans l'Abidjan post conflit et tourné vers l'émergence. Des acteurs internationaux vont jusqu'à remblayer la lagune pour occuper un espace et installer des entreprises juteuses. Qu'ont donc à montrer les habitants de Vridi 3 pour légitimer leur présence qui n'est d'ailleurs garantie par aucun document légal ?

L'utilisation des espaces est pensée avant tout dans l'intérêt du développement industriel au détriment de la population urbaine.

> « Ce qui est compliqué c'est qu'actuellement **l'État fait quand même passer les intérêts commerciaux et économiques avant les intérêts sociaux**. En se disant que de toute façon la population elle va trouver une solution par elle-même, les gens sont obligés de manger et que pour manger il faut un salaire et pour avoir un salaire il faut aller travailler en zone industrielle. Donc pour l'instant c'est ça qui est un peu déplorable de l'avis de certains c'est-à-dire qu'ils se disent 'qu'ils' iront habiter à Anyama, à Bingerville ou à Sonsongo où il y a très peu de pression sur le foncier, où il y a de la place, mais ce qui a un coût énorme pour la population qui actuellement vit déjà dans une situation très précaire alors qu'ils sont à périphérie ou dans la zone industrielle. S'ils doivent se déplacer à des kilomètres, la situation va être très compliquée pour eux, à moins que l'État ne mette en place des systèmes des transports adaptés, mais on n'y est pas encore »
>
> Joël, entretien, Abidjan, mars 2017

Cette préoccupation primordiale pour l'économie dénote une foi dans la possibilité d'un ruissellement vers le bas des fruits de la croissance, emblématique du socle de sortie de crise du régime Ouattara portée sur l'idéologie néolibérale et comme une négation de la politique (Akindès, 2017).

2.2. Au coude à coude sur la lagune. Se négocier une place dans l'émergence.

Les anciens parmi mes interlocuteurs disent qu'au départ, le quartier Zimbabwe ne faisait pas la moitié de sa superficie actuelle et que c'est par l'utilisation des remblais, au fil des ans, que le quartier s'est étendu sur la lagune. En faire la constatation empirique est difficile. Cependant, sur la durée de mon propre travail de terrain, entre 2014 et 2018, j'ai pu constater l'avancement du terrain dans les portions relativement les plus « cossues » du quartier Zimbabwe, celles qui se trouvent à l'entrée du quartier où logent avant tout des populations francophones, majoritairement des Ivoiriens Baoulés, mais également des familles issues du Burkina Faso, du Mali et d'autres pays francophones. Faisant référence à cette pluralité des nationalités d'origine des habitants, certains d'entre eux disent de Zimbabwe que c'est un « quartier CEDEAO » (Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest). Les remblais pratiqués dans cette zone étaient les plus spectaculaires, ils utilisaient des camions pour déverser des gravats auxquels étaient mélangés d'autres déchets ménagers, ce qui permettait de créer de nouvelles surfaces sur la lagune. Il faut noter que ces remblayages, s'ils ne se faisaient pas avec l'aval de la mairie, du port ou de l'État, étaient tout de même opérés avec le consentement d'autorités locales, dans le quartier, mais également avec les chefs de lignage du village Ébrié voisin qui donnaient leur consentement pour l'extension sur la lagune Ébrié.

Des remblais informels plus modestes et construits le plus souvent passivement sont également aménagés sur d'autres points de la rive, dont le matériau principal est la masse de déchets que le quartier produit et dont l'évacuation est devenue impossible depuis la disparition de la benne de collecte. Ainsi le quartier Zimbabwe croît sur la lagune, y compris de manière passive et en conséquence directe de la déconnection des systèmes d'assainissement.

Mais les « nouveaux riches » de l'entrée du quartier et les Fante du bord ne sont pas les seuls à s'adonner au remblayage. Avec l'intensification des activités économiques et l'arrivée d'investisseurs étrangers, le quartier déjà très congestionné du port d'Abidjan voit s'intensifier la pression foncière, de sorte que l'extension sur l'eau devient rentable pour la construction de

nouvelles installations telles que les entrepôts de matières premières. Les images satellites montrent la progression des remblais de la population et industriels à partir des années 2000 (Planche 1, dernière page des annexes).

L'histoire de la venue du directeur du port, dans un contrôle de routine, illustre bien la montée en puissance de la pression foncière au bord et sur la lagune :

> « Un jour le directeur du port, qui était de passage - parce qu'ils ont des conteneurs là, il venait contrôler - il voit des maisons qui poussent, des étages. Et il est venu, il s'est approché. On dit un dimanche hein ! Il demande aux maçons qui étaient sur le terrain « Mais qu'est-ce qui se passe ? Arrête-moi ça !» « Toi tu es qui, tu vas venir nous dire d'arrêter ? » Ils l'ont bien insulté. Très bien. Depuis il est reparti, il dit « je cherche les bornes [qui indiquent le bord du quartier], je ne les vois plus. Qu'est-ce qui se passe ? »
>
> Isabelle, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Revenant une semaine après, les équipes du port ont constaté que les remblais avaient encore progressé et que certaines de leurs bornes qu'ils avaient placées comme ligne rouge à ne pas franchir, avaient disparu. S'en est suivi une réunion à la mairie, dont les équipes sont allées sur le terrain pour une « sensibilisation à la population ». Les remblais se sont donc estompés pour un temps du côté des plus fortunés du quartier Zimbabwe. Cependant, ils ont repris en face, coté industriel et à large échelle, avec l'accord du Port, mais sans que la population de Vridi ne soit mise au courant de la nature des travaux. D'abord à partir de 2015, quelques mois après l'épidémie de choléra, et à l'Ouest, sur la rive d'en face, puis à l'Est, près des remblais de l'entrée du quartier que de longues étendues de sable s'avancèrent sur la lagune grâce à des machines. Présents sur place, mes interlocuteurs me disaient ignorer la nature de ces travaux, mais nombreux furent ceux qui déjà s'inquiétaient pour l'avenir du quartier.

Cette fois la crainte avait été ravivée par le commencement de travaux sur la lagune sur les berges adjacentes et faisant face au quartier. Les travaux et les machines qui les opéraient semblaient se rapprocher de semaine en semaine, créant des remblais sur lesquels ne tardaient pas à pousser de nouveaux entrepôts.

Les responsables du conglomérat d'entreprises qui effectuaient le remblai ne tardèrent pas à constater les discordances entre les cartes et le territoire lagunaire. Marie relate ainsi la constatation du différentiel entre la carte et le territoire, du terrain acheté.

> « Marie : Parce que quand le bonhomme il a payé la surface lagunaire, quand il a
>
> fini de draguer, il a calculé. Ils se sont rendu compte que ça n'arrive pas [la surface ne correspond pas]
>
> Isabelle : ça n'arrive pas
>
> Marie : Il demande 'C'est qu'on m'a vendu un faux truc'. Donc lui il repart, il
>
> va voir les autorités pour dire « Attends, vous m'avez vendu un faux truc là »,
>
> ils disent 'Non, non, non, on t'a vendu le vrai'. Ils ont sorti la carte, ils ont
>
> vu que non il y a un écart. Ils [les habitants de quartier Zimbabwe Est] ont remblayé. Donc ceux qui ont remblayé là… »
>
> Isabelle et Marie, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Le différend va-t-il s'arrêter sur la zone de remblais ayant empiété sur la lagune, dans la zone vendue aux industriels étrangers, ou le port va-t-il en profiter pour réclamer une fois pour toutes le terrain qui lui appartient ?

> « Marie : Et puis celui même qui est là-bas peut être même que comme il a des partenaires comme BOLLORE, pour faire gros le dossier donc en même temps il a associé tout le monde
>
> Isabelle : Globalisé !
>
> Marie : Donc BOLLORE a dit 'mais ça fait combien ? ça fait au moins cinq (05) fois que BOLLORE tente de déguerpir les gens d'ici
>
> Isabelle : C'est difficile
>
> Marie : Ça ne marche pas. Donc on dit 'bon ok comme cette fois ci il y a déjà des gens pour nous aider, allez on pousse !'

> Isabelle : 'On pousse !' Et comme on sait que le Président qui est là, lui en tous cas si c'est pour déguerpir… »
>
> Isabelle et Marie, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mai 2016

Madeleine est Ghanéenne par sa mère et Ivoirienne par son père, elle fait partie des rares jeunes de quartier Zimbabwe à suivre des études supérieures, le soir elle rentre au quartier. Comme d'autres habitants, elle est particulièrement inquiète pour sa cour familiale :

> « Ils sont arrivés, ils ont demandé à connaître les propriétaires et demandé s'ils savaient que c'est une propriété privée ? Que ça appartient à l'État, qu'ils doivent construire un pont. Ils ont donné un délai de 8 jours. C'est là que les gens se sont mobilisés. Les gens se sont dit s'ils ont cassé le bord ils vont continuer. Ils avaient dit c'est juste là-bas [au bord] mais les gens ont eu peur. »
>
> Madeleine, étudiante, Quartier Zimbabwe, juin 2016

2.3. Les citoyens se mobilisent, les « autres » attendent résignés.

> « Ils ont appelé le ministère et il est arrivé, il a dit qu'ils allaient les aider. Et que s'ils vont déguerpir ils vont les dédommager [ceux du bord]. Hier les gens de la RTI sont venus filmer. »
>
> Madeleine, étudiante, Quartier Zimbabwe, juin 2016

Les premiers à s'organiser pour lutter contre la mise en demeure seront les récipiendaires des lettres qui vont se ruer vers la mairie pour implorer les équipes d'aller plaider leur cause auprès du gouvernement. Dans la foulée, de nombreux « propriétaires » du quartier Zimbabwe vont s'acquitter des factures et des cotisations en retard pour maximiser la conformité de leur occupation et produire des papiers qui désignent l'existence et la régularité de leur bien.

Bien que le quartier ne soit pas officiellement loti et que le terrain soit une réserve pour le port, divers services de l'État sont installés de Zimbabwe, à l'initiative souvent des habitants eux-mêmes. Il en va ainsi par exemple du centre de santé ainsi que de l'école publique. L'implantation

de ces services va servir aux porte-parole du quartier, et notamment au chef central, pour faire valoir l'officialisation relative du quartier. Les enseignants et les parents d'élèves vont également se raccrocher au cursus des élèves de BEP pour s'assurer un délai et éviter ainsi que les élèves habitants la zone « AD » ne se retrouvent sans école et sans diplôme.

Ainsi, grâce à la crise qui secoue le quartier à la réception des mises en demeure, on voit se former des solidarités en son sein. Elle va également révéler et exacerber des lignes de tensions identitaires. Les récipiendaires des mises en demeure sont les habitants du cône de l'entrée-Est du quartier, réputée être habitée en majorité par des francophones Ivoiriens et « CEDEAO » et mieux lotie mais pratiquant également les remblayages. Ces propriétaires anxieux vont accuser certains acteurs des autres pans du quartier, jusque-là épargnés par les mises en demeure, de ne pas être suffisamment solidaires dans les démarches de lutte contre le déguerpissement, voire de les favoriser.

Parmi eux, Assié, la soixantaine, est un ancien manœuvre au port. Il nous explique que certains habitants du quartier se seraient « levés » pour appuyer la destruction du quartier auprès de la ministre Oulotto, au prétexte que le quartier serait habité par des « non-ivoiriens ». Assié nous explique que ces personnes seraient des locataires ivoiriens qui jalousent les habitants propriétaires du quartier.

La notion de propriétaire est ici toute relative. Bien qu'il a construit une cour et qu'il en loue 4 chambres, Assié n'a pas de titre foncier pour faire valoir sa propriété. Il n'est pas directement concerné par la destruction des 25 mètres mais il n'est pas loin du périmètre et si celui-ci s'étendait à 100 mètres, comme certains le soutiennent, il serait « dedans ». Isabelle, à qui l'on a reproché de ne pas s'être suffisamment impliquée dans la « défense » du quartier, préfère tourner en dérision les accusations qui feraient d'elle, ainsi que d'autres qui ne se seraient pas suffisamment mobilisés, des jaloux.

> « Isabelle : On dit 'toi tu as travaillé jusqu'ààà [longtemps], depuis des années tu n'as pas pu construire étage. Tes amis ont construit, tu es jaloux.' Ça aussi ils vont régler leurs problèmes là-bas
>
> Marie : Les problèmes se règlent en famille
>
> Isabelle : Toi tu n'as rien. Moi où je suis, je n'ai rien. Est-ce que j'ai pu faire étage ?
>
> Marie : Non

Isabelle : Alors ! Donc ça là c'est jalousie seulement qui a fait que on va casser »

Isabelle et Marie, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, mai 2016

Notons cependant que si elle conseille à ceux qui sont dans la zone du bord de régler leur problème « en famille » c'est parce qu'elle considère, ailleurs dans l'entretien, que ceux-ci sont avant tout des maliens et d'autres gens du Nord. La « famille » serait celle que composeraient aussi bien les « Maliens » que les représentants d'un gouvernement dirigé par le « candidat du Nord », musulman et avec des origines dans l'aire culturelle Mandingue. Au demeurant, ces accusations de trahison sont interprétées par elle comme une tentative de coercition pour les pousser à entrer dans le mouvement de résistance.

« Est-ce que tu comprends ? C'est leur système. Dire que 'ah c'est pas nous seulement hein, c'est tout le monde. C'est tout le village, ne pensez pas que c'est nous seulement. Donc si vous sortez pas en tous cas ils vont tout casser.' Vous avez vu la rumeur ! »

Isabelle et Marie, entretien groupé, Quartier Zimbabwe, mai 2016

La mobilisation pour la défense du quartier n'est donc pas totale, et par ailleurs elle ravive des tensions latentes entre les membres des différents groupes composant le quartier, tensions qui savent toutefois s'apaiser lorsqu'il faut former des délégations pour aller consulter la mairie ou faire preuve d'unité lorsqu'un intermédiaire du port, de la mairie ou du ministère ou un représentant de la presse donne une visite au quartier.

La résignation des « autres » étrangers

Bien que le quartier soit majoritairement occupé par les Ghanéens, la grande majorité des acteurs sociaux qui se sont mobilisés sur l'espace public pour défendre le quartier sont des Ivoiriens ou des citoyens de la région CEDEAO. Nos interlocuteurs Ghanéens, s'ils souhaitent voir perdurer le quartier et s'investissent en première ligne dans les initiatives de balayage du quartier, ont une attitude plus résignée, considérant qu'il ne s'agit pas de leur village.

> « Zimbabwe n'est pas pour nous, c'est pour les Français [les francophones], donc quoique le gouvernement décide, il va le faire, même si ça affecte Zimbabwe, tu n'as pas ton mot à dire. Nous avons entendu qu'ils vont venir pour démolir les maisons et le reste. Nous sommes des étrangers du Ghana donc si le gouvernement décide de casser Zimbabwe, nous irons chez nous, dans notre pays.[…] je sais que ça va arriver, je l'ai vu en rêve. » [191]
>
> Kacou, Entretien, Large d'Abidjan, novembre 2016

Le bosco Kacou tire les conclusions du déguerpissement récent de Gonzague, sur le bord de mer jouxtant l'aéroport pour appuyer son pronostic concernant Zimbabwe :

> «[concernant Zimbabwe] Le gouvernement a dit 'je veux cet endroit'. A Gonzague, le gouvernement voulait y faire quelque chose, il a cassé toutes les maisons et sur la plage, les belles maisons (paf paf paf), les églises, ils ont tout enlevé, ils ont tout détruit. Donc ça arrivera également un jour à Zimbabwe. Nous n'avons rien à y dire parce que ce pays n'est pas le nôtre, nous sommes des étrangers, donc… Au Ghana, dans mon pays, quand le gouvernement a décidé de détruire un endroit, il te donne un autre terrain pour t'y installer, mais à Zimbabwe, Abidjan, en Côte d'Ivoire, ce n'est jamais comme ça : juste on se réveille et on détruit tout. »[192]
>
> Kacou, Entretien, Large d'Abidjan, novembre 2016

Kacou a intériorisé son illégitimité à revendiquer un droit sur le lieu. Pragmatique, il manifeste cependant avec sa résignation une forme d'amertume lorsqu'il déplore le manque de dédommagement de ceux qui se retrouveront sans toit. Il nous semble que si les interlocuteurs Ghanéens semblent s'investir peu dans l'arène discursive c'est moins par résignation que par pragmatisme. Comme le proposait à juste titre Couret (1997), les conflits autour des usages sociaux

[191] "Zimbabwe is not for us, it's for the French people, so anything the government decides they do and it affects, Zimbabwe, you don't have nothing to say.
Q: why?
R: because we hear that they are coming to demolish the houses, break the houses, and anything, we here we are strangers from Ghana, so if government decides to break Zimbabwe or spoil Zimbabwe, we go our hometown, our country. […] I know that, I dreamt that Zimbabwe, they will demolish Zimbabwe."

[192] "this government 'this place, I want this place'. Edjifoo, Gonzague, government want to do something there, he break all the houses, the shore, better houses, *po po po*, churches, everything they move, they destroyed everything. So it will one day happen to Zimbabwe also. We don't have nothing to say because the country is not our country, we are strangers, so. In Ghana, my country, when they are coming, government decided to demolish some place, it will give you a land to stay there, so It take this land for my business, but in Zimbabwe in Abidjan, Côte d'Ivoire it's never like that: just wake up and destroy everything."

des espaces permettent de relever qui se donne le droit à la parole dans l'espace public Ivoirien. Si les Ghanéens se gardent de défendre leurs prérogatives dans l'espace public c'est sans doute parce qu'ils sentent également que leur intervention ne serait pas nécessairement productive, leur statut d'étranger ne jouant pas forcement dans la balance du maintien du quartier et des services afférents, c'est Joël qui nous en donne l'explication la plus claire.

> « [Zimbabwe] est peuplé de non ivoiriens et ça malheureusement, ça joue pas en leur faveur d'un point de vue en tous cas des personnes en place pour décider de leur sort. […] Honnêtement à chaque fois que je vais dans les ministères, même en parlant avec des grands acteurs [entreprises d'État], dès qu'on leur parle de quartiers peuplés en forte majorité de non -Ivoiriens ils nous disent 'nan mais on va pas aller aider des étrangers alors que des ivoiriens n'ont pas accès aux services de base, donc c'est pas leur priorité et partout c'est des quartiers précaires, si c'est des ivoiriens 'ok on peut les aider', si c'est des gens qui viennent d'ailleurs 'euh qu'ils rentrent chez eux s'ils veulent avoir des services, quoi'. C'est souvent le discours que j'ai entendu. S'ils commencent déjà à se faire déguerpir, pour moi c'est mauvais signe. Vous savez, si déjà le port veut investir l'ile Boulay [une presqu'île de la lagune Ébrié] ils ont décidé potentiellement d'y faire leur extension du port, alors que c'est une réserve forestière protégée, ça veut dire qu'ils sont vraiment en saturation et que je pense que tout ce qui est aux alentours du port va être déguerpi à court terme »
>
> Joël, entretien, Plateau, Abidjan, mars 2017

En 2018, près de deux ans après la réception des mises en demeure, le quartier Zimbabwe n'avait pas été déguerpi, aucune maison au demeurant n'avait été détruite, sur le flan Est, de gigantesques entrepôts avaient cependant poussé sur la lagune et toisaient les baraquements et les cours du quartier. Pour Aluba, si les menaces sanitaires et foncières sont encore vives, il semble que les efforts combinés des habitants ont permis de maintenir un statu quo existentiel pour le quartier, dont il résume les différents paramètres et acteurs :

> « Ils vont inspecter le quartier, parce que la saleté crée la maladie. En même temps les Chinois ont acheté du terrain sur la lagune, pour qu'ils puissent travailler ils vont avoir besoin d'un peu d'espace pour manœuvrer les camions. La zone à détruire est décidée, mais elle [Oulotto] va venir ici pour voir et décider si la destruction s'arrête là. Parce que Zimbabwe appartient à l'autorité du Port, mais ils ont pris en considération les pêcheurs ghanéens et les femmes qui fument le poisson. »[193]
>
> Aluba, entretien, Quartier Zimbabwe, Abidjan, mars 2018

Pour l'instant donc, les efforts fournis par les habitants en dépit de l'absence d'infrastructures d'assainissement, l'absence de survenue de nouvelle épidémie dans le « hotspot », l'entremise des citoyens admis à « s'arranger » avec les différentes formes d'autorité intercalaires, la retenue des acteurs économiques sur les portions encore disponibles de la lagune, sont autant d'éléments qui permettent au quartier Zimbabwe de subsister. Mais l'équilibre reste fragile, car les possibilités d'amplification des épidémies, si la bactérie y trouve son chemin, demeurent très élevées et même supérieures par rapport au contexte de réémergence de 2014, le quartier ne compte toujours aucune infrastructure d'évacuation des eaux usagées, et de surcroit, ne peut plus compter sur la collecte des ordures. Ceci nous amène à une dernière question, si Zimbabwe est si démuni en infrastructures d'assainissement et constitue un lieu de résurgence d'épidémies de choléra, pourquoi les acteurs du développement ne permettent-ils pas d'investir dans les infrastructures du quartier ? Joël analyse les raisons qui le poussent, lui et d'autres, à ne pas investir leurs projets dans le quartier. Du fait du

[193] « They see, they will inspect the town, because dirty creates sickness. But the Chinese bought the place on the lagoon, but for them to work they need to get some chance for the trucks. The place (is decided) but she will come here to see, if the breaking stops. Because Zimbabwe belongs to the autorité du port. But they consider the Ghanaian fishermen and the smoking fish women. »

risque de déguerpissement lié au « double risque » sanitaire et économique qui pèsent sur le quartier, celui-ci se trouve dans une position d'incertitude foncière qui est incompatible avec les normes formelles qui guident les investissements lourds en infrastructures en eau et assainissement, en d'autres termes, la menace persistante de déguerpissement scelle l'impossibilité d'améliorer les infrastructures essentielles à la salubrité du quartier :

> « Au ministère on m'a souvent répété, de ne pas mettre nos projets là-bas parce que nous on doit assurer une viabilité de notre projet sur 6 a 8 ans, ils nous ont dit que les quartiers précaires qui étaient installés sur ces communes, soit ils avaient déjà suffisamment d'infrastructures et ne répondaient pas à nos critères, soit il y un sérieux doute qu'ils soient déguerpis à court terme, dans les 5 ans qui viennent […] dans le cadre de mes projets j'irais jamais travailler dans un quartier comme Zimbabwe, pour moi le foncier est beaucoup trop instable. Je dirais que c'est un quartier qui dans les 5, 10 ans aura potentiellement disparu. »

Joël, entretien, Plateau, Abidjan, mars 2017

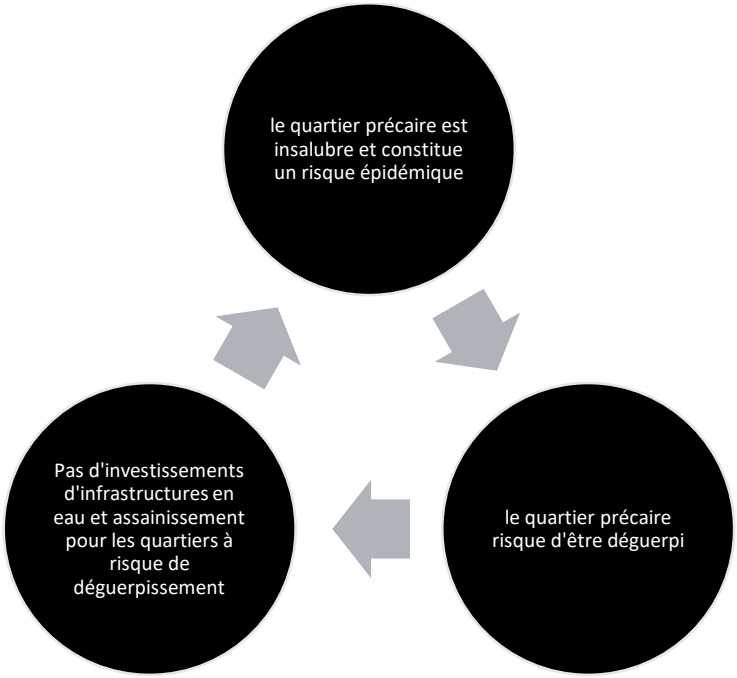


Figure 16 Le cercle vicieux de la production institutionnelle de l'insalubrité

Conclusion

Pour les habitants de quartier Zimbabwe la période qui suit l'épidémie de choléra de 2014 est caractérisée par une crise des déguerpissements motivés par la volonté de mettre à l'écart l'autre, potentiellement contaminant mais aussi par les logiques d'émergence qui, ne manquant pas de se nourrir des discours épidémiques, poussent à la récupération du foncier du quartier. Ces deux formes de mises à l'écart de populations jugées à risque pour le choléra, vivant dans un *hotspot*, font écho aux logiques de la ville épidémique et de la ville-vitrine au fondement de la création d'Abidjan (cf. chapitre 8). Le conflit-négociation des déguerpissements de Zimbabwe donnent à voir les registres de légitimité mobilisés par les habitants, la graduation de celle-ci en fonction de leur statut de citoyen ou d'étrangers. La mobilisation du risque épidémique du quartier par les opérateurs économiques, les autorités ministérielles mais aussi les ONG et certains habitants non-Fante donnent à voir la réutilisation des connaissances produites par la surveillance épidémiologique et leur ethnicisation dans des stratégies de légitimation de la récupération d'un espace et de coercition au nom du maintien de l'hygiène.

Finalement, l'inégibilité du quartier à la mise en place d'infrastructures en assainissement, du fait de sa possible destruction à court ou moyen terme constitue le cercle vicieux d'une reproduction institutionnalisée du risque épidémique. Si les hotspots constituent des zones sur des cartes pensées comme des boites noires, sans histoire politique, il paraît évident que la production des conditions qui sous-tendent la menace épidémique mais aussi les usages sociaux du risque épidémique identifié sont quant à elles, éminemment politiques. Pour les praticiens de la santé globale, la création de ces unités d'analyses dépolitisées favorise l'analyse comparative entre les pays et le développement puis le déploiement de dispositifs standardisés, des modèles « voyageurs ». En évitant la prise en compte du social et la discussion politique, le hotspot offre également une grammaire d'identification du mal d'autant plus simple à partager et à faire accepter d'un pays à l'autre. Cependant, comme l'a démontré le refus de la vaccination en 2014 pour des motifs politiques d'évitement des tensions intracommunautaires (cf. chapitre 9), les éléments contextuels du hotspot ne sauraient gommer la situation politique des lieux envisagés, le fait que les « bénéficiaires » seraient des étrangers n'est pas oublié par ceux qui, au moment de vérité, refuseront de vacciner « dans le hotspot ». Au final l'effacement du contexte n'est qu'un artefact

temporaire et incertain de facilitation de la production de connaissances et de déploiement de dispositifs de la santé globale.

Cinquième Partie :
Politiques vaccinales

Chapitre 11 : La longue marche du vaccin

Inventés en fin du 19e siècle, les vaccins oraux contre le choléra se sont taillé une place dans la réponse aux épidémies à partir des années 2010. Comment cet outil a-t-il été fabriqué et incorporé dans l'arsenal de la lutte ? Dans le chapitre qui suit nous proposons de montrer le vaccin sous le jour d'un modèle socio technique dont le voyage a commencé bien avant sa dissémination sur de nombreux terrains épidémiques au Sud.

1. Un siècle d'hésitation vaccinale

Les vaccins anticholériques sont contemporains à l'identification du bacille par Robert Koch. Le fondateur de la bactériologie lui-même, observant que les personnes atteintes par le choléra semblaient être peu susceptibles de contracter la maladie à nouveau pendant le cours de l'épidémie, mais qu'elles pouvaient tomber malades à nouveau dans les épidémies suivantes, devisait qu'une réponse immunitaire naturelle, mais temporaire devait se former après l'infection et que cette protection devait pouvoir se provoquer (Lopez, Gonzales, Aldaba, & Nair, 2014 ; Pollitzer, 1959).

Le premier vaccin contre le choléra est un vaccin par injection (également dit *parentéral*) développé par Jaime Ferrán Clúa en 1885, qu'il va employer pour vacciner 50 000 personnes à Valencia en Espagne pendant une épidémie de choléra. Certains observateurs de l'époque noteront que les cultures employées par Ferrán pour produire son vaccin contenaient en fait peu de choléra, mais un certain nombre d'autres organismes, expliquant pour eux le peu d'effet protecteur que le vaccin avait eu parmi les « bénéficiaires », mais aussi les parfois sévères, voire fatales réactions parmi certains d'entre eux (Pollitzer, 1959, p. 293).

Par la suite, Waldemar Haffkine, un jeune médecin russe, saisit l'invitation de son mentor Metchnikoff, pour travailler à l'Institut Pasteur de Paris et fuir les pressions qu'il subit du fait de

son refus de conversion à l'église orthodoxe (il est juif) et de ses orientations politiques (il est marxiste). À partir de 1891, il passe une année enfermé dans son laboratoire à développer un nouveau vaccin parentéral contre le choléra. Comme l'a montré Callon (2001), le retour au monde depuis le laboratoire est une phase périlleuse qui nécessite, pour qu'il puisse connaître un quelconque succès, l'intéressement de nombreux acteurs du monde réel et dans une certaine mesure, la laboratorisation même de celui-ci. Haffkine, ambitieux et pressé, va, en procédant à une auto-inoculation, se servir de son propre corps comme raccourci au monde[194] pour son vaccin. N'étant pas mort de son expérimentation, il va pouvoir se mouvoir — incarnation de l'innocuité de son vaccin — et convaincre d'autres individus d'accepter également son produit dans leurs veines.

Il part en 1893 avec l'autorisation des Britanniques pour tester son vaccin et lutter contre le choléra « à la source », dans le delta du Gange en Inde. Les Britanniques lui imposent la condition que tous les participants devaient être volontaires. Son travail de Pasteurien le dispute bien souvent à l'aventurier, notamment parce qu'il n'a pas pensé à négocier un solde auprès des Britanniques, de sorte qu'il finance ses premières années de travail en Inde sur ses propres deniers. Ensuite, il fait face au refus de nombreux interlocuteurs de participer à ses études et à se faire injecter son vaccin. Il est également confronté à des groupes opposés à la vaccination, dont les membres sont aussi bien anglais qu'indiens, et dont la prose n'est pas sans rappeler nos « anti-vax » contemporains. Certains écrivent ainsi des lettres aux journaux pour annoncer que le gouvernement indien injectait des « excréments d'hommes sans caste » dans les veines des soldats (Lutzker, Jochnowitz, & Haffkine, 1980).

Les premiers résultats probants de Haffkine vinrent en 1894, quand dans le courant d'une épidémie sur Calcutta il monta une étude incluant 200 personnes parmi lesquelles 116 furent vaccinées et dont aucune ne tomba malade, tandis que parmi ceux qui n'avaient pas été vaccinés, les cas contrôles, 9 étaient tombés malades, dont certains succombèrent à la maladie.

Un deuxième type de vaccin, oral cette fois-ci, fait son apparition en 1893, un an après le parentéral d'Hafkine. Ses inventeurs, Sawtschenko et Sabolotny, accompagnés d'un de leurs étudiants

[194] Pour Callon et al. (2001), le retour vers le monde de savoirs produits dans l'espace confiné du laboratoire est une phase particulièrement sinueuse et incertaine de l'activité scientifique.

cimentent la tradition en procédant à l'auto-ingestion du bouillon de choléra virulent [*virulent cholera broth*] qu'ils avaient mis au point. L'observation minutieuse de leurs propres selles leur permet d'établir dans le monde confiné de leur laboratoire qu'ils retrouvent bien des organismes cholériques après ingestion du bouillon, sans toutefois avoir à pâtir des symptômes associés au choléra.

Plusieurs variantes des vaccins oraux et parentéraux vont se développer au début du 20e siècle, mais lequel des deux types était le plus efficace contre le choléra ?
Pour répondre à cette question, un essai sur le terrain utilisant les moutures les plus abouties des deux types de vaccins fût utilisé en Inde pendant les années 1920 et 1930. Les résultats présentés par Russel et discutés par Pollitzer placent *l'anti-cholera vaccine* (parentéral) comme étant plus efficace et également moins sujet aux désagréments. En effet, le vaccin oral utilisé, *la bilivacine*, provoque parfois des réactions telles qu'elle met en péril l'exercice vaccinal, comme en atteste le récit rapporté par Russel des personnels en charge des vaccinations en Inde :

> « La bilivacine produit parfois des diarrhées aiguës d'une sévérité telle que les personnes affectées refusent de prendre des doses supplémentaires, et dans certains cas en effet, les personnels soignants étaient accusés d'avoir inoculé le choléra. » [195]
>
> (Russel, 1928 également cité dans Pollitzer 1959)

Dans leur monumentale monographie sur le choléra, Pollitzer et Burrows concluent à la fin des années 1950 que les réactions non désirées, la difficulté de préparer les solutions orales et leur coût prohibitif leur a sans doute valu de tomber dans l'oubli.

La victoire du vaccin parentéral sera de courte durée, puisqu'il va à son tour accumuler les réserves à son encontre. Des études menées dans les années 1960 font état d'une durée de protection courte, de moins de six mois. Pis, le niveau de protection varie d'une personne à une autre, de sorte que certaines personnes ne font état d'aucune réponse immunitaire. De même le vaccin ne protège pas contre les infections asymptomatiques, qui constituent une grande proportion des cas de choléra.

[195] "The bilivaccin sometimes produced acute diarrhea of such a severe type that the persons affected refused to take further doses, and, in certain cases indeed, the medical officers were accused of inducing cholera."

Enfin ces vaccins provoquaient également des effets indésirés chez près de la moitié des personnes vaccinées tels que des douleurs localisées (50 %), de la fièvre (10 à 30 %) et le besoin d'être alité pour près de 5 % des vaccinés (Benenson, Joseph, & Oseasohn, 1968 ; Berger & Shapiro, 1997 ; JD Clemens, Desai, Qadri, Nair, & Holmgren, 2018).

Le coup de grâce vient sous la forme d'un double article publié dans le Lancet qui conclut que la vaccination parentérale ne pourrait, en contexte épidémique, éviter qu'un cas de choléra sur 20 si la vaccination était confiée à un personnel par unité sanitaire, ou un cas sur 4 en déployant un nombre « illimité » de ressources humaines pour conduire la campagne (Sommer & Mosley, 1973).

Cette même année 1973, l'Assemblée Mondiale pour la Santé abolit la remise d'un certificat pour la vaccination contre le choléra dans les Régulations Sanitaires Internationales. Cette décision vient sonner le glas d'un autre effet du vaccin parentéral sur un tout autre registre, celui des normes de prévention et de contrôle du choléra appliqué par différents pays. En effet, bien que l'OMS n'ait jamais recommandé son utilisation, certains pays ont légiféré en vue de rendre le vaccin choléra obligatoire à tous les voyageurs entrant sur leur territoire, dans l'espoir de prévenir l'importation de la maladie. Ainsi s'achèvent 80 ans d'initiatives vaccinales incertaines, et malgré l'intérêt de certaines autorités sanitaires nationales, la greffe, en quelques sortes, n'aura pas pris.

2. L'improbable deuxième souffle des vaccins oraux

Les vaccins, et leurs déboires sont vite oubliés dans la ferveur des années 1970 et 1980, qui voient advenir un bouleversement majeur dans le traitement du choléra et d'autres maladies diarrhéiques. Le développement successif de nouvelles thérapies de réhydratation intraveineuses, puis, surtout, de celle des Sels Réhydratation Orale (SRO, développés explicitement dans le cadre du traitement pour le choléra, (Hirschhorn et al., 1968)) permettent de faire chuter la mortalité due au choléra, mais aussi attribuable à d'autres maladies entériques telles que le rotavirus, e. coli. D'après Hirschhorn (1991) un million de vies sont ainsi sauvées par ces nouvelles thérapies, chaque année parmi les enfants de moins de cinq ans. Les ORT en particulier permettent de décroître la mortalité

liée aux diarrhées de 93 % (Munos, Ã, & Black, 2010), en ce qui concerne le choléra en particulier, sa mortalité chute de 30 % à 1 % des malades (Lacey, 2009).

Ces avancées médicales, parfois très simples dans leur composition, font dire au Lancet dans un éditorial intitulé « de l'eau, du sel et du sucre »[196] que les SRO étaient « potentiellement l'avancée médicale du siècle » (The Lancet, 1978). Les programmes de recherche clinique se développent pour continuer d'affiner les composants des SRO et pour le déploiement de programmes d'intégration des nouvelles thérapies à l'échelle des maladies entériques. L'époque est résolument tournée vers les approches transversales. La prévention n'est pas en reste, avec, par exemple, la mise sur pied de la « la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement[197] », qui réunit 11 agences des Nations Unies rassemblées autour du programme colossal (WHO, 1983).

Les nouveaux traitements changent la perception du choléra, celui-ci devient gérable en clinique, et ces traitements sont simples et économiques. Qui penserait encore aux vaccins chers, inefficaces et enterrés au début des années 1970 ? C'est pourtant dans ce contexte à priori défavorable qu'une nouvelle génération de chercheurs va raviver l'intérêt pour les vaccins oraux contre le choléra dans les années 1980. D'après eux, les vaccins oraux pourraient promettre une meilleure réponse immunitaire intestinale que les vaccins parentéraux. Suite à des expérimentations initiales sur des volontaires en Suède, aux États-Unis et au Bangladesh, un essai clinique est organisé dans les années 1980 au Bangladesh auprès de 65 000 personnes (J. D. Clemens et al., 1986). De ce vaccin candidat naitra un vaccin commercial, le Dukoral, produit et vendu par Crucell en Suède à partir de 1991. Son administration en deux doses (3 pour les enfants) nécessite d'être accompagné d'une solution tampon (un grand verre d'eau non chlorée).

[196] Les SRO sont des poudres contenant des électrolytes, vendues en sachets. Cependant une version moins élaborée peut être préparée à domicile, la recette, souvent présentée sur des posters lors d'épidémies de choléra, est la suivante : 1 litre d'eau, à laquelle on ajoute une demi-cuillère à café de sel et deux cuillères à soupe de sucre. À défaut de cuillère, une mesure alternative approximative consiste à mettre trois pincées de sel pour une poignée de sucre toujours dans un litre d'eau, soit 5 verres. Voir https://fr.wikihow.com/pr%C3%A9parer-une-solution-de-sels-de-r%C3%A9hydratation-orale- (SRO), consulté le 5 juillet 2019.
[197] International Drinking Water Supply and Sanitation Decade.

Le vaccin, assez cher,[198] est destiné aux voyageurs, il est également utilisé par l'armée américaine pour les opérations de la guerre du Golfe. La formule à l'origine du vaccin fera l'objet d'un transfert technologique de l'université de Gothenburg et au profit de scientifiques vietnamiens. Ceux-ci produiront reformuleront le vaccin pour inclure les souches du *Vibrio Cholera* 0139 qui venait alors d'apparaitre dans la sous-région. Ce vaccin candidat est modifié sous sa forme finale par Vabiotech, une entreprise contractée par le ministère de la santé vietnamien, la nouvelle composition est licensée sous l'appellation ORC-Vax en 1997 (Odevall et al., 2018).

L'OMS suit les différents essais cliniques sans que toutefois les recommandations ne changent sur la vaccination, celle-ci n'est pas recommandée comme outil de santé publique.

3. Revenir dans le présent

Les années passent depuis la publication des résultats des essais cliniques du Bangladesh, et depuis la mise sur le marché du vaccin Dukoral en 1991. Pourtant dans le creux des années 1990, rien ne semble changer ni dans la pratique des pays affectés par le choléra, ni dans celle des intervenants en contrôle, le vaccin n'est pas considéré comme un outil potentiel de lutte contre la maladie dans les pays affectés.

Une bonne mesure du manque de réponse suscité par les avancées des nouveaux vaccins oraux peut se lire dans les documents normatifs du système sanitaire international de l'époque. Publié en 1993, soit deux ans après la mise sur le marché du vaccin Dukoral, et remis entre les mains des différents travailleurs de santé publique ayant affaire a des épidémies de choléra, le *Guidelines for Cholera Control* conçu par l'OMS (1993) rappelle, dans un style épuré et direct, les actions à prendre pour empêcher ou contrôler une épidémie de choléra. Très tôt, il y est écrit que « la vaccination, la prophylaxie médicamenteuse de masse et les cordons sanitaires sont inefficaces pour prévenir ou contrôler des épidémies » [199](WHO, 1993).

[198] Entre 10 et 60 dollars pour une immunisation complète d'un adulte, en fonction des années, des pays et de l'usage escompté du vaccin.
[199] "vaccination, mass chemoprophylaxis, and cordon sanitaire are ineffective in preventing or controlling outbreaks."

Ici la vaccination est associée aux cordons sanitaires, aux embargos et aux quarantaines : un ensemble de réactions jugées épidermiques qui n'ont pas d'efficacité réelle sur la lutte contre la maladie. Le contexte de production de ces *guidelines* est l'épidémie sévissant alors en Amérique Latine. L'OMS et sa branche latino-américaine, Paho, luttent déjà contre les fermetures de frontières et les volontés d'isoler les pays atteints par le choléra. Ces institutions veulent rappeler les recettes préventives, centrées sur l'eau et l'assainissement, qui ont fait recette ailleurs. Elles veulent en outre s'assurer que les thérapies relativement nouvelles soient bien mises en œuvre.

Les auteurs des guidelines de 1993 soulignent qu'il est important de « rappeler aux gens que le choléra peut se traiter facilement » et que « la vaccination n'est pas efficace ». Enfin, il n'y a pas de « substitut au fait de boire uniquement de l'eau propre, de maintenir de bonnes pratiques d'hygiène et de préparer la nourriture dans un environnement sain[200] » (WHO, 1993).

Pour marquer le coup, la section 7.3 est intitulée « Les mesures de contrôles non efficaces » [201](WHO 1993), l'auteur revient dans plus de détails sur ces interventions qui pourraient être réclamées par « un public en proie à la frayeur ou des agents officiels non informés ».[202] Concernant la vaccination l'auteur souligne un manque de durée de la protection et l'incapacité de prévenir les infections asymptomatiques, le détail n'est pas donné quant au vaccin auquel il est fait référence (parentéral, oral). Surtout les auteurs formulent deux arguments génériques opposés à la vaccination qui vont perdurer pour les deux décennies à venir.

Premièrement, que « la vaccination peut donner un faux sens de sécurité aux personnes qui ont été vaccinées ainsi qu'aux autorités sanitaires, qui pourraient ensuite négliger des mesures plus efficaces. » [203] (WHO 1993, 18).

Deuxièmement, les campagnes de vaccinations « détournent des ressources et du personnel d'activités de contrôle plus efficaces . »[204] (WHO 1993, 18).

[200] "There is no substitute for drinking only safe water, practicing good personal hygiene, and preparing food safely."
[201] "7.3 Ineffective control measures."
[202] "frightened public or from uninformed officials."
[203] "vaccination can give a false sense of security to people who have been vaccinated and to health authorities, who may then neglect more effective measures."
[204] "Vaccination campaigns divert resources and manpower from more useful control activities."

Mobilisation contre l'immobilisme : crever l'abcès en public

Ce n'est pas faute d'avoir publié les résultats sur l'innocuité et l'efficacité (relative) des nouveaux vaccins oraux, mais ceux-ci peinent à se démarquer de l'image négative associée aux vaccins parentéraux. Si ces derniers ont bien été enterrés, leurs déboires passés sont toujours mobilisés pour contrer toute volonté de promouvoir de nouvelles formules de vaccins anticholériques.

Les défenseurs des nouveaux vaccins se voient donc dans l'obligation de tuer une deuxième fois les vaccins parentéraux pour ainsi ménager une place à leurs nouveaux vaccins. Ils soulignent donc leurs différences là où d'autres veulent les associer pour mieux les couler. C'est ainsi que Clemens et ses collègues (John Clemens, Spriggs, & Sack, 1994) commencent leur chapitre sur les vaccins anti-cholériques, par une première section sur les méfaits des vaccins parentéraux. Ils rappellent à nouveau la longue liste des défauts de ce vaccin. Ils présentent ensuite les résultats des études portant sur leurs propres vaccins conduits près de 8 ans plus tôt.

La même année, l'un de ces auteurs, le Dr Sack (1994), un professeur de l'Université John Hopkins, prend la plume dans le Lancet suite à la désastreuse épidémie de choléra qui affecte les réfugiés du génocide rwandais en 1994. Le Dr Sack a travaillé sur le choléra en Inde et au Bangladesh et participé à des études sur le vaccin ainsi que sur de nouvelles formulations de traitements SRO.[205] Il fait part de « l'horreur » que lui a inspiré l'épidémie de choléra survenue au Zaïre (depuis République Démocratique du Congo) dans les camps de réfugiés accueillant les rescapés du génocide rwandais. Rappelant d'abord qu'il « ne peut y avoir de dispute au sujet de l'eau propre », il s'interroge pourtant : pourquoi les nouvelles moutures des SRO ainsi que les vaccins oraux contre le choléra n'ont-ils pas été utilisés ? Il pointe du doigt une réticence à prendre en compte la recherche « des dix dernières années ». La lutte contre les épidémies de choléra, dit-il, ne devrait pas se limiter à « des stratégies des années 1970 » (Sack, 1994).

Au mois de décembre de cette même année 1994, l'OMS accuse une attaque plus frontale et beaucoup plus exposée médiatiquement, dont l'anthropologue Charles Briggs et la médecin

[205] Le Dr Sack est l'un des pontes de l'épidémiologie du choléra. Il sera l'un des experts consultés par les Nations Unies concernant l'origine possible du choléra en Haïti en 2011, il est alors un des principaux théoriciens, avec Rita Colwell, de l'hypothèse environnementale du choléra (cf Chapitres 3 et 4).

épidémiologiste Clara Mantini-Briggs nous décrivent le déroulement (Briggs, 2003, pp. 272–275). La chaine de télévision américaine CBS fait un reportage à charge dans lequel elle accuse l'OMS d'avoir empêché l'utilisation des vaccins dans les épidémies du Rwanda et d'Amérique Latine. Sur fond d'images d'enfants jouant dans la saleté dans les quartiers déshérités de Lima, mais aussi de camps de réfugiés au Rwanda, les journalistes interviewent un officiel de l'armée américaine qui déplore ne pas avoir pu faire don de doses de Dukoral restantes, inutilisées suite à la guerre du Golfe. Ils ne prennent pas la peine de donner la parole aux officiels ou aux bénéficiaires potentiels péruviens. Ils accusent l'OMS d'être « bloquée dans le passé » [206] et de prendre une posture « trop politique »,[207] qui viserait à contraindre coûte que coûte les gouvernements à apporter l'eau à ces populations plutôt que d'utiliser les moyens biomédicaux à disposition. La polémique prend rapidement de l'ampleur. Aux États-Unis celle-ci se cristallise autour d'un débat sur l'efficience de la coopération multilatérale. Briggs note finement que ceux qui poussent à l'utilisation du vaccin semblent considérer que la biomédecine peut prendre en charge le choléra sans s'occuper des problèmes de l'inégalité et des politiques d'ajustement structurel, « comme si le vaccin pouvait inoculer les pauvres contre ces facteurs ». La commotion est telle que l'un des représentants de l'OMS à Genève indique à Briggs qu'ils redoutent qu'une partie de leurs financements ne soient menacés (Briggs, 2003).

Les controverses semblent avoir un effet immédiat puisque les 12 et 13 février 1995, soit moins de deux mois après la publication du reportage de CBS, L'OMS organise une réunion pour discuter le rôle potentiel des vaccins cholériques dans le contexte spécifique d'urgences humanitaires liées à des catastrophes naturelles ou des crises de réfugiés.

Une revue rapide de la documentation permet aux organisateurs d'estimer que sur les vingt-huit dernières crises incluant des réfugiés, vingt avait été le théâtre d'épidémies de choléra. Une revue présente cinq descriptions de telles épidémies, dont celle des réfugiés rwandais (à l'origine de la controverse visant l'OMS), qui fait état de la rapidité de l'épidémie et de la très haute mortalité. L'utilisation des vaccins, d'après les auteurs du rapport, n'aurait pas été efficace, car la flambée aurait déjà cessé avant que les deux doses potentiellement délivrées n'aient eu le temps de former une immunité. Les auteurs concèdent cependant que pour d'autres épidémies, moins désastreuses, s'étalant sur des semaines et survenant dans des camps « établis », le vaccin pourrait éviter un

[206] " 'stuck in some sort of time wrap' ", Briggs 2003, 274.
[207] " pushing a 'political agenda' ", Ibid, 274.

certain nombre de cas. Contrairement aux « guidelines » de 1993, une distinction explicite est accordée aux différents types de vaccins et une valeur est attribuée aux vaccins oraux de nouvelle génération :

> « Le vaccin traditionnel parentéral à cellule entière contre le choléra a été abandonné de longue date comme outil de santé publique. Cependant, au cours des 15 dernières années, des progrès notables ont été obtenus dans le développement de vaccins oraux contre le choléra. »[208]
>
> (WHO, 1995)

Le rapport conclut que le vaccin pourrait être utilisé, mais dans le contexte de camps de réfugiés établis et en réactif, une fois que l'épidémie a démarré (WHO, 1995). Ce rapport demeure alors interne à l'OMS[209], mais sur le terrain les choses commencent à « bouger », une première campagne visant un camp de réfugiés est organisée en Ouganda en 1997, utilisant des doses de Dukoral donnée par l'armée américaine, cette fois-ci sans controverse. Dans l'univers quadrillé du camp, les résultats de couverture et d'acceptabilité sont très bons.

Une deuxième réunion portant sur l'utilisation du vaccin dans les situations d'urgence est organisée, le rapport de celle-ci sera rendu public (WHO, 1999). La justification de l'utilisation potentielle des vaccins vient sous la forme d'un aveu de faiblesse. Les auteurs du rapport s'appuient sur les chiffres épidémiologiques d'une année 1998 écoulée particulièrement meurtrière, et constate que ces décès sont survenus « malgré les efforts continus pour fournir de l'eau potable et de l'assainissement de base ». Rappelant les mesures de contrôle traditionnelles et leur importance, les auteurs ajoutent « qu'il faut également reconnaître qu'elles sont difficiles à implémenter intégralement » (WHO, 1999). L'utilisation recommandée du vaccin vient avec des limitations : il n'est qu'un outil additionnel et ne peut en aucun cas remplacer les autres interventions recommandées par l'OMS pour lutter contre le choléra. La recommandation d'utiliser le vaccin auprès de réfugiés est maintenue, seulement le contexte d'intervention recommandé est inversé en comparaison du rapport précédent. Là où en 1995 il était recommandé d'intervenir pendant les

[208] « The traditional whole cell parenteral cholera vaccine has long been abandoned as a public health tool. In the past 15 years, however, substantial progress has been made in developing oral cholera vaccines. »
[209] Aujourd'hui il est consultable en ligne sur le site de l'OMS.

épidémies, et déconseillé en période calme, le vaccin est à présent déconseillé d'utilisation en épidémie et proposé pour l'utilisation préventive dans des camps de réfugiés établis. Le rapport préconise aussi la création d'un stock renouvelable de vaccin de 2 millions de doses de vaccin oral. Celui-ci devant être géré au sein de l'OMS, la délivrance de ces doses devrait par ailleurs être conditionnée à l'évaluation des campagnes qui en feraient usage.

La situation semblait donc enfin se retourner en faveur des promoteurs du vaccin. En 2001, l'OMS formalise ces recommandations dans une première *note d'informations*[210] sur les vaccins cholériques et la même année le vaccin Dukoral obtient la préqualification qui permet au vaccin d'être acheté et employé dans le système des Nations Unies. Pourtant, suite à ces avancées sur papier et mis à part quelques essais additionnels sporadiques, le vaccin n'est pas utilisé dans un contexte réel, comme un outil préemptif. Une nouvelle réunion en 2005 tend plutôt à limiter l'enthousiasme démontré précédemment, l'idée d'un stock pour le vaccin y est à nouveau débattue puis déconseillée. Après la ferveur du milieu des années 1900, la promotion du vaccin semble à nouveau enlisée. Dr Morgane se rappelle quelque peu amère, de ces années de tractations :

> « On a fait la première campagne (en Ouganda, 1997), on a relativement avancé et après on est partis sur 10, 15 ans de discussions, du blabla. Combien j'en ai entendu qui disaient 'les gens vont pas le prendre. Les gens ont peur !' Si on leur dit 'prends ça et ça va te protéger' bien sûr qu'ils vont le prendre, ils ne sont pas idiots ! »
>
> Dr Morgane, entretien, téléphone, janvier 2017

Dr Morgane explique en partie cette période d'une quinzaine d'années au point mort comme étant motivée par l'incertitude sur l'acceptabilité potentielle du vaccin. Un autre argument, indépendant des qualités intrinsèques du vaccin, est celui de l'impact potentiel du vaccin sur les pratiques d'hygiène personnelle qui avait déjà été étayé dans les « guidelines » de l'OMS de 1993 (WHO 1993).

Il apparaît clairement que le vaccin a réussi à revenir sur les devants de la scène dans l'environnement tendu des lendemains d'épidémies majeures en Amérique Latine et au Congo. La progression du vaccin dans la pratique du contrôle du choléra n'apparaît pas linéaire ni strictement

[210] *Position paper* en Anglais. Le premier de ces papiers apparaît donc en 2001, le deuxième en 2010 et un troisième en 2017.

corrélée à son efficacité intrinsèque. C'est le Dukoral, qui en 1993 est, sans même être cité nommément, englobé avec le vaccin parentéral lui-même associé aux quarantaines, des mesures jugées rétrogrades. C'est le même vaccin qui, début 1995, après la controverse de sa non-utilisation au Rwanda et au Pérou, devient potentiellement utile pour contenir des épidémies, sans que pour autant sa formule, son nom ou son étiquette ne changent. Le début des années 2000 ne connaît pas de flambées médiatiques comparables à celles des années 1990 ou celles qui viendront à partir de 2008 au Zimbabwe puis, surtout, en Haïti en fin 2010. Le choléra continue de faire des millions de cas par an, mais pas d'épidémies portées sur le devant de la scène publique qui pourraient devenir la tribune d'acteurs habiles pour la prise en compte de stratégies de contrôle alternatives d'une part, ou pour profiter de l'intérêt passager pour le choléra pour faire financer des stratégies plus intensives, quelles qu'elles soient, d'autre part.

Les opposants au vaccin campent toujours solidement trois arguments génériques face aux vaccins cholériques : le risque d'empiètement, de remplacement ou de concurrence du vaccin d'avec les activités d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et l'hygiène; l'impact potentiel du vaccin sur le sentiment de susceptibilité des bénéficiaires et un relâchement des pratiques préventives ; le manque d'acceptabilité du vaccin parmi les bénéficiaires.

A ceux-ci s'ajoutent des arguments spécifiques au produit technique en question, le Dukoral. Coûtant près de 6 dollars la dose, celui-ci est trop cher pour être efficace en termes de dépenses publiques. En outre le besoin d'administrer un grand verre d'eau potable (la dose tampon) complique encore davantage sa distribution.

Conclusion

L'affrontement qui se déroule dans les salles de réunions, par lettres à l'éditeur et parfois sur les plateaux de télévision est symptomatique d'une lutte plus large entre les tenants des approches globales de la santé incluant les défenseurs du renforcement des systèmes de soin de base, et les tenants de la compartimentalisation du champ de la santé, dont les tenants des vaccins sont les passeurs par la nature même de l'objet socio technique (Graham, 2016). Pour sortir des salles de réunion et être déployé dans le grand monde, le vaccin va devoir bénéficier d'une chaine d'alliances très dense pour permettre de le produire à bas coût dans un lieu de production « légitime ». Il faudra également reformuler les discours qui l'accompagnent pour éviter les foudres des partisans des stratégies transversales classiques d'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux assainissements.

Chapitre 12 : À l'ombre du stockpile. Un vaccin entre success-story et sursis

1. Reformulations du vaccin -et des discours qui l'accompagnent

Dans ses formulations des années 1990, en Dukoral (Suède), ou Orc Vax (Vietnam) le vaccin n'a aucune chance de devenir un outil de contrôle standard. Il faut qu'il se métamorphose s'il veut pouvoir avoir une chance d'opérer sur les terrains en proie au choléra. Ce n'est pas tant le contenu qui pose problème, mais ses déterminants non techniques. Le vaccin Dukoral est vendu trop cher pour que son déploiement puisse être perçu comme étant « coût efficient ». Ensuite si une version abordable est disponible au Vietnam, ceux qui en garantissent la production ne sont pas reconnus par les instances internationales, telles que l'OMS. En l'état, ce vaccin ne peut donc pas être déployé à l'international, il ne peut pas constituer ce que Rottenburg appelle un « modèle voyageur » (Behrends et al., 2014). En d'autres termes, avant de pouvoir « voyager », il doit être déployé sur les différents contextes où survient le phénomène cholérique, il faut réussir à faire transiter le produit dans la main d'autres alliés. Cette reformulation est avant tout une mutation institutionnelle :

> « En 2000 nous avions d'assez bonnes données [*evidence*] indiquant que le vaccin du Vietnam fonctionnerait. Donc, en ce qui concerne le choléra il n'y avait pas d'avancée scientifique majeure [*breakthrough*]. C'était vraiment un processus de *pas à pas* parce que nous savions qu'il marchait. C'était juste une question de réussir à faire produire ce vaccin dans un endroit qui pourrait le faire monter en échelle et le rendre disponible dans le système

des Nations Unies […] même si le vaccin du Vietnam est d'une très grande qualité, il ne serait jamais préqualifié par l'OMS, car l'Agence de Régulation du Médicament du Vietnam n'est pas reconnue. » [211]

Dr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Le pas-à-pas que Pr Singh mentionne est en fait une chaine d'alliances particulièrement dense qu'il va s'agir de mobiliser. Il faut d'une part s'assurer la coopération de ceux qui fourniront la version la plus avancée du vaccin, les scientifiques vietnamiens. Il faut ensuite reformuler le vaccin et son protocole de production de sorte qu'il puisse être reproductible n'importe où. Il faut ensuite trouver un « hôte », dans un pays dont l'Agence Nationale du Médicament (ANM) soit reconnue par les instances internationales telles que l'OMS pour accueillir la formule du vaccin et mettre en place une unité de production du vaccin. Il faudra d'autres alliés encore pour assurer les études cliniques supplémentaires que l'ANM concernée ne manquera pas de réclamer avant d'autoriser la mise sur le marché. Il faudrait enfin trouver des partenaires financiers à même de supporter ce transfert. Or, le vaccin n'intéresse que très peu les compagnies pharmaceutiques, car il offre peu de débouchés, s'adressant à des bénéficiaires qui sont — et c'est notoire pour le choléra — « les plus pauvres parmi les plus pauvres ».

C'est un nouvel acteur institutionnel de la santé mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates, qui va fournir le cœur de l'effort financier de ce transfert. La fondation dès ses débuts dans les années 2000, donne la priorité a des partenariats public-privés pour le développement de nombreux vaccins qui ne représentent pas suffisamment de débouchés pour les compagnies pharmaceutiques, des vaccins jusque-là « sans marché ». C'est par exemple le cas pour le vaccin contre la méningite A et ses 300 millions de bénéficiaires potentiels (Graham, 2016).
La fondation s'est intéressée dès ses débuts au choléra et à d'autres maladies « *négligées* », pourtant elle n'a pas de stratégie spécifique pour le choléra. Elle traite en effet du choléra, de la typhoïde et du rotavirus au sein d'un programme des maladies entériques pour lesquelles elle vise à améliorer ou à produire de nouveaux vaccins.

[211] "Well, I think, in 2000 we had pretty good evidence that the Vietnam vaccine would work. So, in terms of cholera there was no scientific breakthrough. It was really a step-by-step process because we knew it worked. It was just a matter of getting that vaccine produced in a place that could scale it up and then could become available through the UN system […] even if the Vietnam vaccine was very high quality, it would never be WHO prequalified because the (Vietnam) National Regulatory Authority is not recognized".

C'est l'*International Vaccine Institute* (IVI) établit depuis peu en Corée, qui sollicite la Fondation BMG pour travailler à la reformulation du vaccin choléra. L'IVI est alors dirigé alors par John Clemens qui a activement participé aux essais cliniques du vaccin au Bangladesh. IVI reçoit un premier projet pour travailler sur la formulation de nouveaux vaccins pour différentes maladies entériques, dans le cadre du projet *Disease of the Most impoverished* (DOMI). Par la suite, en 2006, la fondation Gates attribue un deuxième projet spécifiquement pour le choléra, appelé *The Cholera Vaccine initiative* (Chovi). Celui-ci supporte aussi bien la reformulation du vaccin choléra oral WC que la recherche pour le développement d'autres vaccins vivants atténués. À partir de 2005 IVI initie la discussion avec la firme Indienne Shanta Biotech pour un transfert. La collaboration avec Shanta promet des coûts de production du vaccin suffisamment bas, d'autre part l'Inde est choisie, car l'Agence Nationale de Régulation des médicaments est reconnue par les Nations Unies. L'Inde détient une industrie pharmaceutique locale grandissante et sa législation garantit le respect des brevets pour les médicaments et vaccins qui y sont produits. Cette conjonction de savoir-faire, de « citoyens biologiques » à même de permettre de tester à bas coût les nouveaux médicaments et une législation concordante d'avec celle des pays du Nord permettent « aux expérimentations de voyager » (formule de Petryna 2009 également cité dans Sunder Rajan 2017), le pays est ainsi devenu au cours des dernières décennies un haut lieu de mise en place d'essais cliniques à bas coût (Sunder Rajan 2017). La compagnie indienne choisie, *Shanta Biologics*, est également connue pour avoir développé un vaccin contre l'hépatite B avec un coût de fabrication de 0,25 cent, vaccin que ses cadres souhaitaient vendre à 1 dollar pièce pour des campagnes de vaccination sponsorisées par l'OMS dans les pays en voie de développement (Sunder Rajan, 2017). Destin commun à beaucoup de compagnies pharmaceutiques indiennes, *Shanta Biologics* est racheté par Sanofi Pasteur en 2006 peu après d'avoir accepté de produire le vaccin anticholérique.

En 2009, le vaccin Shanchol sort sur le marché. Le rapport de force autour de l'utilisation des vaccins s'en trouve modifié sur deux points essentiels : le vaccin coûte un tiers du prix du Dukoral pour des effets comparables, il gagne donc sur le terrain du « coût-efficacité », d'autre part, tout comme dans sa version vietnamienne, il ne requière pas de tampon, ce qui améliore sa facilité d'utilisation potentielle sur le terrain, et diminue les coûts opérationnels de son déploiement en campagne.

Cette mise sur le marché d'un premier vaccin fabriqué au sud, pour le sud et dans une formule moins chère et plus facile à administrer que le Dukoral qui était lui un « vaccin pour voyageurs » (fortunés) constitue l'aboutissement de la transformation institutionnelle du vaccin, il peut à présent prétendre voyager comme outil socio technique de la prévention et du contrôle du choléra. Pour cela, il faudra tout de même remporter la discussion auprès des institutions internationales telles que l'OMS. Dans cette phase « de retour au grand monde » (pour reprendre la formule de Callon et al., 2001) les médecins humanitaires vont constituer des alliés précieux à cette étape de validation du vaccin comme outil sociotechnique légitime de santé publique.

2. La frustration des médecins humanitaires

À la fin des années 2000, d'autres acteurs, plus proches du terrain, se mobilisent également pour le vaccin. Pour le Dr Calico, c'est le sentiment d'impuissance face à des épidémies de choléra qui va être l'élément déclencheur.

> « C'était fin 2008-2009, je me souviens, on a commencé à discuter avec ma collègue *Jo*, on était assis au CTC (Centre de Traitement du Choléra), 'euh, qu'est-ce qu'on fait avec cette épidémie ?' nous étions au bidonville [*x*], et l'épidémie s'était disséminée partout ; et tu sais, on essayait de mettre en place des mesures de contrôle et puis *rien* tu vois, *rien*. Du coup on s'est posé la question : 'pourquoi on n'essaierait pas (le vaccin) ?' »
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Cette expérience n'est pas isolée. La fin des années 2000 a coïncidé avec l'avènement de plusieurs autres épidémies de grande ampleur et souvent médiatisées en Haïti, en Guinée, au Zimbabwe :

> « L'expérience [de la réponse dans ces épidémies] ça a été de mettre en place des actions énormes de Wash et de voir des épidémies qui continuent à se disséminer tranquillement sans avoir un véritable effet de contrôle, tu vois ? Donc d'un point de vue d'organisation soignante c'était frustrant. Tu es là, tu essaies de *scale up, scale up, scale up* tes centres de

> traitement et l'épidémie continue à se disséminer tranquillement. […] Donc après ce moment-là, voilà je sais que MSF a voulu voir, voulu essayer le vaccin surtout dans le contexte des déplacés. On a essayé de voir s'il y avait un espace pour cet outil et c'est tout. »
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Dr Calico et ses collègues commencèrent alors, à partir de 2008, à discuter de la possibilité d'utiliser le vaccin avec des représentants des ministères de certains pays affectés régulièrement par le choléra, il s'agissait alors du Dukoral.

Très vite, en essayant de voir « s'il y avait une place pour cet outil », ils furent confrontés à l'opposition d'autres acteurs humanitaires. En cause, le plus souvent, le risque de perdre de vue l'objectif de l'accès à l'eau. Le Dr Calico et ses collègues doivent réitérer leur attachement aux interventions liées à l'eau et négocier une place aux côtés de celle-ci :

> « C'est pour ça qu'ils me font peur les gens qui s'opposent frontalement [au vaccin] parce qu'au début aussi il y a des gens qui répondent au vaccin d'une façon qui n'est pas objective. Le vaccin ce n'est pas la solution au choléra, c'est un des outils que tu peux utiliser dans la lutte ; tu vois chaque fois que j'ai parlé de vaccin j'ai donné cette première *slide* [de PowerPoint] ou je fais un rappel de *comment tu élimines le choléra*. En France [en Europe de l'Ouest] nous n'avons pas le choléra parce qu'on a des bons systèmes d'eau et assainissement et d'hygiène. Mais nous sommes arrivés à ce standard, c'est pas évident, on ne va pas arriver à ce standard ni dans 2, 3, 4 ans, 6 ans, 7 ans dans beaucoup de pays en Afrique, dans beaucoup de populations en Afrique ni en Asie. »
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Les défenseurs des vaccins ne vont donc pas contrer l'idée selon laquelle c'est bien l'eau qui est la solution contre le choléra, ils vont simplement mettre en avant qu'*en attendant, le vaccin pourrait être utile.* À ceux qui opposent l'eau et le vaccin comme des solutions dichotomiques, les défenseurs du vaccin veulent parler de solutions complémentaires, ils ne veulent pas s'opposer aux programmes d'eau, mais s'associer à ces derniers. Le vaccin se négocie une place dans l'interstice qui nous sépare d'un futur dans lequel les populations au Sud auront accès à des infrastructures en

eau. La crainte des défenseurs d'approches exclusivement liées à l'eau se cristallise dans le risque perçu d'un vaccin qui menace à long terme l'engagement pour le financement des infrastructures en eau et en assainissement.

Cette crainte existe depuis la résurgence des vaccins, la différence à partir de 2009 étant qu'un vaccin abordable est disponible et recommandé, il ne peut plus être ignoré à moindre frais.

En 2009, un nouveau document faisant la synthèse des données existantes sur les vaccins oraux contre le choléra et les spécifications du nouveau vaccin, le Shanchol est préparé pour le *Strategic Advisory Group of Experts* (SAGE), les auteurs soulignent les avantages de Shanchol et intègrent également les résultats d'une nouvelle analyse des données de l'essai clinique de 1985 au Bangladesh pour faire valoir une protection de groupe conférée par le vaccin. La combinaison de ces informations, et un prix de départ de 1 $ fait dire aux experts réunis par l'OMS que le vaccin pourrait alors être un outil « coût efficace », et ce même pour une utilisation dans les zones dites endémiques (Enwere et al., 2009). En 2010 l'OMS publie un nouveau *position paper* [212] sur les vaccins cholériques qui vient remplacer celui qu'elle avait publié en 2001. En 2001, l'OMS avait limité la recommandation du vaccin disponible à des vaccinations préventives pour les groupes à risque, tels que les réfugiés. L'utilisation des vaccins pour contrôler une épidémie déjà démarrée était fortement déconseillée. La position de 2010 intègre une revue des qualités des vaccins existants et élargit considérablement la recommandation d'utilisation à la population générale et aussi bien dans le cadre de campagnes préventives que réactives, pour faire face à une épidémie en cours.

Les risques que chacun construit se représentent et se font face, entre celui, éloigné, de l'impact du vaccin sur un futur possible d'un accès à l'eau universel, et le risque, plus imminent de manquer de sauver des vies en se privant d'un outil disponible.

> « Donc moi je me place dans la position de cette population-là, si je sais qu'il y a un vaccin qui me protège et qui protège mes enfants et que je peux le donner, avec le même geste que

[212] Les *position papers* sont rédigés par des employés de l'OMS pour exposer l'état de l'art sur l'épidémiologie d'une maladie et des outils disponibles à leur contrôle, ils visent à présenter la position de l'OMS au sujet de ces outils et établir clairement ceux que l'organisation préconise et ceux qu'elle déconseille.

> pour mettre des gouttes dans les yeux, et que quelqu'un me cache cette information, c'est du n'importe quoi. J'aimerais bien avoir cet outil, en plus il y a des gens qui sont prêts à payer pour cet outil. Tu vois. Donc on voit pas qui va s'opposer à ça, tu vois ? J'aimerais bien que les gens qui s'opposent à cela me donnent une seule raison valable de comment le vaccin il ferait des morts aux populations ou provoquerait une maladie : c'est un vaccin qui n'a pas d'effets secondaires, qui est facile à administrer. »
>
> Dr Calico, entretien, Genève, juillet 2018

Le Dr Calico déplace ceux qui seraient contre le vaccin dans le camp de ceux qui voudraient empêcher aux victimes du choléra d'accéder à un outil pour se prémunir de la maladie, à partir du moment où le vaccin existe, qu'il est validé suite aux essais cliniques, pré qualifié par l'OMS et que sa formule de délivrance et son prix le rendent plus *probables en campagne,* la discussion se reporte sur l'équité. On voit ici poindre à une échelle bien plus large la controverse qui avait eu lieu en 1994 quand la chaine CBS avait ouvertement attaqué l'OMS pour ne pas avoir recommandé l'utilisation du premier vaccin Dukoral dans l'épidémie latino-américaine.

Pour autant, même en contexte épidémique, la décision d'utiliser le vaccin n'est pas anodine. Lorsqu'elle est proposée dans les « clusters », ces comités d'urgence où se réunissent les représentants d'ONG et ministériels, la Dr Morgane nous explique que c'est peine perdue.

> « Ça marche jamais ! C'est normal parce que vous avez un truc complètement innovant. Bien sûr que les mecs, il y en a toujours un qui va dire 'mais non, ça va pas la tête ? C'est l'accès à l'eau potable (qu'il faut)' et ils vont emporter la décision. »
>
> Dr Morgane, entretien, juillet 2018, Genève

Pour pouvoir établir une première campagne de vaccination dans un pays, il faut pouvoir compter sur les bons alliés. Les institutions internationales sont peut-être trop conservatrices pour ce type d'initiatives, idéalement il faut :

> « Soit une ONG ou quelqu'un qui va porter le truc, qui va dire 'Il faut prendre le risque, il faut y aller'. Et puis il faut qu'il y ait la même chose côté ministère bien sûr sinon ça ne marchera jamais. »
>
> Dr Morgane, entretien, juillet 2018, Genève

Mais c'est surtout lorsque la discussion se déroule dans le domaine public que la force d'argument du vaccin pour sauver des vies dans l'urgence se déploie avec le plus de force. Ce fut le cas très tôt, comme vu plus haut, lors du reportage à charge de la chaine américaine CBS en 1994 et surtout lors de l'épidémie en Haïti. Celle-ci démarra fin 2010 dans un cadre surmédiatisé, et avec les soupçons qui pesaient sur le rôle des Nations Unies dans l'importation involontaire de la maladie (voir chapitre 4). Paul Farmer, le fameux médecin anthropologue et activiste, se fait alors l'avocat de l'introduction du vaccin Shanchol sur Haïti pour aider à combattre l'épidémie en cours.

On pouvait attendre de l'auteur de « pathologies of power » qu'il se range solidement en défaveur du vaccin et qu'il prenne la plume pour défendre la mise en place d'infrastructures de l'eau. Il en est tout autrement puisque Farmer va devenir le « champion du vaccin » (Gupta et al., 2016). Comment expliquer ce positionnement qui peut sembler à première vue étonnant de la part du plus influent des anthropologues critiques ? Farmer penserait-il que l'on puisse grâce au vaccin anticholérique « inoculer contre l'inégalité » pour reprendre la remarque que Briggs (2003, 275) fait dans son ouvrage *" Stories in the time of cholera"* et dont la pochette compte justement sur un mot de soutien de Farmer ? Une libération par le vaccin serait-elle possible ?

Autour de l'utilisation du vaccin, deux postures s'affrontent, ancrées sur des conceptions divergentes de la justice. La première, celle des tenants de l'accès à l'eau (et de Briggs) est celle d'une lutte pour l'égalité et pour la justice sociale. Les provaccins (tels que parmi nos interlocuteurs le Dr Calico, le Dr Morgane, le Pr Singh) se fondent sur une foi dans la technologie et sur l'égalité d'accès pour tous à celle-ci doublée d'un constat de l'impossibilité politique de résoudre le choléra par des solutions classiques à court terme. De manière intéressante, les prises de position de Paul Farmer se trouvent partagées entre les deux camps, il va cependant se « ranger » dans celui des provaccins et peser de tout son poids pour permettre la première utilisation du vaccin comme outil de réponse à une épidémie. Sur quelles modalités repose cette prise de décision ?

Il faut, pour commencer, dire que, contrairement à la grande majorité des acteurs investis dans la crise haïtienne, Farmer n'arrive pas sur l'île à l'occasion de la première catastrophe sismique ni de celle du choléra. Il travaille sur l'île alors depuis plus de vingt ans et y a cofondé *Partners in Health* (PIH), une organisation non gouvernementale qui structure sa mission autour de la prise en charge des pauvres. Cette organisation est perçue comme « un contre-exemple » d'une santé globale compartimentée par maladies et pensée loin du terrain, car son approche est centrée sur la communauté, l'utilisation des technologies pour un renforcement des systèmes de santé « par le bas » et l'accompagnement des patients sur le long terme (Biehl & Petryna, 2013). Le site internet de PIH stipule en effet que sa mission est « d'amener les bénéfices des sciences médicales modernes aux plus démunis et pour servir comme antidote au désespoir »[213]. Pour Farmer la mise à disposition des avancées médicales est donc centrale pour permettre la libération des peuples opprimés, ainsi il fait lui-même un parallèle entre la mise à disposition du vaccin et celle des ARV pour les personnes vivant avec le sida au sud (Farmer 2012, 203). Sur ce modèle, Farmer, semble construire un « intolérable » (Chabrol, 2012 ; Dozon, 2005) dans la non-utilisation du vaccin cholérique, comme, près de vingt ans avant lui, le Dr Sack (voir supra), dont il prend les conseils en matière d'épidémiologie du choléra et de capacité des nouveaux vaccins (Farmer 2012, 202).

Pour tenter de répondre à cette question il faut revenir à l'expérience de Farmer dans l'avancement de la solution première : l'amélioration des conditions de vie, y compris de l'accès à l'eau et à l'assainissement pour tous en Haïti. Les efforts que PIH a multipliés depuis la fin des années 1990 pour appuyer le plaidoyer auprès des administrations nord-américaines en faveur d'investissement en infrastructures en eau et assainissement se sont vus réduire à néant quand l'aide promise a été « prise en otage » par les tensions politiques ravivées entre l'administration Bush et celle de Duvalier au début des années 2000. Sur fond d'immobilisme de l'amélioration des infrastructures en eau, les interventions de PIH pour des programmes d'eau et assainissement d'appoint les ont rendus « humbles » dans leur capacité à contrôler des épidémies par ces programmes.

La décision d'appuyer le vaccin n'est donc pas seulement motivée par un penchant de Farmer, le clinicien, pour les solutions biomédicales, mais celle d'une connaissance peut être quelque peu

[213] "to bring the benefits of modern medical science to those most in need of them and to serve as an antidote to despair." https://www.pih.org/pages/our-mission , consulté le 15 avril 2019.

amère de l'aide bilatérale en Haïti et d'un pragmatisme quant à la temporalité d'advenue d'un système en eau et assainissement à même de mettre la population haïtienne à l'abri des épidémies de choléra.

On pourrait donc voir dans cette prise de position une certaine forme de pragmatisme : prenant acte de l'impossibilité à court et moyen terme d'améliorer les conditions de vie des pauvres, Farmer s'en remet principalement aux promesses d'un outil sociotechnique renouvelé, le vaccin oral contre le choléra. Ce pragmatisme, cependant, pause question, car Farmer a lui-même longtemps décrié ceux parmi les militants des droits de l'homme qui, par « pragmatisme », préféraient s'en tenir à la lutte pour les droits politiques et civiques, et délaissaient la lutte pour l'égalité économique et sociale, qu'ils jugent hors de portée (P. Farmer, 2004, pp. 9–10). Ce type de pragmatisme s'assimile vite à une forme de résignation face au statu quo politique, qui pourrait être interprétée par certains comme un abandon relatif des plus démunis par l'activiste désenchanté. Car au final, ce que Farmer reproche aux « pragmatiques », c'est de refuser d'entrer dans la matérialité de la lutte pour l'égalité économique et sociale, qu'il définit avant tout comme étant le transfert effectif d'argent et de technologies médicales vers les plus démunis. Pour Farmer donc, le transfert en soi d'une technologie médicale est un pas vers la lutte contre les inégalités. Le problème qui se pose ici est bien entendu de savoir le coût du renoncement[214] à un tel transfert, qu'abandonne-t-on quand on choisit un vaccin ? Quel monde émerge de cette décision ? Farmer ne veut pas choisir ni donner l'impression qu'il le fait et c'est sans doute pour cette raison qu'il construit le champ de la controverse sur la stratégie de lutte contre le choléra entre deux pôles qui se démarquent par leur positionnement sur l'échelle de la volonté des transferts : les « minimalistes » et les « maximalistes ».

Les « minimalistes » pour Farmer sont ceux qui privilégient des solutions classiques et peu intensives comme l'éducation à l'hygiène et des programmes « wash » légers, tels que la distribution de tablettes de désinfection de l'eau, la construction de latrines et tout ce qui constitue les activités de « watsan »[215]. « Minimaliste » est donc un autre nom que Farmer utilise pour

[214] Également appelé coût d'opportunité en économie, traduction franglaise de "opportunity cost" qu'Andréani (1967) déplore. Pour lui, « parler d'opportunity-cost, c'est évaluer le coût de ce qui est choisi en termes de ce que l'on cède mais aussi en termes de ce que l'on renonce à obtenir, c'est mesurer le coût en occasions perdues ».

[215] "Water and sanitation" la watsan renvoie a toutes les activités qui améliorent l'accès à l'eau potable (forages, désinfection des puits), à l'assainissement (organisation de la pré collecte, construction de latrines) mais aussi à l'éducation à l'hygiène dans la communauté. Le « watsan » est également le métier de celle ou celui qui pilote ces

désigner ceux qui privilégient l'accès au l'eau et s'opposent au vaccin. Les « maximalistes », dans lesquels se range Farmer, voudraient ajouter aux interventions classiques le vaccin oral contre le choléra. Farmer déplore la résistance des « minimalistes » et le blocage de la discussion au cours de réunions institutionnelles interminables. Comme par le passé, c'est en apportant l'affaire dans le domaine public par l'intermédiaire « d'amis dans la presse » que le déblocage institutionnel pourra avoir lieu. Au journaliste de la National Public Radio, Richard Knox, qui avait déjà donné la voix au Dr Sack et à la Pr Colwell sur les causes probables de l'épidémie de choléra en Haïti (cf. chapitre 4), la Dr Ivers, collaboratrice de Farmer chez PIH, indique que

> « La culture générale qui prévaut dans les agences de santé publique au sujet de la vaccination pour le choléra est que ce n'est pas une bonne idée. C'est trop compliqué. C'est trop dur. C'est trop coûteux. […] Et puis il y a aussi cette notion philosophique, un argument idéologique qui veut que vous ne devriez pas essayer de vacciner contre le choléra quand la véritable solution réside dans l'eau et l'assainissement. » [216]

Dr Ivers, NPR, 2012 [217]

L'énoncé du vaccin comme solution temporaire est à présent stabilisé, que le journaliste rapporte :

> « Les défenseurs du vaccin sont d'accord, mais ils répondent que le choléra ne va pas attendre que la situation de l'accès à l'eau et à l'assainissement soit améliorée »[218]

(Ibid)

activités, métier souvent occupé par des ingénieurs ou d'anciens logisticiens ayant suivi une formation spécialisée, telle que celle de l'institut Bioforce à Lyon.

[216] Traduit de l'anglais par l'auteur: "The general culture around cholera vaccination in public health agencies has been that it's not a good idea. It's too complicated. It's too hard. It's costly[…]
Then there's the philosophical notion – an ideological argument that you shouldn't be trying to vaccinate against cholera when really the solution is water and sanitation".

[217] Vaccination Against Cholera Finally Begins In Haiti, Richard Knox, NPR 2012, https://www.npr.org/sections/health-shots/2012/04/12/150493770/vaccination-against-cholera-finally-begins-in-haiti Consulté le 23 février 2019.

[218] Traduit de l'anglais par l'auteur : "Vaccine advocates agree, but say cholera won't wait for improvements in water and sanitation." Ibid.

Le Dr Pape, un cadre de l'ONG Haïtienne GHESKIO précise pour le contexte haïtien :

> « Huit millions d'Haïtiens n'ont pas accès à l'eau potable et à l'assainissement […] Qu'allez-vous faire ? […] Dans les meilleurs des cas, avec le meilleur gouvernement, ça ne sera pas fait en moins de cinq ans. Nous avons donc besoin de ce vaccin »[219]
>
> Dr Pape, NPR, 2012 (voir [216])

Début 2012 la situation institutionnelle se débloque, certains experts, de la Paho notamment, indiquent dans la presse une possible utilisation du vaccin sur Haïti, puis l'accord est obtenu auprès du gouvernement haïtien. Partners In Health déroule la première campagne utilisant le Shanchol, en Haïti en avril 2012, auprès de 50 000 personnes. L'achat des doses est alors financé par la Croix Rouge Américaine (Rouzier et al., 2013). Farmer (2012) écrit dans la postface de son livre, quelques jours avant la campagne, l'espoir que celle-ci représente pour Haïti, mais aussi pour d'autres « hotspots » [220]du choléra dans le monde. Haïti ouvre bel et bien une voie dans l'utilisation du vaccin, mais c'est sans doute une autre campagne, qui commencera 6 jours après celle de Haïti qui pourra servir de *success-story à une intégration du vaccin dans la lutte en Afrique.* La campagne haïtienne débute le 12 avril 2012. Six jours plus tard, le 18 avril 2012, elle débute en Guinée, première campagne de vaccination réactive contre le choléra en Afrique.

[219] Traduit de l'anglais par l'auteur : « Eight million Haitians lack potable water or proper sanitation […]So what are you going to do? […] In the best conditions, with the best government, it's not going to be done in five years. So you need this vaccine. », Ibid.

[220] "Cholera hotspot" apparait ici pour la première fois en page 254 dans le livre de Farmer.

3. Réussir sa *Success story*. La première campagne vaccinale d'Afrique en Guinée Conakry

L'épidémie en Guinée démarre en février 2012 dans un village situé dans l'île de Kaback, non loin de la frontière Sierra Léonaise, les premiers malades sont des pêcheurs d'une même famille.[221]

*Photographie : 1 Centre de Traitement du Choléra (**CTC**) de fortune installé dans l'île de Sakama, mars 2012, (photo V Sarr Coordinatrice Africhol Guinée)*

Le 8 février, une équipe sanitaire dépêchée sur place par le ministère faisait état de 59 cas suspects et de six décès entre le 2 février et le 8 février. Sur les 5 échantillons de selles prélevés par les équipes, deux s'avérèrent positifs au choléra. Le directeur de la lutte contre la maladie en informa par email les partenaires internationaux et les invita à une réunion de crise pour le lendemain, le 10 février.

L'île de Kaback s'étendait au-delà de la zone de surveillance que nous avions mis en place avec le ministère de la santé guinéenne dans le cadre du projet Africhol (cf. Introduction). Cependant,

[221] Le premier malade suspect de choléra en Guinée provenait du village de Khounyi, situé sur l'île de Kaback, le 2 février 2012 un habitant du village appela un agent de santé exerçant sur Forécariah. D'après les mémorandums ministériels de l'époque (Memorandum Cholera Kaback), le 6 février 2012, un habitant du village de Khounyi, sur l'île de Kaback appella un agent de santé exerçant dans Forécariah pour annoncer le décès de 2 personnes dans le village des suites d'une maladie diarrhéique sévère, une troisième personne ayant présenté les mêmes signes avait, quant à elle, survécu. Le village de Kounyi est présenté comme étant localisé à la frontière avec la Sierra Leone. Sa population décrite comme étant essentiellement constituée « de pêcheurs de nationalités Sierra Léonaises et Guinéennes.»

profitant du fait que nous avions au sein du projet Africhol un fond d'urgence pour financer les enquêtes de terrain sur des flambées se développant en dehors de ces zones, nous avons organisé avec le ministère, une enquête dans l'île qui, l'épidémie prenant de l'ampleur, devint une zone de surveillance supplémentaire.

En République de Guinée, la surveillance et la réponse au choléra était de la responsabilité de la Direction de la Lutte Contre la Maladie (DPLM). Comme beaucoup de médecins guinéens nés avant les années 1980, le Dr Sakoba Keita, son directeur, avait été formé en médecine à Cuba. C'est lui-même qui dirigea deux ans plus tard la Cellule Nationale de Lutte contre Ebola (CNLEB). En 2012, le paysage institutionnel embryonnaire de l'aide en Guinée était à des lieux de ce qu'il deviendra deux ans plus tard avec la survenue d'Ebola. En 2012, la Guinée ne peut compter que sur une poignée d'acteurs internationaux pour l'aider à répondre à l'épidémie : MSF, ACF, la Croix Rouge à laquelle s'ajoutent les agences onusiennes UNICEF et OMS, et l'AMP pour la surveillance. Mais Sakoba Keita, qui était informé de la préqualification du vaccin Shanchol convoque ceux des partenaires dont on lui a dit qu'ils étaient disposés à financer et utiliser le vaccin.

> « En Guinée en 2012, l'étape 1 je pense que c'est MSF qui dit ' Là on doit y aller, c'est une opportunité '. Mais il fallait en étape 2 avoir un champion au niveau du pays. »
>
> Dr Morgane (entretien, juillet 2018)

> « Nous on était là-bas [en Guinée] et on a discuté avec le Dr Sakoba, il a dit ' moi je suis très intéressé pour utiliser le vaccin' et voilà, ils sont allés. »
>
> Dr Calico (entretien, juillet 2018)

Le ministère de la Santé guinéen ouvre alors son pays à la possibilité d'expérimenter en conditions réelles, « africaines », le nouveau vaccin. Cette possibilité passe en grande partie par la position de champion qu'occupe Sakoba, et sa capacité à faire de la Guinée un site attractif pour l'expérimentation en conditions réelles de cette innovation. La notion d'attractivité est utile pour explorer les frictions qui résultent de « l'agencement des enjeux politiques et scientifiques » autour des outils sociotechniques de la santé globale (Chabrol, 2012, p. 40).

La Guinée est un des pays les plus pauvres de l'Afrique de l'Ouest et les épidémies de choléra

peuvent y causer des milliers de cas et des centaines de morts (Rebaudet et al., 2014). Le ministère connait bien le risque et entrevoit, dans l'urgence, le gain en vies que pourrait représenter un vaccin délivré gratuitement dans et autour des zones affectées. Le manque d'infrastructures, routière notamment de la Guinée, représente pour les intervenants les avantages de ses inconvénients, ainsi un collègue médecin m'indique alors que je m'apprête à prendre l'avion pour Conakry : « si une campagne réussit en Guinée, elle peut être déployée partout en Afrique. » L'épidémie en Guinée offrait également à ce moment-là une fenêtre d'opportunité « naturelle » du vaccin comme outil de contrôle, du fait de l'épidémie en cours. Le problème de la mise en place d'interventions vaccinales réactives se situe dans la capacité à parvenir à les mettre en œuvre suffisamment tôt dans une épidémie pour que l'outil puisse garder une efficacité dans le contrôle[222]. Partant, il faut parvenir à recueillir rapidement un accord auprès des autorités nationales. C'est cette réactivité du ministère Guinéen et la capacité de Sakoba de se porter garant de ce nouvel outil, mais aussi de la possibilité politique de dérouler la campagne dans le pays qui a permis l'avènement de la *success story* de la vaccination anticholérique en Guinée.

Deux campagnes avec deux tours de vaccination, étaient prévues la première à Boffa, sur la Côte-Nord, dont le premier tour fut conduit du 18 au 23 avril 2012, et le deuxième tour du 9 au 14 mai 2012 à Forécariah, dont l'île de Kaback, le premier tour eu lieu entre le 27 mai et le 1er juin 2012, le deuxième entre le 10 et le 15 juillet 2012.

Je me suis rendu en Guinée peu avant la campagne de Kaback, pour accompagner les équipes ministérielles dans l'extension des zones de surveillance du choléra.

La réponse à l'épidémie se coordonnait dans le « cluster inter-agence » qui se réunissait plusieurs fois par semaine sur Conakry, et qui avait été mis en place dès la déclaration de l'épidémie[223]. Pour

[222] Et de fait le Dr Calico a fait part d'autres négociations avec d'autres pays, lesquelles n'ont pas eu lieu, faute d'épidémie à contrôler. Dans d'autres pays à priori intéressés par la vaccination celle-ci n'a pas eu lieu pour des motifs variés, y compris parce que le nombre de doses disponibles ne semblait pas permettre de préparer une intervention satisfaisante.

[223] Les clusters sont activés pendant le cours d'épidémies et sont organisés comme des comités qui se réunissent à intervalles réguliers pour "coordonner" les activités de réponse aux épidémies. S'y retrouvent les représentants des organisations et des ONG engagées dans la lutte et la prise en charge des malades. Si l'épidémie est complexe ou le nombre de partenaires est très important, des clusters thématiques peuvent être organisés ayant pour but de coordonner ces activités précises : la prise en charge des malades, l'éducation, le vaccin, etc.

l'épidémie de choléra de Guinée en 2012 le cluster était composé d'un représentant de la Croix Rouge, d'ACF, de MSF et du directeur de la lutte contre la maladie, le Dr Sakoba. Pouvaient s'y joindre d'autres membres du ministère ou des experts opérant pendant des missions courtes, comme ce fut mon cas en Guinée. Ce cluster-ci était acquis à la vaccination, décidée par le ministère de la Santé et représenté à sa table par le Dr Sakoba. Pour la première campagne sur Boffa, celui-ci avait donné de sa personne en étant le premier à prendre la dose vaccinale, devant un parterre de journalistes (il renouvellera l'opération trois ans plus tard pour le vaccin Ebola testé par l'OMS…). À présent la deuxième campagne s'attaquait à Forécariah et aux îles, ce qui promettait d'être plus compliqué du fait de l'impraticabilité du terrain.

L'île de Kaback, aujourd'hui reliée au continent par un pont, se rejoignait à l'époque par une courte traversée en pirogue. Les voitures quant à elles empruntaient le bac. La traversée de l'île par la piste ne laissait pas présager qu'une épidémie mortelle y avait cours. Le long de la piste, les rizières succédaient aux villages installés en clairières. Le bruit des 4x4 faisait invariablement sortir les enfants qui faisaient des salutations, riaient et bien souvent criaient « *foté* ! » (lit. « les Blancs » en soso). Le village où les équipes MSF résidaient et avaient installé le Centre de Traitement du Choléra semblait également étrangement décontracté. Les « expats » logeaient chez l'habitant, le camion transportant les vaccins était garé à l'ombre d'un manguier sans que personne ne semble lui accorder une importance particulière. Un « expat » perché sur un rocher réputé pour sa « bonne connexion » tentait de capter le signal sous le regard amusé des passants qui l'incitaient à se pencher tantôt plus à gauche, tantôt plus à droite. Assise sur le pas d'une porte, une infirmière européenne se faisait faire des tresses par une *petite* du village. La portion d'une cour familiale avait été aménagée avec des chaises et une table en plastique, un filet suspendu y procurait un peu d'ombre. C'est là que l'équipe de MSF, à portée d'oreille de tous planifiait sa campagne vaccinale. Sur la place du village et jouxtant la pièce qui servait de Centre de santé, un Centre de Traitement contre le choléra était monté, composé de plusieurs tentes (d'observation, de prise en charge, de fonctionnement du personnel-qui servait de vestiaire) et d'un circuit d'entrée et de sortie chlorés. Ici comme ailleurs le camp et les parcours sont délimités par des filets orange. Le CTC était presque vide. Dans l'ensemble, la scène donnait l'impression d'une intervention idyllique, Kaback serait

pourtant deux ans plus tard le théâtre de tensions majeures entre certains de ses habitants et les intervenants en santé.[224, 225]

Au tournant de cet été 2012, l'épidémie de choléra s'estompa rapidement, les personnels de santé et ceux des ONG en Guinée se félicitèrent de ce résultat. Mais la victoire n'était pas seulement celle de la Guinée. Ceux qui « avaient amené le vaccin choléra en Guinée » [226] repartaient à présent avec les résultats issus de cette première expérience vaccinale en conditions réelles, ils tenaient, à bien des égards la *succces story* de terrain qui permettrait au vaccin de voyager sur d'autres terrains difficiles.

> « La Guinée, ça a très bien marché, parce qu'on a fait une vaccination dans des zones rurales, pas très accessibles, tu vois même dans des îlots, il fallait amener les vaccins en bateau. Ce qu'on a vu c'est que c'est un vaccin hyper facile à administrer, il est super *safe*, comparé aux injections où il faut avoir tout un système de *waste management* pour les aiguilles, c'est un vaccin oral, que les personnes pourraient [à l'avenir] faire en *self-administration,* mais tu peux le faire avec *Community Heath Workers,* c'est très facile à faire. En fait, la dernière fois qu'on a réussi à éliminer les contraintes de *cold chain* parce que c'est un vaccin qui est très thermostable, on a gardé les vaccins dans un stock central, on a fait la distribution hors chaine de froid, ça devient un vaccin hyper facile à distribuer. »
>
> Dr Calico entretien, Genève, juillet 2018

[224] Deux ans plus tard, à l'occasion de l'épidémie d'Ebola, des tensions surgirent à la suite d'interventions autour du puits, deux personnes parmi les intervenants perdirent la vie de la main de villageois les suspectant d'avoir inoculé le virus d'Ebola dans leurs puits. Ce drame valut aux habitants de Kaback d'être décrits comme une zone de violence et pas « pacifiée », particulièrement hostiles aux interventions en santé. Il ne nous appartient pas ici d'entrer dans les détails qui ont mis le feu aux poudres sur l'île dans le courant d'Ebola, mais nous pouvons cependant avancer que la réticence est relative et contextuelle, car en 2012, ces mêmes groupes sociaux ont accueilli la première campagne vaccinale contre le choléra en contexte réel, et même hébergé les équipes médicales internationales qui implémentaient ces interventions.

[225] « Kaback : toujours pas pacifié ! », Jeanne Fofana, 22 janvier 2015 http://kababachir.com/kaback-toujours-pas-pacifie/ consulté le 17 juin 2017.

[226] Blason appliqué à tous ceux qui avaient travaillé sur la première campagne en Guinée. C'est avec ces termes et bien malgré moi, que, par la suite, je fus présenté aux membres de la Cellule Nationale de la Lutte Contre Ebola.

Le Dr Calico ajoute un autre avantage du vaccin « il ne demande pas un changement des habitudes, tu vois, donc c'est une action que tu fais à un moment, et les personnes, elles deviennent protégées. » [227]

Ces résultats sont présentés à une première réunion sur la création d'un stock international pour le vaccin (*stockpile*). Au cours de cette réunion, d'autres groupes présents en Asie amènent également des données confortant l'efficacité du vaccin. De même y sont présents ceux qui, revenant également d'une première campagne pilote en Haïti, poussent à la pérennisation de la vaccination pour contrôler l'épidémie sur l'île, qui n'en finit pas de faire des morts et de mettre au pilori la communauté internationale accusée à la fois d'avoir amené l'épidémie et d'être incapable de la contrôler. Fin 2013, L'Alliance du Vaccin (GAVI) prend la décision, dans le cadre de sa *Vaccine Investment Strategy* pour 2013-2018 de financer la création d'un stock de vaccins à hauteur de 115 Millions de Dollars.

4. Les effets redoutés du vaccin sur le « watsan »

Dans une explication de sa décision de ne pas recommander l'utilisation du vaccin, un rapport de 1993 cite le potentiel effet indésirable que la vaccination pourrait avoir sur les personnes : la propension à délaisser les mesures d'hygiène (WHO, 1993). L'argument avait déjà mis à mal précédemment le vaccin parentéral contre le choléra. Cet argument gardera une force parmi les opposants du vaccin, même quand celui-ci réémergea sous la forme des vaccins oraux ayant passé les essais cliniques (Berger & Shapiro, 1997).

Cette opposition sur l'effet que pourrait avoir le vaccin sur le comportement de ses bénéficiaires potentiels, continua dans ce que Morgane (c'est son prénom ou son nom ? Indique son identité complète et son statut) appelle la période « on et off » qu'elle délimite de 1997 à 2013 :

[227] Dr Calico entretien, Genève, juillet 2018.

> « Parce qu'on a eu cette période où on a discuté 'vaccin, pas vaccin, lalala', et les opposants disaient toujours : 'oui, mais les gens ils vont pas se protéger et après ils vont faire n'importe quoi, ils ne vont pas suivre les mesures d'hygiène'. À ma connaissance il y a deux études là-dessus, une sur Haïti et une en Thaïlande, je crois, pour le CDC. Euh ; ils disent la même chose, hein : c'est plutôt le contraire qui se passe. »
>
> Dr Morgane, entretien par téléphone, janvier 2017

Les deux études que la Dr Morgane cite ont eu lieu après la décision de préqualifier le vaccin. Avant de pouvoir bénéficier de ces données, les discussions s'appuyaient donc soit sur l'interprétation des données produites lors des essais cliniques des années 1980, soit sur les premières tentatives de vaccination comme celles de 1997, mais dont aucune n'avait été conçue pour mesurer ses effets en contexte épidémique. Sans la contredire, je discute avec la Dr Morgane de quelques éléments troublants issus d'enquêtes qualitatives rapides que j'ai mené en marge de campagnes. Dans l'une d'elles, un volontaire m'a rapporté qu'une vieille dame lui avait proposé de boire de l'eau d'un puits, sous prétexte « que tout le monde était protégé par le vaccin ». Je n'avais moi-même pas observé d'écarts de ce type dans les pratiques préventives individuelles parmi mes interlocuteurs dans les groupes affectés par la maladie, mais je partageais cette histoire à la Dr Morgane, qui me fit part de son incrédulité :

> « Ce qui apparait clairement dans ces campagnes c'est que les gens avaient peur de cette maladie. Au cas où on l'aurait pas su, ça apparait très clairement. À partir de là j'imagine assez mal quelqu'un dire « *ah non je vais boire n'importe quoi* » j'arrive pas à imaginer ça. À moins d'être complètement loufoque, mais sinon ça n'a pas de sens ! personne ne va faire ça, tu vois. »
>
> Dr Morgane, entretien, Genève, juillet 2018

Le Dr Calico était plus réceptif et ne niait pas qu'un relâchement des pratiques préventives individuelles puisse survenir dans le sillon des campagnes de vaccination contre le choléra. La solution trouvée par Calico serait de prendre l'occasion de faire de la sensibilisation pendant la campagne vaccinale :

> « Il y avait cette question c'était en donnant le vaccin les gens peut-être ils vont relâcher un peu les mesures d'hygiène [des études KAP] ont démontré qu'en fait si tu utilises cette opportunité pour faire de la *health promotion*, c'est l'inverse, tu peux transformer la campagne de vaccination en un outil pour améliorer le reste de la connaissance. Donc la vaccination c'est une opportunité pour former les gens, tu prends ça comme une opportunité et pas comme une contrainte, tu expliques aux gens que le vaccin il protège pas à 100 % qu'il faut continuer à se laver les mains il faut continuer à chlorer l'eau, tu expliques bien, après, l'avantage, tu peux avoir une meilleure connaissance qu'avant, tu vois ?
>
> Dr Calico, entretien, Genève, Suisse, juillet 2018

Sous cette dernière formulation, il devient plus difficile aux opposants du vaccin d'argumenter des effets pervers que ces outils produiraient. Tout comme la formulation des provaccinations va progressivement inclure des mesures de Wash,[228] la campagne va mettre en place des activités supplémentaires en Wash (distribution de tablettes de chlore, construction de latrines, séances de sensibilisation au lavage de mains…) pour compenser les éventuels effets induits de leur propre intervention. La solution proposée devient difficilement opposable, car leurs prérogatives étant englobés dans la stratégie vaccinale, les pro-Wash n'ont plus rien à dire. Ils ont été *intégrés*, et certains d'entre eux pourraient dire *désintégrés*.

5. Se mesurer et se mesurer à l'autre

Le Professeur Singh a construit sa carrière sur la recherche épidémiologique et microbiologique sur le choléra en Asie, il a notamment participé au développement du vaccin oral depuis les années 1980. S'il défend une approche complémentaire, il a sa propre manière de s'attaquer à la pertinence des actions *wash*, il commence par placer le vaccin dans une position humble, il s'agit d'un outil parmi d'autres.

[228] *Water, Sanitation and Hygiene*, s'applique aux interventions visant à rendre les sources d'eaux potables à isoler les reflux d'eaux souillées et à promouvoir des pratiques individuelles préventives. Au sens large, peut également faire référence à la mise en place d'infrastructures en eau et assainissement.

> « Ce n'est pas une '*magic bullet*' comme on dit, ce n'est pas comme pour la variole ou la fièvre jaune. » [229]

Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Mais s'il semble reculer, c'est pour mieux prendre pied :

> « Nous avons toujours dit que le vaccin devait être intégré avec le Wash. Et nous continuons de le dire, mais malheureusement nous n'avons pas de bon exemple de ce que cela veut dire concrètement. À quoi fait-on référence quand on parle de Wash ? Est-ce qu'on parle d'eau chlorée dans chaque maison ? Quelque part cela ne semble pas faisable. Du coup vous parlez soit de ces investissements très lourds en infrastructures ou sinon de la chloration aux points de prélèvement d'eau. Et là encore, oui ça marche en quelque sorte, mais seulement tant que vous le faites. Mais ça ne paraît pas être une solution très pérenne. Donc du côté Wash on n'a de cesse de dire 'Oui, on veut inclure du Wash'. Mais on ne sait vraiment pas de quoi on parle. Et après quand on dit intégration, on veut vraiment intégrer le paquet entier du contrôle, c'est-à-dire la clinique, le laboratoire, le Wash, le vaccin. Ils doivent tous tenir ensemble de manière intégrée. »

Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Le Pr Singh déplace les activités en eau et assainissement. Il les présente comme un ensemble mal défini, qui peine à s'articuler parmi trois autres bien plus ordonnés et tous issus de l'expertise biomédicale : La clinique, le laboratoire, le vaccin. Ce n'est plus le vaccin qui pose problème mais le « wash », qui trop brouillon, met à mal la cohérence des différentes branches qui composent la réponse aux épidémies et qui devraient fonctionner de manière « intégrée » c'est-à-dire les unes avec les autres, sans créer de faux pas, sans perturber en quelque sorte la chorégraphie de la réponse épidémique. Voilà donc un autre avantage du vaccin sur les autres modes de prévention du choléra,

[229] "It's not the magic bullet as they say. It's not like smallpox or yellow fever. So it's got to be used in cooperation with other-- we've always been talking about vaccine as it integrated with wash. And we keep talking about that, but unfortunately, we don't have good examples of exactly what that means. What do we mean when we're talking about wash? Are we talking about high chlorinated water in every house? Somehow that doesn't seem feasible. So, you're either talking about that very heavy investment in infrastructure or alternatively the point-of-use chlorination. And again, yes that works sort of as long as you do it. But it doesn't seem to be very sustainable. So in the wash side, we keep saying, "Yes. We want to include wash." But we really don't know what we're talking about. And when we say the integration, also as I mentioned earlier, we really want to integrate the entire packages of control, meaning the clinic, the laboratory, the wash, the vaccine. These all have to fit together in an integrated way."

son efficacité se trouve contenue dans une fiole, elle est mesurée et quantifiable, le geste qui la délivre — comme le Dr Calico le dit plus tôt — est une action unique qui ne nécessite pas que l'on s'embarrasse du contexte ou qu'on y revienne. Il y a moins de manières de faire boire un vaccin que de promouvoir l'hygiène ou de faire en sorte que de multiples sources d'eau soient chlorées et le restent sur la durée. Autant d'avantages particulièrement appréciés pour des intervenants dont l'horizon d'action est souvent défini par l'urgence d'une épidémie. Enfin, en mettant la barre au niveau de la quantification intrinsèque des effets et des résultats de chaque intervention, ceux qui plébiscitent le vaccin savent que d'autres ne pourront pas suivre. Ils s'inscrivent dans une tendance lourde de la santé globale, celle de la médecine des preuves, qui donne la part belle à la quantification des évaluations des interventions. Toutes celles qui sont difficilement mesurables ou qui ne peuvent se soustraire à des essais contrôle randomisés deviennent difficilement défendables (Adams, 2013). Les vaccins quant à eux se plient particulièrement bien à la mesure. L'un des indicateurs phares pour la mesure de l'impact des interventions sur la santé des populations, le DALY (Disability Adjusted Life Years). Celui-ci à pour objectif de mesurer le nombre de jours de vie sans incapacités gagnés grâce à l'intervention. Cette mesure est très difficile pour des interventions communes ou qui dépendent du comportement des bénéficiaires, telles que de nombreuses interventions *wash*. Cependant, les Daly et leur utilisation dans la mesure de l'efficacité des vaccins ont été attaqués, car ils ne calculent pas les potentielles co-infections et reflètent les manquements d'approches se concentrant sur une seule maladie (Biehl & Petryna, 2013). Ils sont également aveugles au poids culturel des différentes formes d'incapacités résultant des maladies (Nichter, 2008).

Concernant le vaccin anticholérique, le Pr George souligne des biais inhérents aux études qui ont accompagné son développement.

> « En faisant ce travail-là sur la vaccination, je suis parfois à contre-courant de ce qui se dit, parce que *ce n'est pas la même chose*. Le point d'arrivée n'est pas le même. Je travaille sur *l'effet* d'une activité et je ne travaille pas pour *promouvoir* ou *empêcher* cette activité. De ce fait, beaucoup de recherches sont payées par des firmes qui promeuvent telle ou telle activité, dont évidemment la fondation Bill et Melinda Gates qui promeut la vaccination choléra.

On est d'accord là-dessus ? »

Pr George, entretien, Paris, juillet 2018

Si le Pr George veut s'assurer, le menton levé et les bras croisés, qu'on est bien « d'accord » c'est que nous nous sommes croisés pendant plusieurs années alors que je travaillais sur des projets choléra financés par la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF). Son positionnement interroge. Y aurait-il d'un côté des scientifiques mus par la vérité et de l'autre, ceux qui suivent la main des intérêts supérieurs des fondations philanthropiques et des firmes ?

6. Mordre dans le futur : l'art philanthro-capitaliste du Market shaping

La décision de fonder un stock de vaccin (le *stockpile*) n'est pas anodine. Avant le choléra, seuls la fièvre jaune et la Méningite faisaient l'objet d'un tel montage. Rappelons-nous qu'une réunion de l'OMS de 1999 faisait déjà état de la volonté de créer un *stockpile* pour le choléra, initiative restée lettre morte pendant une décennie. Le Pr Singh date le retour de la question de la création d'un *stockpile* pour le choléra à « plus ou moins 2010, depuis l'épidémie d'Haïti ».[230]

Si l'urgence des épidémies va favoriser son introduction, la fonction du stockpile répond d'abord à une contrainte du marché du vaccin. Le Shanchol est abordable, mais pas suffisamment, Pr Singh précise : « S'il y avait une quantité de vaccins à bas prix, vous n'auriez pas besoin d'un *stockpile*. Quand l'offre de vaccin est limitée, il faut avoir un moyen de le distribuer de la manière la plus efficace possible.[231] » Le mécanisme en jeu est celui dit du *Market shaping* :

> « C'est qu'au début, disons 2011, nous avions des vaccins préqualifiés par l'OMS, mais il y avait très peu de demande, parce que, en fait, personne ne l'achetait. Et ensuite comme personne ne l'achetait, il n'y avait pas d'offre (d'approvisionnement) disponible parce que les entreprises disaient 'Et bien, si personne ne l'achète, pourquoi devrait-on en produire ?' C'est un de ces cas où l'on parle de cercles vicieux 'd'offre limitée, demande limitée'.

[230] "Around 2010, since the Haiti outbreak" Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018.

[231] "If you had lots of cheap vaccine, you don't need a stockpile. When the vaccine supply is limited, you need to have a way to distribute it in the most effective way", Ibid.

> Quand GAVI a commencé à appuyer le *stockpile*, tout à coup de nombreux pays ont voulu l'avoir et cela a augmenté la demande et ensuite une deuxième entreprise a commencé à produire du vaccin, celle en Corée, EuBiologics. Rappelez-vous que l'original c'était le Shanchol de l'Inde. Donc maintenant il y a deux producteurs et cela permet d'augmenter grandement l'offre et d'entrer dans ce qu'ils appellent un cercle vertueux de *'demande accrue, offre accrue'*.[232] »

Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Les discussions entre IVI et le deuxième producteur de vaccins *(EuBiologics)* prédatent la création du stockpile (Odevall et al., 2018), mais il n'y a pas de doute que celle-ci a permis d'assurer un bon de commande aux producteurs potentiels et de leur faire investir dans des unités de production plus importantes, et permettre ainsi d'augmenter continuellement la disponibilité des doses du vaccin comme le note le Pr Singh, « *ça a commencé par les 2 million de doses par an et cette année* [2018], *ça devrait être 25 millions. Donc chaque année, l'offre continue d'augmenter.* » L'entrée du vaccin Euvichol sur le marché en 2016 a permis d'avoir des doses à 1,70 USD (contre 1,85 pour le Shanchol) et le changement d'emballage en 2017 a permis au même vaccin de passer à 1,30 $ la dose.

Le *stockpile* remplit donc deux fonctions premières. À court et moyen terme, il permet de mettre le vaccin à disposition, sous la forme de don, aux pays qui le souhaitent, pour prévenir ou intervenir sur des épidémies de choléra en cours. Suite à cette période pendant laquelle GAVI guide, en quelques sortes, la *main invisible* du marché en produisant une demande artificielle, le prix du vaccin devrait à moyen et long terme par le biais des économies d'échelle baisser suffisamment pour le rendre abordable et davantage « coût efficient ». Cependant cet appui dépend très largement de la volonté de l'Alliance pour le vaccin.

[232] "I didn't mention another factor is something called market shaping. That is that at the beginning, let's say in 2011, we had vaccines that were WHO prequalified, but there was very little demand because, well, nobody was buying it. And then because nobody was buying it, there was no supply because the companies said, "Well, if nobody's buying it, why should we make it." And it's one of these which you call the vicious cycle of low-supply, low-demand. When Gavi got into the-- started supporting the stockpile, then suddenly a lot of countries were wanting it and that increased the demand and then a second company started producing it. The one in Korea, the EUBiologics. Remember the original one is Shanchol from India. So now there's two manufacturers and that allows for greatly increasing supply and now what they call a virtuous cycle in terms of increasing demand, increasing supply."

> « Un autre facteur majeur c'est le soutien de Gavi. Parce que c'est bien joli d'avoir un *stockpile*, mais il faut bien que quelqu'un paie, et les pays qui ont du choléra n'ont pas d'argent.[233] »
>
> Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

Ce soutien primordial de GAVI est limité dans le temps et jalousé, comme nous l'explique Dr Morgane :

> « Quand ils ont investi dans le stock choléra c'était en 2013, c'était pour 5 ans, euh disons qu'en 2018 on va discuter de cela au niveau de leur *bord*. Alors il y a de la concurrence, il y a plein d'autres vaccins qu'ils supportent déjà, et [d'autres encore] qu'ils sont prêts aussi à supporter. »
>
> Dr Morgane, entretien, téléphone, janvier 2017

Au final pour le Dr Calico, la question sera de savoir quelle est « la valeur ajoutée du vaccin choléra » par rapport à d'autres interventions, en eau aussi bien que vaccinales, il s'agira donc encore de *cost-effectiveness*[234].

L'attribution même d'un *stockpile* pour le vaccin contre choléra est perçu comme étant inéquitable par certains interlocuteurs. J'en fis l'expérience quand, dans le cadre de la préparation d'études sur l'acceptabilité anticipée du vaccin dans un pays d'Afrique de l'Ouest, on m'a demandé d'aller présenter l'étude prévue à un responsable d'un programme de santé officiant dans une agence des Nations Unies. Celui-ci m'identifia comme un promoteur du vaccin[235] et saisit l'occasion pour faire valoir son opinion concernant l'existence même du *stockpile*. En somme il m'expliquait que, pendant que GAVI finançait ce *stockpile*, un certain nombre de pays du Sud, notamment celui dans lequel nous nous trouvions, étaient en voie d'être classifiés comme des

[233] "The other major factor is support from Gavi. Because it's nice to have a stockpile, but somebody's got to pay for it. And cholera countries don't have money."

[234] Le cout-efficacité est un ratio établi entre le coût d'une intervention et son efficacité sur la santé. Plus en détail il s'agit d'une analyse médico-économique qui vise à déterminer l'efficience (en termes de nombres de vies sauvées, d'années de vie sauvées, de durée des symptômes…) d'une intervention en santé par rapport à une intervention de référence pour un coût donné. Voir l'analyse « coût-efficacité » - CHU de Nantes https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/fiche-eme-numero-2-v2_1410442192325-pdf , consulté le 25 juin 2019.

[235] À plus d'un titre, la ligne que je pensais pouvoir tracer entre un travail *sur* le vaccin et *pour* le vaccin a pu devenir ténue et pas uniquement dans la représentation que mes interlocuteurs pouvaient s'en faire.

économies *intermédiaires* et de ce fait, allaient perdre le soutien que GAVI accorde aux pays classifiés comme en *voie de développement* pour le financement de leurs programmes de vaccination de routine. Ce reproche relevait la contradiction qu'il voyait dans le *stockpile*, qui permettait de financer un vaccin sans faire de distinction dans la catégorie de pays et le système de financement de GAVI de routine, qui échelonne son aide en fonction des catégories de développement économique.

Cette tension sur l'équité entre les vaccins illustre la nouvelle pression et le maillage des intervenants qui ont un intérêt dans la décision à venir de GAVI. Plus le vaccin s'enracine comme outil socio technique de contrôle, et plus il déplace des acteurs à première vue éloignés des interventions liées au choléra. Après avoir dû jouer des coudes à côté des interventions classiques liées à l'eau, le vaccin va donc devoir dans l'avenir se tailler une place contre les autres vaccins.

Au problème de la concurrence, s'ajoute celui du caractère atypique du vaccin contre le choléra, qui diffère de ceux utilisés généralement au sein des Programmes Élargis de Vaccination (PEV) comme nous l'indique le Dr Calico « c'est un vaccin pour toute la population, en campagne, donc ça, ça ne rentre pas dans le cadre GAVI, tu vois, et ça les dérange un peu. »

Comment GAVI va-t-elle prendre sa décision concernant la continuation des stocks de vaccins oraux contre le choléra ?

> « Eh bien, ils ont une méthode pour déterminer quels vaccins appuyer. Ce n'est pas une méthode parfaite, mais c'est ce qu'ils utilisent. Ils ont toute une série de critères […] Le plus important c'est : *combien de vie seront sauvées ?* Mais il y a d'autres facteurs aussi : *l'incidence globale, la faisabilité, le 'coût-efficacité'*, la *vulnérabilité* des groupes ciblés, des problèmes d'*équité*. Donc tous ces facteurs sont en quelque sorte évalués. [236]»
>
> Pr Singh, entretien, téléphone, juillet 2018

[236] "Well, they have a method for determining which vaccines to support. It's not a perfect method, but it's what they use. They have a whole series of criteria that they use when making these decisions. Their most important one is how many lives will be saved. But there's other factors also: the overall incidence, the feasibility, cost-effectiveness, the vulnerability of the target groups, issues of equity. So all these factors are sort of rated."

L'entrée dans le monde du vaccin cholérique dépend du soutien institutionnel qu'il reçoit pour contrer les contraintes du marché qui rendent le vaccin inopérant contre d'autres formes d'intervention. Si la mesure du « coût-efficacité » est le péché mignon de la médecine des preuves (Adams, 2013) la manipulation des marchés par l'établissement d'un *stockpile* ouvre la question de savoir de l'équité de la mesure du « coût-efficacité » quand certains dispositifs socio techniques se retrouvent ainsi favorisés par rapports à d'autres interventions, qu'il s'agisse des autres vaccins ou des interventions en eau et assainissement. Sous des apparences de comparaison neutre, les promoteurs des vaccins les favorisent.

Quel que soit l'appui que le vaccin anticholérique reçoive, il est temporaire et pour pouvoir se maintenir dans l'avenir il devra faire ses preuves, celles-ci impliquent la production de données par l'expérimentation.

7. Use-it-or-lose-it – transformer l'essai

L'engagement de GAVI apparait aussi bien comme une chance pour les défenseurs du vaccin que comme une occasion limitée d'en prouver la valeur. Quels sont les enjeux qui se dessinent pour les supporters du vaccin ? Plus l'engagement de GAVI s'étendra dans la durée, et plus le vaccin sera théoriquement susceptible de bénéficier d'économies d'échelles et de devenir plus pertinent et accessible dans les opérations de contrôles futures. Tant que GAVI achètera les doses aussi, celles-ci seront un outil gratuit (coûts logistiques mis à part) à la disposition des pays et des agences participant au contrôle du choléra. L'arrêt de l'appui de GAVI 2018, pourrait signer le retour d'une période creuse de l'utilisation du vaccin dans la prévention et la riposte contre le choléra.

Du point de vue des acteurs de contrôle, la question d'être en faveur ou contre le vaccin perd graduellement de sa pertinence. Il fait partie des outils disponibles, leur action sera jaugée sur l'utilisation de la palette de ces actions d'intervention, vaccins inclus. La perte potentielle du financement des vaccins en 2018 par GAVI n'équivaut pas à un gain dans le financement des activités de l'eau, les fonds de GAVI potentiellement perdus iraient à un autre vaccin. Il faut donc préserver l'outil.

Pour que le vaccin puisse continuer à être financé, il faut qu'il fasse ses preuves, qu'il soit jugé plus utile que d'autres vaccins. L'une des métriques les plus importantes dans le calcul est celui du « coût-efficacité » du vaccin. Combien de cas le vaccin évite-t-il ? et de morts ? Cette question appelle à la production de données sur le nombre de cas effectifs de choléra dans une zone donnée. Sachant que les cas de choléra sont largement sous reportés et sous-estimés, il faut montrer l'ampleur du mal auquel le vaccin pourra s'attaquer (voir chapitre 2). Cela appelle concrètement à des projets de surveillance épidémiologique, ainsi qu'à la confirmation en laboratoire pour avoir une certitude que les cas enregistrés sont bel et bien du choléra. On retrouve ici, justifié par la perspective de la mise en place d'un outil sociotechnique, une véritable industrie du décompte (Adams, 2016), celle-ci toutefois, soucieuse de la représentativité de ses résultats laisse peu de place à la restitution des contextes (Brives et al., 2016) et risque bien souvent de faire passer les populations et leurs prérogatives au second plan (Biehl & Petryna, 2013)

Une autre source de données devra provenir des campagnes elles-mêmes, ceci afin de mesurer leur performance. Cette demande de production de données est une des conditions de la distribution des doses du *stockpile*, la principale autre étant l'engagement du pays dans des plans d'amélioration de l'accès à l'eau de ses populations. Une partie de ces métriques a déjà été produite lors des premières campagnes qui ont précédé la création du *stockpile,* par exemple sur la faisabilité d'une campagne réactive en terrain difficile d'accès.

L'une des questions les plus importantes aux yeux des intervenants faisant usage du vaccin et des décideurs qui devront jauger de sa pertinence comme outil de lutte contre la maladie est le « coût-efficacité » des campagnes. Au coût du vaccin s'ajoutent tous les coûts opérationnels nécessaires à son déploiement et son administration parmi les bénéficiaires, autant de données qu'il faut collecter et analyser. Pour un vaccin dont le coût et l'efficacité sont donnés, la marge de manœuvre restante pour augmenter son « coût-efficacité » réside dans ces dépenses opérationnelles liées à la distribution du vaccin. C'est sur ces paramètres que l'on vise à produire la démonstration d'un vaccin livré à un coût plus concurrentiel que d'autres interventions sociotechniques et notamment les autres vaccins en concurrence pour le financement de GAVI.

Partant des premières configurations opérationnelles d'intervention (la Guinée en 2012) jugées à postériori parfois conservatrices en termes de matériel et de personnel engagés par les intervenants,

ceux-ci vont faire évoluer les interventions pour tenter d'optimiser les dépenses sur le vaccin en mesurant les limites de ses propriétés. Jusqu'où peut-on déléguer le geste vaccinal ? À quel point peut-on se passer de la chaine de froid sans compromettre l'efficacité de la dose vaccinale ? À partir de 2015, première année de fonctionnement effectif du *stockpile*, les campagnes et les études les accompagnant vont se multiplier en Afrique. Ce qu'il fallait ensuite, c'était d'innover et d'appliquer un suivi-évaluation pour documenter ces nouvelles expérimentations, de façon à démontrer, le cas échéant, l'étendue des possibilités d'intervention du vaccin à GAVI et sa capacité à être délivré de manière économique[237].

Comment innover après la première campagne en situation réelle en Guinée ? En administrant une dose plutôt que deux, mais à deux fois plus de personnes comme ce fut le cas au Sud-Soudan en 2014, ou encore en supprimant le deuxième tour de vaccination par la délégation du geste vaccinal au bénéficiaire lui-même. C'est cette piste, dite de l'auto-administration était suivie au Malawi pour un sous-groupe des bénéficiaires, des pêcheurs piroguiers du lac Chilwa[238]. Précédemment identifiés comme étant à risque pour le choléra (Khonje et al., 2012), les pêcheurs piroguiers du lac Chilwa, jugés « très mobiles », étaient décrits comme des bénéficiaires qu'il serait improbable de pouvoir retrouver entre les deux tours de délivrance des doses, justifiant de facto la mise en place d'une stratégie d'auto-administration parmi les pêcheurs, présentée comme pensée spécifiquement pour eux. En fait cette stratégie était dans les cartons depuis un certain temps. De fait, j'avais été approché par l'un des scientifiques ayant développé cette stratégie pour le Malawi deux ans auparavant pour discuter de la faisabilité de l'auto-administration parmi les pêcheurs piroguiers d'Afrique de l'Ouest. Le contexte du lac Chilwa, tel qu'il était socialement construit par les intervenants du vaccin, était ainsi moins la source d'une innovation sur mesure que le prétexte à la mise en place d'une innovation souhaitée de longue date. D'autre part, les pêcheurs opérant sur le lac Chilwa — un lac dont le diamètre maximum ne dépasse pas les 10 kilomètres — pratiquent une pêche pendulaire faisant usage de maisons flottantes fixes (nommées *Zimbowera* en chichewa). Leur tâche est rythmée par les jours de marché hebdomadaires et de culte sur le bord du lac, ce qui rend peu crédible l'argument d'une impossibilité pour un bénéficiaire de compléter sa dose auprès

[237] La volonté de constituer une sorte de « portfolio » du vaccin sous différentes combinaisons est également favorisée par la nécessité de publier des papiers scientifiques sur des objets novateurs, ce qui pousse à la différentiation des interventions et laisse songeur quant à la capacité de construire des compétences sur un type d'intervention donnée.

[238] Ce cas particulier, que j'ai pu suivre, étant engagé comme anthropologue embarqué avec la mission de mesurer l'acceptabilité du vaccin avant et pendant la vaccination, fut à seule intervention majeure ciblant spécifiquement les pêcheurs piroguiers.

des vaccinateurs opérant dans l'aire du lac, qui bénéficiait d'ailleurs de dizaines de points de vaccination disponibles sur le lac et jusqu'à plusieurs kilomètres à l'intérieur des terres.

De même les appréhensions formulées, avant et pendant la campagne, émanant d'une partie des pêcheurs ciblés, des épidémiologistes et de moi-même au sujet du risque de surchauffe des doses de vaccin embarquées pendant 14 jours dans l'activité de pêche sur le lac, n'ont pas retenu l'attention des décideurs nationaux et internationaux. L'auto-administration était jugée « culturellement acceptable » dans les rapports officiels sur la campagne, en dépit des résultats plus mitigés que nous avions contribué à fournir pour le compte du Ministère de la santé avec les collaborateurs de l'université malawite de Blantyre (Heyerdahl et al., 2017). Cette intervention fut la seule d'envergure ciblant les pêcheurs piroguiers contre le choléra et il est regrettable de voir que même dans ces cas-là, les données contextuelles subissent la violence des impératifs des dispositifs. Car s'il est vrai que les bénéficiaires ont leurs contraintes, il en va de même pour le vaccin en tant qu'outil socio technique. Au-delà des essais cliniques qui déterminent son utilité et son innocuité, le vaccin doit être appliqué en conditions réelles pour continuer son expérimentation. Pour assurer sa propre survie institutionnelle, le vaccin devait s'appuyer sur des campagnes innovantes.

Conclusion

Au cours des derniers entretiens conduits auprès des experts du vaccin, ceux-ci semblaient confiants quant aux discussions en cours pour la prolongation de l'appui de GAVI pour la vaccination sur la période 2018-2023. Il occupe une place centrale dans le nouveau plan de l'OMS visant à l'élimination du choléra pour 2030, le vaccin a permis de « réinjecter de l'espoir » et de mobiliser des bailleurs autour de l'idée qu'il était « possible de faire reculer le choléra ». En moins d'une décennie, l'outil a connu un véritable succès auprès de nombreux pays en Afrique. Le Malawi, par exemple, a dépassé la douzaine de campagnes après les premières campagnes de Nsanje et du lac Chilwa. En même temps, l'engouement récent de certains pays pour le vaccin anti-cholérique ravive des inquiétudes quant à la conduite des activités classiques, tant le vaccin est devenu « le premier réflexe contre le choléra ». Si le retour des vaccins anticholériques apparait irrésistible dans le contexte d'une santé globale acquise aux dispositifs sociotechniques compatibles avec la médecine des preuves et prête à influer sur les lois du marché par le *market*

shapping, on retrouve une constance étonnante dans la typologie des craintes institutionnelles que le vaccin suscite.

Conclusion générale

Pour les pêcheurs piroguiers, identifiés comme « à risque », le choléra ne représente qu'un risque parmi d'autres. En effet la pêche piroguière est par nature une activité hautement incertaine et risquée. À la variabilité de la ressource, des résultats des unités de pêches individuelles, des prix de vente, s'ajoutent les risques de chavirer, d'être percuté par des bateaux, de tomber en mer ou encore d'être chassé d'un pays. Ces dangers, identifiés comme des risques potentiels, sont pris en charge par les différentes institutions déployées par les pêcheurs le long du champ social piroguier Fante, qui s'étend de la Mauritanie au Gabon. Certaines de ces institutions permettent aux pêcheurs de faire face aux risques du choléra, il en va ainsi de l'utilisation des enterrements par *adakaba* avec ou sans reliques pour les morts épidémiques. De même la reproduction des structures de pouvoir fante le long de la côte et leur mise en réseau est un atout majeur pour la communication de dangers politiques et épidémiques. Ces structures ont d'ailleurs joué un rôle attesté dans la limitation d'épidémies de choléra et d'Ebola. D'autres institutions, comme celle de la *company* et son système de parts payables en fin de contrat permettent aux piroguiers d'être extrêmement résilients en cas de sorties de pêche infructueuses. Toutefois, elles contribuent à la précarisation des *sankwa* (pêcheurs) et à les mettre en danger face au choléra. De même l'organisation de l'espace dans la pirogue, pensée pour la maximisation du rendement de la pêche au filet, limite fortement la possibilité de maintenir à bord l'hygiène alimentaire et personnelle. Enfin l'inclusion du moteur et la multiplication des points de pêche le long de la côte, dictée par une pression accrue sur les ressources halieutiques, multiplie d'autant les lieux de vies rencontrés par les pêcheurs et fragilise leur accès aux infrastructures en eau et assainissement.

Le choléra, bien qu'il soit considéré comme une souillure et qu'il relève des mêmes registres de la pollution que d'autres entités telles qu'*efunyam (diarrhée)* ou *ebun*[239] tient pourtant une place à part dans les maladies telles qu'elles sont perçues par les piroguiers fante. D'une part parce qu'il est identifié comme une maladie relativement nouvelle en Afrique de l'Ouest, et d'autre part parce

[239] *Efunyam* fait référence à une diarrhée simple. *Ebun* est une fièvre modérée (à laquelle est souvent associée la *malaria* ou la *typhoïde*), qui, si elle n'est pas traitée, peut devenir *konoku*, fièvre qui peut être mortelle ou qui peut rendre fou, cf chapitre 7.

qu'il correspond à une symptomatologie très particulière. Le choléra doit également sa spécificité du fait de son caractère brutal, mais épisodique , aussi il ne peut être traité par des praticiens tels que les *Edur Tonfo (herboristes)* ou les *Kɔmfɔ (devins-guérisseurs)*. Enfin, si le choléra est une souillure, il ne se contente pas d'affecter les corps, il entraine également des maux sociaux considérables pour les pêcheurs piroguiers.

Aussi, l'événement choléra parmi les groupes dits à risque en Côte d'Ivoire ne peut se penser sans rappeler le statut des groupes labélisés dans la société au sens large, les pêcheurs piroguiers « autres étrangers », informels, accapareurs de ressources maritimes dans une Côte d'Ivoire secouée par des crises depuis la fin des années 1990. Il ne peut non plus faire l'économie des imaginaires hérités du choléra et le sens donné à ses apparitions dans la société. Ainsi, si le programme vers l'émergence économique constitue le socle sur lequel la Côte d'Ivoire construit sa sortie de crise (Akindes 2017), le choléra construit comme une « maladie du passé » pourrait mettre à mal la crédibilité de ce plan, et partant, l'appui international en capitaux et en confiance institutionnelle qui soutiennent la croissance économique. La survenue de l'épisode cholérique pousse à son paroxysme une économie politique du risque choléra dont les conséquences sont potentiellement désastreuses aussi bien pour les autorités ivoiriennes que pour le groupe dit à risque. Le mauvais théâtre jouant l'ignorance sur les car réels de choléra et les discours déployés contre ceux qui auraient « envoyé » le choléra, tout autant sinon plus encore que les flambées épidémiques elles-mêmes, ont produit un impact durable sur la capacité du quartier labélisé comme « hotspot » à garantir sa survie dans la cité. Ainsi, des années après la dernière flambée, le risque épidémique est à nouveau mis en avant par des acteurs de l'émergence économique, en quête de terrains à occuper dans la capitale économique. Alors que le choléra ne semble pas reculer en Afrique, la place pour ceux qui en pâtissent est de plus en plus menacée dans des villes-vitrines tournées vers les promesses de la globalisation. Celles-ci, avec l'appui de leurs partenaires internationaux, donnent par exemple la priorité à la construction d'un métro plutôt qu'à une première station de collecte et de traitement des eaux usées. Le choléra n'en finit pas d'être chassé de la modernité et d'y proliférer par la même occasion, car les rapports de force qui permettent à certains de s'en prémunir par des logiques de mise à l'écart de l'autre contribuent à la mise en péril de ces derniers.

Pour les pêcheurs piroguiers, le risque-choléra est avant tout celui de perdre leur place dans la cité.

Parce qu'ils sont liés entre eux, parce que les personnes ont une capacité restreinte à agir pour limiter les risques auxquels ils s'exposent, parce que certaines expositions aux risques sont liées à des choix de se prémunir d'autres risques [240] et parce que la labélisation elle-même peut revêtir des dangers sociaux, la prise en compte de l'écologie des risques nous semble nécessaire pour comprendre comment les groupes à risque vivent le risque épidémique et le statut associé, et semble nécessaire pour développer des recommandations visant à améliorer la prévention des risques épidémiques[241]. Enfin les risques issus de cette notion « à risque » produite par la médecine des preuves, méritent qu'on lui dédie la section qui suit.

1. À risque ou risqués. Les usages sociaux des débris de surveillance

La surveillance épidémiologique est une activité collaborative d'extraction d'informations et de matériaux biologiques qui, partant de portions déterminées de territoire sanitaire convergent en un point central. Où celles-ci sont nettoyées puis compilées dans des bases de données, décrites dans des rapports pour ce qui est des données chiffrées, mises en culture, puis conservées en tant que souches pour les matériaux biologiques qui se révèlent infectés.

Cependant tout ce qui est produit dans ces systèmes de surveillance n'est pas nécessairement utilisé *in fine*. Une partie de cette perte est liée à l'inadéquation entre les prétentions de collecte et la réalité de la charge de travail des personnels qui, de soignants, doivent se doubler de petites mains de la surveillance, ce qui donne lieu à une défiance assez répandue entre les cliniciens et les professionnels de la santé publique. Dans cette thèse, nous avons également montré d'autres logiques à même de produire des pertes de données : de la production active de l'ignorance quand, et tant que, l'annonce de l'épidémie est jugée plus dangereuse que le silence déployé à son sujet.

[240] On accepte de vivre dans le dénuement pour maximiser les chances de survie de sa *company*, quitte à se mettre en danger ; on décide de taire des cas pour éviter de détruire un récit national quitte à perdre le contrôle d'une épidémie.

[241] Certains risques sont pris pour en éviter d'autres jugés encore plus périlleux. Lorsque l'on sait les contraintes qui pèsent sur l'hygiène personnelle en haute mer, l'injonction à se laver les mains avant les repas sur la pirogue apparait peu pertinente, elle peut par contre pousser à réfléchir à des solutions avec les acteurs. Par exemple des stations de lavage ou des filets à savon qui n'entravent pas la capacité de production et donc de survie, de la pirogue, ni ne mettent en danger ses occupants.

Il y a cependant une troisième source de perte de ces données de surveillance, laquelle se situe en bout de chaîne de la surveillance : il s'agit du filtre de la pertinence des données produites. On retrouve dans cette catégorie toutes les informations qui sont jugées « anecdotiques »[242] par une santé globale orientée vers la médecine des preuves. La pertinence des connaissances produites se jauge alors sur leur potentiel de généralisation et de leur scientificité, elle-même réduite le plus souvent à leur seule puissance statistique (Adams, 2013).

Mais les morceaux d'information oubliés en chemin, que nous nommerons les *débris de surveillance*, s'ils n'ont pas leur place dans les grandes revues telles que Science et le Lancet, ne s'évanouissent pas pour autant. Elles constituent des savoirs qui agissent comme ce que Latour (2005) appellerait des « mobiles immuables » qui circulent dans différents milieux sociaux que la chaîne d'extraction d'informations que la surveillance mobilise.

Il en va par exemple de la construction des pêcheurs comme des groupes à risque, sur la base de données produites par les systèmes de surveillance de différents pays africains. Ces connaissances ne sont pas objectivées dans la littérature ou les programmes de lutte, les pêcheurs n'y sont pas retenus comme une population clé. [243]

Cependant lorsque l'on crée une catégorie de personnes on crée également « les gens qui vont avec » (Hacking, 1986), le statut du groupe à risque associé aux pêcheurs piroguiers et dévoilé parfois en public par exemple par la citation de l'incidence de la maladie dans leur groupe. Ces pratiques attestent de l'utilisation des catégories de surveillance comme outil de coercition au maintien de la propreté ou de point de pression pour des conflits sociaux et fonciers divers. Ceux-ci doivent se replacer dans un contexte historique de tensions politiques, foncières préexistantes qui s'expriment parfois dans des registres de tensions interethniques.

[242] Un adjectif que de nombreux auteurs en sciences sociales ont eu à affronter au moment de soumettre un manuscrit dans les revues à comité de lecture orientées en santé publique.
[243] Il y a cependant eu deux exceptions à cette règle : la première lors d'épidémies pendant lesquels la prise en charge de ces groupes à risque devient soudainement un enjeu immédiat de sureté régionale, lors de l'introduction des vaccins, pour lesquels ils peuvent alors être ciblés comme *hard to reach populations* (populations difficiles d'accès), en d'autres termes, les vulnérables ne sont des populations clé que lorsque les épidémies menacent de s'internationaliser ou que leur profil offre la possibilité de justifier une intervention dite innovante.

Les *débris de surveillance* sont donc des catégorisations de vulnérabilités produites par les systèmes de surveillance et qui ne donnent pas lieu à une prise en compte programmatique de la vulnérabilité, mais qui alimentent des discours et des pratiques potentiellement hostiles aux personnes ainsi labélisées. Nos travaux nourrissent l'idée que la surveillance ne relève pas du simple décompte (Adams, 2016), mais que, par les sélections qui y sont faites, elle réordonne le monde (Brives et al., 2016). Ainsi, les éléments contextuels qui ne comptent pas pour la santé globale peuvent gagner une vie propre dans des climats de tension dont ils sont originaires.

Pour résumer, il nous semble donc nécessaire de souligner les usages et les recyclages qui sont faits des connaissances produites par la surveillance, aussi bien que la difficulté à mobiliser ces catégories pour des usages bienveillants envers les groupes à risque et principalement du fait des critères imposés par la médecine des preuves.

Cependant, la représentativité ou la scientificité des résultats sur lesquels se construisent les groupes à risque ne sont pas les seules responsables de cette situation. À bien des égards, l'identification de groupes à risques et de populations clés a cédé le pas, au niveau des programmes de surveillance et de contrôle, où à celui de la géographie, avec l'avènement du concept de *hotspot*, devenu central pour penser et agir sur le choléra, et qui présente l'avantage de ne pas parler des personnes qui y vivent et parfois y meurent du choléra. Parce qu'ils ne les nomment pas, le hotspot est un outil plus malléable politiquement. Mais la discussion qu'il évite ne manque pas de faire un retour aux moments les plus critiques : si on refuse d'intervenir dans tel hotspot, c'est que, si bien on ne parle plus de la population concernée, on n'a pas pour autant oublié l'identité des bénéficiaires. Il devient d'autant plus facile d'éviter de porter assistance dans ce qui constitue officiellement une boîte noire. Effacés par la notion d'hotspot, oubliés dans la médecine des preuves, mais toutefois identifiés localement, à leur désavantage, par le biais des débris de la surveillance, les groupes à risque se trouvent dans la pire des configurations quant à la (re) connaissance de leur vulnérabilité. Un effort politique et épistémique devrait être entrepris pour que ces groupes puissent être reconnus comme des populations clés.

Pourtant, alors que le choléra continue de constituer une menace pour la région, il semble opportun d'ouvrir cette boite noire du hotspot et de mettre en place des stratégies qui puissent être adaptées aux différents contextes sociaux, politiques et biologiques qui sous-tendent la haute probabilité de survenue des épidémies dans les hotspots du choléra. En ce qui concerne les pêcheurs piroguiers en particulier, il faut sans doute prendre acte de la difficulté d'intervenir en leur faveur directement sous des cieux qui leurs sont politiquement défavorables. Le Ghana et le Sénégal, qui sont les pays d'origine des plus grands groupes de pêcheurs de la région, pourraient être les lieux privilégiés pour la mise en essai de stratégies de prévention adaptées contre la maladie. Nous avons vu que la pirogue constitue un locus tourné exclusivement vers l'extraction des ressources halieutiques. Le matériel et les consommables d'hygiènes, dont le savon, ne trouvent pas facilement leur place sur la pirogue. Il semble par exemple opportun de réfléchir à des stations de lavage des mains et de filtration de l'eau qui puissent s'accrocher au bord de la pirogue.[244] Les vaccinations, si elles sont retenues comme étant pertinentes par les autorités nationales, pourraient être organisées dans les pays d'origine des pêcheurs et procurer une protection additionnelle dans les pays faisant partie du champ piroguier et dans laquelle la vaccination des « autres étrangers » est perçue comme un risque politique. Cette contextualisation de la prévention et de la réponse ne concerne pas que les pêcheurs piroguiers, mais les différentes populations qui font, encore et toujours, face au choléra au sein des *hotspots*. Si elles détiennent en commun un risque accru pour la survenue de choléra, elles sont constitutives de particularités démographiques, politiques, environnementales dont la prise en compte est aussi fondamentale pour la compréhension des dynamiques de la maladie que pour l'efficacité de la lutte contre celle dernière.

[244] Une réflexion en ce sens a été initiée avec certains boscos de Vridi et des ingénieurs de l'Université de Tuft. Je mets en annexe les photographies et les mesures des bords des pirogues *Wacha* qui peuvent donner une idée des points d'accroches potentiels des stations de lavages de mains ou de filets à savons.

2. Du bon usage de l'anthropologue. Pour une anthropologie embarquée au temps long dans les *hotspots*

Partant d'une expérience en tant que praticien de la surveillance, nous avons engagé une ethnographie symétrique déployée dans et autour des hotspots du choléra, pensés comme des lieux de friction (Tsing 2005) où se croisent les dispositifs de surveillance, les populations jugées à risque, les vaccins et la bactérie. Ces formes d'engagement, dans lesquels *l'observation participante* s'enrichit d'une *participation observante*[245] (Fassin, 2017) soulèvent les enjeux de la distanciation nécessaire par rapport à l'objet, elle nécessite un effort de la part du chercheur pour garder un sens critique. Par ailleurs, dans un monde de la recherche opérationnelle qui fait la part belle aux contrats courts et autres consultances, le risque pour les anthropologues embarqués de perdre leur indépendance pour des motifs économiques est réel.[246]

Malgré ces risques, nous suivons Fassin dans la nécessité de s'engager, et plutôt, dans le cas des dispositifs de contrôle épidémique, de s'embarquer[247] ne serait-ce que pour avoir accès au terrain et aux logiques et pratiques qui sous-tendent la surveillance et le contrôle de la maladie. Nous souscrivons également à l'abandon de l'illusion d'une pureté de la recherche académique distanciée, qui, pas plus que les laboratoires (même ceux qui sont sous terre ou en orbite) ne peut se couper du grand monde qu'elle observe, de ses enjeux et de ses influences (Bourdieu, 1988 ; Callon et al., 2001 ; Latour, 2001).

L'embarquement de l'anthropologue[248], sauf exception[249], présuppose qu'il ait une utilité opérationnelle. Il est donc le plus souvent invoqué dans le contexte des « barrières » ou de

[245] Où le chercheur est également praticien.

[246] Cette problématique n'est pas limitée aux anthropologues embarqués, mais elle rejoint les débats sur la « projectification » de la recherche et le retrait dans le financement public de la recherche au profit de partenariats public-privés.

[247] L'engagement de Fassin est un embarquement doublé d'un engagement politique.

[248] Un anthropologue qui est recruté au sein d'un dispositif, ici de surveillance ou de contrôle des maladies.

[249] Par exemple les cas de figure où la présence de l'anthropologue est imposée par une autorité, auquel cas il ou elle joue le rôle d'observateur et fait partie d'un dispositif de transparence. Ce type de présence engage à elle-même une discussion sur le rôle présumé de l'anthropologue, pensé ici comme une sorte de représentant des patients ou de contrepouvoir à un monde biomédical parfois peu soucieux des implications sociales de son action. Que

« résistances » au fonctionnement de programmes en santé publique. Il s'agit parfois de documenter les écarts de connaissance au sujet d'une maladie, mais aussi, de plus en plus fréquemment, de mesurer et de contribuer à améliorer, par des recommandations, l'acceptabilité des interventions [250]et la concordance entre les pratiques préventives et curatives recommandées et les pratiques matérielles des populations.

Cette vision du rôle de l'anthropologue comme un relais de la communication pour la santé publique et contremaître des bonnes pratiques s'est donnée à voir de manière particulièrement prononcée lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016. L'anthropologue était alors présenté comme un enquêteur capable de retrouver les « cas contacts », jugé aussi « très efficace pour récupérer les 'corps en communauté' » comme me le dit sous la forme d'un compliment sincère un médecin de santé publique au cours d'un atelier « Ébola » organisé dans une capitale de la région. Les prérogatives de l'anthropologue sont toutes autres. À la production hâtive de données dans un contexte d'urgence, il préfère une imprégnation sur le long terme et la construction de relations privilégiées dans la société étudiée. Dans le cadre d'un embarquement d'urgence, ces méthodologies laissent place à des enquêtes courtes, calquées sur les investigations de flambées épidémiologiques, dans lesquelles les entretiens avec des anonymes s'enchaînent sans que l'on puisse situer ses interlocuteurs et mettre en place une triangulation satisfaisante des informations recueillies. Il faudra défendre un canevas d'entretien plus qu'un questionnaire et se garder en particulier des enquêtes KAPs (*Knowledge Attitude Practices*)[251]. La standardisation des questions et des méthodes d'enquête qui en résultent constituent des formes de diversion qui nient toute entreprise de contextualisation et engendrent une vision étroite des interventions et de leurs effets (Peeters Grietens, Gryseels, & Verschraegen, 2019). Effectivement, en suivant les agendas de recherche développés par les institutions de la santé globale, l'anthropologue — et surtout celui qui est embarqué en urgence — risque d'abandonner son indépendance et les vertus de la recherche inductive (Chabrol 2012, 332). Pourtant, le repli disciplinaire ou le refus de la collaboration avec les acteurs de la surveillance et du contrôle ne constitue pas une solution satisfaisante, et les alliés des approches inductives peuvent se trouver dans les disciplines bien en vue de la santé publique,

l'anthropologue soit perçu comment un garant de l'intérêt des patients ou comme un relais communicationnel envers eux, il doit se garder de servir de substitut à la société civile.

[250] Par exemple de la vaccination, ou du référencement aux centres de prises en charge des fièvres hémorragiques

[251] Enquêtes par questionnaires fermés

tels que les tenants de la *shoe leather epidemiology (* épidémiologie de terrain*)* qui mènent leur combat pour la réintroduction du contexte dans la production des savoirs épidémiologiques (Rebaudet 2017).

Je ressens de la gratitude pour avoir pu, avant d'être exposé aux conditions de l'embarquement d'urgence, réaliser une grande partie de mon terrain embarqué dans les *hotspots* du choléra dans une temporalité majoritairement interépidémique et au sein d'une équipe de santé publique attachée à la pluridisciplinarité. Dans ces conditions j'ai pu bénéficier d'une plus grande tolérance des prérogatives du temps long et mettre en place une enquête étalée sur plusieurs mois pendant lesquels le choléra a pu être discuté rétrospectivement comme une maladie de passage, auprès d'interlocuteurs avec lesquels j'ai pu construire une relation de confiance. Cette confiance s'avéra indispensable à la poursuite d'un terrain lorsque l'épidémie de choléra revint et que les groupes impactés durent faire face à ce que Clélia Gasquet (Gasquet, 2010) nomme la double violence[252] de l'épidémie et des dispositifs du contrôle épidémique.

La conduite d'une ethnographie en période interépidémique présente la possibilité de permettre un embarquement en période épidémique de manière plus sereine et utile pour l'anthropologue et ceux qui font appel à son travail. Cet embarquement peut aussi bien être formel ou être constitué de conseils ponctuels aux intervenants. Je fus ainsi à quelques occasions identifié comme personne-ressource pour les intervenants en contrôle lors d'épidémies de choléra. Car si une majorité d'interventions s'inscrivent dans le cadre d'une reconfiguration de l'aide humanitaire et du développement dans le cadre temporel de l'urgence (Atlani-duault, 2011) celles-ci ont besoin de s'appuyer sur des informations contextualisées pour leur mise en œuvre. Même l'expert le plus réfractaire aux études liées au contexte, jugées « anecdotiques », ressent le besoin d'être « briefé » sur les populations cibles de l'intervention qu'il planifie. Les interactions qui en découlent entre l'expert de l'urgence de passage et l'anthropologue sont des occasions de faire circuler des connaissances sur le contexte donné et de contribuer à adapter au mieux des dispositifs voyageurs[253]. Elles constituent aussi des occasions importantes de discuter avec les intervenants

[252] Voir Clélia Gasquet pour la double violence de l'épidémie d'Ebola en République Démocratique du Congo (Gasquet, 2010).
[253] Par *dispositif voyageur* je fais référence aux dispositifs de contrôle ou de prévention des maladies fonctionnant sous la forme des "modèles voyageurs" proposés par Behren, Park et Rottenburg (Behrends et al., 2014).

sur certains points aveugles des stratégies de contrôle et sur des difficultés pratiques présentées par les recommandations préventives, ou par les rapports de pouvoirs affectant les populations cibles. Un intervenant de passage, même anthropologue, pourrait aisément ne pas en être conscient et passer à côté de celles-ci.

Ces interactions détiennent également une valeur épistémique pour l'anthropologue qui peut observer les frictions générées par les interventions auprès de groupes et d'acteurs dont il est dès lors familier. Ainsi suivre un lot de kits d'hygiène de l'entrepôt de l'agence humanitaire qui en fait don, aux bénéficiaires, peut avoir une forte valeur heuristique. Ce type d'observation permet d'identifier ceux qui, à différents niveaux, peuvent décider de qui en seront les bénéficiaires (et s'il s'agit de « communautés », lesquelles, et avec quelle grammaire de classification), quels sont les critères de la distribution et du partage, quelles tentatives de récupération et de « bifurcations » des biens sont mises en place. L'accès à ces négociations au ras du sol et autour des interventions de contrôle permet de saisir les tensions qui parcourent les sociétés au sein desquelles se déploie et se négocie la santé globale. Ces observations sont également possibles pour l'anthropologue embarqué en urgence et qui n'aurait pu s'appuyer sur un terrain pré épidémique, mais elles pâtiraient du manque de connaissance et d'accès aux différents acteurs sociaux et aux jeux d'identité et de légitimation déployées par ceux-ci ainsi qu'aux réactions et autres irrégularités qui seraient le fait de l'intervention.

En d'autres termes, le savoir ethnographique acquis dans les périodes interépidémiques et au sein des *hotspots*, même quand il est réduit à sa forme la plus essentielle dans la passation d'informations contextuelles sur les groupes affectés par la maladie, présente de nombreux avantages par rapport au modèle de l'embarquement dans des contextes d'urgence, une fois l'épidémie advenue. Enfin, une partie des discours qui a motivé l'introduction en masse d'anthropologues et assimilés dans le contexte de la réponse Ebola en Afrique de l'Ouest est liée à une confusion dans l'origine et les temporalités des données produites. Ainsi en Guinée les rapports produits par Julienne Anoko et Alain Epelboin (Anoko, Epelboin, & Formenty, 2014) étaient régulièrement cités en exemple par les médecins épidémiologistes haut placés dans la coordination de la réponse épidémique comme exemples d'une anthropologie « utile », car capable de produire des résultats à valeur opérationnelle en 3 semaines. Ces considérations ignoraient que le contenu

de ces rapports était enrichi par des travaux de terrain les précédant, aussi bien auprès des groupes sociaux affectés que sur les épidémies d'Ebola et de leur contrôle en RDC en période épidémique et interépidémique (Boumandouki et al., 2005 ; Epelboin, 2012 ; Epelboin, Formenty, Anoko, & Allarangar, 2008).

Pour toutes ces raisons, tant pour les besoins d'une immersion au temps long de l'anthropologie que pour les besoins de contextualisation, d'adaptation et de construction de confiance dans les dispositifs de contrôle de la maladie, nous soulignons la nécessité pour l'anthropologue, s'il veut être utile, de précéder la survenue épidémique. Pour cette raison nous pensons l'embarquement doit reposer sur une ethnographie initiée en période non ou inter épidémique dans les *hotspots* de la maladie.

3. Une Libération par le vaccin est-elle possible ?

La mise en avant des vaccins comme outils socio techniques de la prévention et du contrôle des épidémies prend place au lendemain de l'abandon des approches globales de la santé, au profit des stratégies ciblant une maladie en particulier. Les vaccins sont favorisés par des récits de *success stories* qui mettent à l'écart leurs dysfonctionnements (Graham, 2016). Par exemple, le vaccin Menafrivac contre la méningite « vendu » comme un production du sud pour le sud repose fondamentalement sur un partenariat public privé dont les intérêts mercantiles mettent à mal la capacité à en mesurer la pertinence par ses promoteurs (Thiongane, Graham, & Broutin, 2017). L'une des formes les plus abouties de ces « *strategic unknowns* » (McGoey, 2012 cité par Graham 2016) est illustrée par la volonté de cacher l'émergence de souches W135 dans le sillon du déploiement du vaccin Menafrivac (Graham, 2016 ; Mueller, Borrow, & Gessner, 2006 ; Thiongane et al., 2017). Les vaccins, portés par le philanthocapitalisme (McGoey, 2015), emblématiques d'une verticalisation du soin et de la production de formes renouvelées d'inégalités par l'expérimentation qu'ils entrainent et qui sont le plus souvent délocalisées aux Suds (Sunder Rajan, 2017) constituent un point de contention important de la santé globale telle qu'elle est perçue par les anthropologues médicaux.

L'avènement d'un champion du vaccin anti cholérique en la personne de Paul Farmer, le « médecin des pauvres » et anthropologue critique a, dans ce cadre, de quoi surprendre. Peut-on reprocher à *Partners in Health* de s'associer avec les « *big pharmas* » dans le cadre dans ce que Graham (2016) appellerait une « collaboration capitaliste » ?

En fait le positionnement de Farmer relève avant tout d'une continuité des valeurs de PIH et de son propre engagement dans la mise à disposition des produits de la science et l'amélioration de la santé des oubliés (Farmer 2003, Farmer 2012). Farmer et PIH se sont illustrés dans cette veine notablement lors du combat pour l'accès aux Antirétroviraux (ARV). Une certaine rupture semble cependant s'opérer lorsque l'auteur reconnait la difficulté de mettre en place, dans de contextes d'État faillis et de de promesses de financements bilatéraux capricieux, de véritables changements en matière d'accès à l'eau et assainissement à même d'éviter des épidémies en Haïti (P. E. Farmer & Ivers, 2012, p. 198). Bien que Farmer interprète son approche provaccinale comme étant celle de « maximalistes », voulant « utiliser tous les outils à disposition » contrairement aux « minimalistes » concentrés sur des interventions minimales de distribution de tablettes de chlore et d'éducation à la santé (P. E. Farmer & Ivers, 2012, pp. 199–200), il semble faire un choix pragmatique et suivre la doxa des experts du choléra qu'il cite et qui pensent que le vaccin est la solution temporaire contre la maladie dans les pays en développement sujets aux épidémies. Ce recours au pragmatisme peut surprendre de la part de celui qui, quelques années auparavant se plaignait du pragmatisme, précisément de ceux parmi les militants des droits de l'homme qui se contentaient de demander l'égalité des droits civiques, mais ne se risquaient pas à exiger une équité des droits économiques et sociaux (Farmer 2003, 9-10). Pensait-il que le vaccin pourrait « inoculer les pauvres contre […] les inégalités sociales et l'ajustement structurel ? » comme le demandait quelques années plus tôt Briggs (Briggs, 2003, p. 275) aux défenseurs du vaccin anticholérique dans un livre qui pouvait pourtant compter sur une note d'appui du Dr Farmer avantageusement reproduite sur sa couverture ?

À mesure que les campagnes de vaccination contre le choléra se multiplient et que le vaccin a gagné une place centrale dans le plan d'éradication du choléra pour 2030, la question de savoir si celui-ci est utile pour sauvegarder des vies en attendant l'obtention d'un monde ou l'eau potable et l'assainissement sont accessibles pour tous ou s'il s'agit d'un outil coûteux qui en éloignera

l'avènement, reste ouverte. En d'autres termes, les vaccins permettront-ils de sauver des millions de vies en attendant que les infrastructures en eau et assainissement voient le jour partout ou celles-ci seront-elles repoussées indéfiniment dans un monde où chacun sera périodiquement vacciné contre le choléra, la typhoïde, le rotavirus, les shigelles et d'autres maladies dites hydriques ?

Alors que les premières campagnes, organisées en 2012, s'éloignent dans le temps on peut tout de même constater le peu d'avancées en matière d'infrastructures en eau parmi les premiers pays utilisateurs du vaccin et la massification de leur utilisation dans quelques pays d'Afrique de l'Est, dont certains ont déjà vacciné plus de la moitié de leur population. Ces éléments ravivent l'inquiétude d'un basculement vers une surutilisation du vaccin y compris chez les partisans de celui-ci, au détriment des interventions classiques.

Le vaccin entraine une dose d'incertitude radicale quant au monde de la lutte à venir (ce qui n'est pas forcément négatif si l'on s'en tient aux perspectives de progression de l'accès à l'assainissement). En même temps, dès qu'il est effectivement introduit dans le grand monde, il le métamorphose, il rend son utilisation à large échelle souhaitable, voire inéluctable, de par le coût moral et politique de sa non-utilisation[254], de par son affinité d'avec la médecine des preuves et la compartimentalisation des programmes de santé.

J'ai, au cours de la thèse, été prudent sur mon opinion au sujet du vaccin. Si je devais la donner, dans ce monde post-introduction vaccinale, ce serait en écoutant mes interlocuteurs qui vivent dans les hotspots, qui sans doute parce qu'ils se font peu d'illusions quant à leur possibilité d'accès à des infrastructures en eaux, se sont prononcés très largement en faveur d'un vaccin éventuel.

Pas plus que les médecins humanitaires, je ne pourrais me résoudre à éviter d'utiliser un outil qui pourrait sauver des vies au cours d'une épidémie en raison d'un attachement aux interventions classiques. Le vaccin parait donc inéluctable, car il tombe dans la catégorie de ce qu'Ivan Illich (1978) nomme les monopoles radicaux, puisqu'ils s'imposent aux acteurs et limitent leur accès à

[254] Voir le chapitre 12 pour les controverses médiatisées de la RDC du Pérou et de Haïti concernant la décision de ne pas utiliser le vaccin pour contrer les épidémies en cours.

des alternatives[255]. Ce qui ne veut pas dire qu'il aura été le bon choix en définitive, même si l'on peut aisément calculer son impact sur une épidémie donnée (et donc le coût de la décision de ne pas l'utiliser). On ne peut toutefois calculer ses effets à long terme dans le champ de la lutte au sens large, infrastructures en eau et assainissement compris. Dans le monde de la santé globale tournée vers une médecine des preuves, le vaccin bénéficie donc de la nature quantifiable de ses effets biologiques autant que des incertitudes radicales concernant les effets systémiques de son introduction.

Dans leur ensemble, les campagnes de vaccination contre le choléra ont été assez bien reçues par les populations, mais elles pourraient également mettre un terme à ce recours aux dispositifs techniques prophylactiques. En effet, le vaccin, bien qu'il permette de réduire l'intervention et l'interaction auprès des bénéficiaires à un geste médical simple, ne peut échapper au contexte dans lequel il s'inscrit. Il ne peut se soustraire au récupérations, évitements et détournements qui font le lit des interventions en santé et, plus largement, celles du monde du développement et de l'humanitaire (J. -P. O. de Sardan, 1995). À une époque dans laquelle les vaccins deviennent la solution-standard et qu'ils se multiplient, nous voyons également se développer des réticences ou des refus à leur utilisation. Ce problème devient central pour la santé publique, ainsi « l'hésitation vaccinale » a été proclamée comme l'une des dix menaces principales pour la santé globale en 2019 par l'OMS[256].

La réticence aux vaccins est aussi ancienne que la vaccination (Moulin, 2007), en ce qui concerne le vaccin choléra, Hafkine faisait déjà face à des groupes anti vaccination structurés en 1893 en Inde. Ces derniers n'hésitaient pas à prendre la plume pour en empêcher la distribution (chapitre 11). Le potentiel refus de la vaccination par les populations a également joué dans les débats comme élément de dissuasion à leur retour au 21e siècle par les tenants des interventions classiques.

[255] Dans les mots du prêtre : « il y a monopole radical lorsque l'outil programmé évince le pouvoir faire de l'individu » (Illich 1978, 40).

[256] " 'Vaccine hesitancy' is on the WHO's list of 10 threats to global health in 2019", Public Radio International, 2019, https://www.pri.org/stories/2019-01-22/vaccine-hesitancy-whos-list-10-threats-global-health-2019, consulté le 23 janvier 2019.

Aussi, comme l'hésitation vaccinale devient une des « barrières » à la santé publique, elle invite à la participation des anthropologues dans les interventions vaccinales. Cependant à l'expérience, cette quête de l'avis de l'anthropologue, convoqué pour désamorcer la réticence du bénéficiaire, s'accompagne rarement d'une volonté d'en comprendre les motifs. Signe d'une polarisation au niveau global entre les membres d'une élite instruite, citoyens du beau monde et les populations, ceux qui parmi celles-ci émettent des doutes ou des questionnements sur la vaccination sont rapidement catalogués comme étant des complotistes. Leur réticence au vaccin serait le produit d'une paranoïa doublée d'une incapacité à juger de la valeur des informations qu'ils perçoivent[257] et que d'aucuns, mal intentionnés, leur servent notamment sur les réseaux sociaux sous forme de « *fake news*. » Serait-ce là « encore un coup des russes » ? [258]

Si au lendemain des élections présidentielles nord-américaines et du vote du Brexit la discussion sur une société « post-vérité », dans laquelle l'agnotologie bat son plein, semble pertinente (Suiter, 2016), elle ne doit pas laisser s'installer un « complotisme des anticomplotistes »[259] conduit ici par la volonté renouvelée de substituer à l'écoute des anxiétés vaccinales une construction confortable d'une population hystérique, apeurée par les produits de la science dont elle ne saurait saisir, au sens propre comme au figuré, les bienfaits ; en d'autres termes à gommer aussi bien les contextes d'application des outils sociotechniques que la légitimité de la parole de l'autre. Les « sauvages » qui, sous toutes les latitudes, voient passer les dispositifs-voyageurs ont le malheur de ne pas développer un *cargo-cult* approprié, ils émettent des doutes. C'est leur droit, et c'est sans doute compréhensible, notamment en Afrique, eu égard aux pratiques de la santé coloniale puis internationale, qui ont fait de la prévention de masse avec des produits prophylactiques, pensés et présentés comme des *magic bullets*, le parent pauvre d'une médecine curative. Les rumeurs sur les vaccins sont tributaires d'une histoire brutale de la médecine (Lachenal, 2014). Les essais cliniques des vaccins sont particulièrement ciblés par ces rumeurs, se concentrant sur l'extraction du sang, associée à des pratiques de vampirisation ou de sorcellerie (Grietens et al., 2014). Les patients

[257] La littérature consacrée à l'hésitation vaccinale fait un schisme entre ses formes perçues dans le sud, concentrée sur les rumeurs de rues sur les campagnes en cours et celles du Nord, construites principalement comme des fake news circulant sur les réseaux sociaux. Cette distinction est largement artificielle, notamment du fait de l'augmentation de l'accès aux outils connectés et à internet au Sud et le brassage des récits concernés. Quels que soient les modes de communication utilisés, ceux qui éprouvent des anxiétés face aux vaccins se voient catégoriser de manière semblable.
[258] Voir "Weaponized Health Communication: Twitter Bots and Russian Trolls Amplify the Vaccine Debate" de Broniatowski et al. (2018).
[259] "Disqualifier pour mieux dominer. Le complotisme de l'anti-complotisme", octobre 2017, Le Monde Diplomatique, https://www.monde-diplomatique.fr/2017/10/LORDON/57960, consulté le 12 novembre 2017.

enrôlés dans les essais cliniques savent qu'ils participent à un échange qui n'est pas seulement monétaire, celui-ci s'inscrit dans des obligations de donner, recevoir et rendre propre au modèle du don de Marcel Mauss et qui structure la relation de confiance entre les patients volontaires et les conducteurs d'essais cliniques (Le Marcis, 2018). Les essais cliniques sont les formes les plus aiguës de la pratique biomédicale et du risque perçu pour le patient de « devenir un objet ». Aux essais cliniques s'ajoutent les pratiques de contrôle des épidémies de fièvre hémorragique dans lesquelles le traitement des malades peut les faire basculer dans un statut ambigu où ils sont « vivant et morts » à la fois (Gomez-Temesio, 2018) et dont les corps peuvent être traités « comme des fagots » (Le Marcis, 2015). Les dispositifs déployés lors des essais cliniques et des épidémies jugées les plus sévères sont donc une source principale de production de la méfiance et des rumeurs concernant les dispositifs de la santé globale, dont la « mise en camp » est emblématique (Gomez-Temesio & Le Marcis, 2017). Cependant les logiques qui sous-tendent ces inquiétudes peuvent également se reproduire dans les contextes moins tendus de l'introduction de vaccins ou de la production de connaissances de données de la surveillance.

C'est que, aux sources de l'hésitation vaccinale, on retrouve bien, dans les introductions de nouveaux vaccins (bien qu'ils aient passé les différentes phases d'essai et quand bien même ils auraient été introduits dans d'autres pays) le sentiment diffus de faire tout de même partie d'une expérimentation. Il en va de même lors des activités de routine de la surveillance, qui impliquent la prise d'échantillons (de selles, de sang, en fonction de la pathologie).

Une notion répandue existe cependant qui veut que la recherche médicale permette de produire les futurs médicaments et vaccins. Ainsi, c'est souvent en termes de bénéfices indirects, de potentiels nouveaux médicaments et vaccins que la demande de prise d'échantillon est justifiée pour l'obtention du consentement éclairé des participants. Les procédés de cette conversion sont obscurs, car si les vaccins sont effectivement développés sur la base des souches de pathogènes extraites par voie d'échantillons du sang et des selles des malades, leur production à recours à des techniques et à des savoirs spécialisés. De surcroit, ceux-ci sont parsemés le long d'une chaîne de transformation des matériaux biologiques publique et privée qui n'est le plus souvent pas détaillée car généralement pas déterminée d'avance. La selle devient échantillon dans la main de l'infirmier, qui devient colonie sur un disque du laborantin du laboratoire régional, souche entre les mains du

microbiologiste national puis international, code génétique pour le phylogénéticien, enfin candidat vaccin entre les mains de spécialistes en immunogénicité, elle demeure énigmatique pour le commun des mortels. [260]

En ce sens il y a bien économie circulaire médiatisée par la seringue, celle qui dans la veine va prendre l'échantillon de sang et celle qui y injecte le vaccin. De même pour le choléra, le ventre expulse les selles cholériques, récoltées par écouvillonnage rectal, et reçoit le vaccin par voie buccale.

Bien que la production de nouveaux vaccins ne soit qu'un des produits secondaires de la surveillance, la chaîne d'extraction de la surveillance et celle de la délivrance de vaccins opèrent bien sous la forme d'un circuit.

Le bénéficiaire, nous semble-t-il, se rend souvent bien compte qu'une économie circulaire a lieu, mais elle opère de manière diffuse et différée contrairement aux logiques classiques du don et du contre don – qui sont généralement plus directes. Il nous semble que souvent le bénéficiaire ne sait pas tout à fait ce qu'il ne donne par un échantillon, ni tout à fait ce qu'il reçoit par le vaccin. Le rituel du don dans la santé globale est résolument obscur et l'on ne s'étonne pas de voir fréquemment surgir les récits de suspicion concernant l'intention des agents intervenants dans le cadre d'activités qu'eux-mêmes jugent banales de surveillance ou de délivrance de vaccins préqualifiés. Car c'est bien le propre des sorciers et des vampires que de prendre quelque chose chez l'autre, une essence, sans que l'on ne soit tout à fait familier des pratiques qui permettent cette collecte, ce qui constitue à proprement parler l'occulte, qui n'en demeure pas moins un jeu de vie ou de mort (Augé, 1976 ; Evans-Pritchard, 1937 ; Favret-Saada, 1977).

Sur le terrain du choléra, au sein des *hotspots*, le vaccin est généralement bien accueilli, notamment auprès de populations qui, encore une fois, se font peu d'illusions quant à leur accès futur à des infrastructures en eau adéquates. Les rumeurs ne manquent cependant pas de circuler à chaque campagne. Elles se nourrissent parfois de rapports interethniques et politiques difficiles, notamment en résonnance avec l'histoire coloniale, mais elles sont le plus souvent issues d'incompréhensions liées à un manque de communication autour du vaccin. Comme il en a été discuté dans le paragraphe précédent, elles sont alimentées par une anxiété sur les mécanismes

[260] Des initiatives, comme le traité de Nagoya, tentent toutefois de clarifier les itinéraires des matériaux biologiques, de protéger la propriété biologique y compris des matériaux génétiques des pays du sud et de favoriser le retour de valeur dans les pays et parmi les populations parmi lesquelles les prélèvements biologiques ont été effectués.

biomédicaux en jeu. Comment se fait-il que des personnes tombent malades du choléra quelques heures ou jours après la vaccination contre le choléra ? Cette incompréhension est notée dans des hotspots recevant des vaccinations au Malawi (Heyerdahl et al., 2017), au Mozambique (Démolis et al., 2017) et également en Zambie ou plus de 80 % des bénéficiaires interrogés ignoraient la durée ou le niveau de protection[261] du vaccin qui leur était délivré (Heyerdahl et al., 2019). Les discours sur les inquiétudes irrationnelles de ceux qui hésitent face au vaccin cohabitent avec la décision prise par certains des responsables des interventions vaccinales de ne pas communiquer les informations sur la protection imparfaite du vaccin par peur de voir les refus se multiplier parmi les bénéficiaires. On voit donc aisément comment la production passive de l'ignorance sert à préserver à court terme les taux de couverture vaccinale, mais comment elle provoque dans le même temps les futures rumeurs contre les vaccins et participe d'un cercle vicieux de la suspicion entre acteurs de la vaccination et populations « ciblées ». La discussion sur l'hésitation vaccinale a de beaux jours devant elle. Les termes de ce débat ne pourront évoluer que lorsque les praticiens se méfieront des récits circulant sur l'irrationalité supposée des populations hésitantes, au même titre qu'ils les exhortent à se méfier des rumeurs concernant les vaccins.

***

[261] Celui-ci requière 6 jours pour provoquer une réponse immunitaire, il protège à 50 % pendant 6 mois pour la première dose, à 65 % entre 3 et 5 ans avec la deuxième dose. Comme pour tous les vaccins une protection indirecte (la réduction de la probabilité d'entrer en contact avec le pathogène du fait de la vaccination des personnes alentours) additionnelle peut être acquise si la couverture vaccinale atteint les 80% (Qadri et al., 2015). Le vaccin n'est donc pas infaillible.

Bibliographie

Acheson, J. M. (1981). Anthropology of Fishing. *Annual Review of Anthropology*, *10*(1), 275–316. https://doi.org/10.1146/annurev.an.10.100181.001423

Adams, V. (2013). Evidence-based global public health: subjects, profits, erasures. In J. BIEHL & A. PETRYNA (Eds.), *When people come first: Critical studies in global health* (pp. 54–90). Princeton University Press Princeton, NJ.

Adams, V. (2016). *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.

Akindès, F. (2017). « On ne mange pas les ponts et le goudron » : les sentiers sinueux d'une sortie de crise en Côte d'Ivoire. *Politique Africaine*, *148*(4), 5. https://doi.org/10.3917/polaf.148.0005

Andreani, E. (1967). Le coût d'opportunité. *Revue Économique*, *18*(5), 840–858.

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).

Aria, M., & Cuccurullo, C. (2017). bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. *Journal of Informetrics*, *11*(4), 959–975. https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.08.007

Armand, M. (1988). Tissu urbain, tissu social: stratégies antagonistes d'occupation de l'espace à Abidjan. *Espace Populations Sociétés*, *6*(2), 261–274.

Atlani-duault, L. (2011). *Pour une anthropologie de l'aide internationale* (Vol. 41). Paris: Armand Colin.

Augé, M. (1976). Savoir voir et savoir vivre: les croyances à la sorcellerie en Côte d'Ivoire. *Africa*, *46*(2), 128–136.

Balandier, G. Sociologie actuelle de l'Afrique noire: dynamique sociale en Afrique centrale (1982). Guinée: FeniXX.

Banégas, R. (2018). La politique par le bas-fond. *Afrique Contemporaine*, *263–264*(3), 103. https://doi.org/10.3917/afco.263.0103

Bardet, J.-P., Bourdelais, P., Guillaume, P., Lebrun, F., & Quétel, C. (1988). *Peurs et terreurs face à la contagion. Paris, Fayard*. Paris: Fayard.

Bartle, P. F. W. (1978). *Urban migration and rural identity, an ethnography of a Kwawu*

community, Obo, Ghana. The University of Ghana, Legon, Accra.

Beck, U. (1992). Risk Society: Towards a New Modernity. In *Risk, Environment & Modernity: towards a new ecology*. Calif.: Sage Publications.

Beck, U. (2009). World Risk Society. In *A Companion to the Philosophy of Technology* (pp. 495–499). Oxford, UK: Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781444310795.ch88

Behrends, A., Park, S., & Rottenburg, R. (2014). *Travelling Models in African Conflict Management*. (A. Behrends, S.-J. Park, & R. Rottenburg, Eds.). BRILL. https://doi.org/10.1163/9789004274099

Benenson, A. S., Joseph, P. R., & Oseasohn, R. O. (1968). Cholera vaccine field trials in East Pakistan: 1. Reaction and antigenicity studies. *Bulletin of the World Health Organization*, *38*(3), 347.

Berger, S. A., & Shapiro, I. (1997). Re-emergence of Cholera vaccine. *Journal of Travel Medicine*, *4*(2), 58–60.

Biehl, J., & Petryna, A. (2013). Critical global health. In J. BIEHL & A. PETRYNA (Eds.), *When people come first: critical studies in global health* (pp. 1–20). Princeton University Press Princeton, NJ.

Bonnet, D., & Yaffré, Y. (2003). *Les maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. KARTHALA Editions.

Bortei-Doku, E. (1991). *Migrations in artisanal marine fisheries among Ga-Adangbe fishermen and women in Ghana*.

Bouju, J., Ouattara, F., Tour, L., Bocoum, H., Bouju, J., Touré, L., … Bocoum, H. (2004). *Les incivilités de la société civile " Espace public urbain , société civile et gouvernance communale à Bobo-Dioulasso et Bamako (Communes 1 et 2)*. *HAL Archives*. Retrieved from https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687768

Bouju, S. (2000). Activité de pêche et instrumentalisation des identités: pêcheurs migrants et pêcheurs nationaux dans la société guinéenne. *Chauveau J.-P., Jul-Larsen E. et Chaboud C., Éd., Les Pêches Piroguières En Afrique de l'Ouest, Paris, Éditions Karthala, CMI et IRD*, 247–279.

Boumandouki, P., Formenty, P., Epelboin, A., Campbell, P., Atsangandoko, C., Allarangar, Y., … Feldmann, H. (2005). [Clinical management of patients and deceased during the Ebola outbreak from October to December 2003 in Republic of Congo]. *Bulletin de La Societe de*

Pathologie Exotique (1990), *98*(3), 218–223. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16267964

Bouquet, C., & Kassi-djodjo, I. (2014). « Déguerpir » pour reconquérir l ' espace public à Abidjan . *L'Espace Politique*, (22), 0–16. https://doi.org/10.4000/espacepolitique.2963

Bourdelais, P. (1988). Présentation. In *Peurs et terreurs face à la contagion: choléra, tuberculose, syphilis; XIXe-XXe siècles* (pp. 17–41). Paris: Fayard.

Bourdelais, P. (2003). *Les épidémies terrassées: une histoire de pays riches*. Paris: Éditions de la Martinière.

Bourdieu, P. (1984). *Homo academicus*. Paris: Les Editions de Minuit.

Briggs, C. L. (2003). *Stories in the time of cholera: Racial profiling during a medical nightmare*. Univ of California Press.

Brives, C., Le Marcis, F., & Sanabria, E. (2016). What's in a Context? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, *35*(5), 369–376. https://doi.org/10.1080/01459740.2016.1160089

Brody, H., Rip, M. R., Vinten-Johansen, P., Paneth, N., & Rachman, S. (2000). Map-making and myth-making in Broad Street: the London cholera epidemic, 1854. *Lancet*, *356*(9223), 64–68. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02442-9

Broniatowski, D. A., Jamison, A. M., Qi, S., AlKulaib, L., Chen, T., Benton, A., … Dredze, M. (2018). Weaponized health communication: Twitter bots and Russian trolls amplify the vaccine debate. *American Journal of Public Health*, *108*(10), 1378–1384.

Bronze, M. S., & Greenfield, R. A. (2005). *Biodefense: principles and pathogens*. Horizon Bioscience Norfolk (UK).

Brown, H., & Kelly, A. H. (2014). Material Proximities and Hotspots: Toward an Anthropology of Viral Hemorrhagic Fevers. *Medical Anthropology Quarterly*, *28*(2), 280–303. https://doi.org/10.1111/maq.12092

Buet, J. . (1831). *Histoire Générale Du Choléra-Morbus Depuis 1817 Jusqu'en Août 1831*.

Bwire, G., Munier, A., Ouedraogo, I., Heyerdahl, L., Komakech, H., Kagirita, A., … Mengel, M. A. (2017). Epidemiology of cholera outbreaks and socio-economic characteristics of the communities in the fishing villages of Uganda: 2011-2015. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, *11*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005407

Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). Agir dans un monde incertain. Essai sur la

démocratie technique. *Seuil, Paris*.

CDC. (2010). Update: cholera outbreak---Haiti, 2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *59*(45), 1473.

Chabrol, F. (2012). *Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS). Retrieved from https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00766707v2

Chauveau, J.-P. (1986). Une histoire maritime africaine est-elle possible ? Historiographie et histoire de la navigation et de la pêche africaines à la côte occidentale depuis le XVe siècle. *Cahiers d'études Africaines*, *26*(101), 173–235. https://doi.org/10.3406/cea.1986.2172

Chauveau, J.-P. (1989). Histoire de la pêche industrielle au Sénégal et politiques d'industrialisation. *Cahier Des Sciences Humaines*, *25*(1–2), 277–287. Retrieved from http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_4/sci_hum/30757.pdf

Chauveau, J.-P., & Dozon, J.-P. (1985). Colonisation, Économie de Plantation et Société Civile en Côte d'Ivoire. *Cahiers ORSTOM Des Sciences Humaines*, *17*(4), 485–523.

Chauveau, J.-P., & Dozon, J. (1988). Ethnies et Etat en cote d'ivoire. *Revue Française de Science Politique*, *38*(38), 732–747.

Chauveau, J.-P., Jul-Larsen, E., & Chaboud, C. (2000). Les pêches piroguières en Afrique de l'Ouest. Dynamiques institutionnelles: pouvoirs, mobilités, marchés. KARTHALA Editions.

Chauveau, J.-P., & Koffi Bobo, S. (2008). Crise foncière, crise de la ruralité et relations entre autochtones et migrants sahéliens en Côte d'Ivoire forestière. *Outre-Terre*, *11*(2), 247. https://doi.org/10.3917/oute.011.0247

Chiffoleau, S. (2011). Les pèlerins de La Mecque, les germes et la communauté internationale. *Médecine/Sciences*, *27*(12), 1121–1126.

Chillio, L. (2002). Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger). *Etudes et Travaux n 7*, 35.

Chin, C.-S., Sorenson, J., Harris, J. B., Robins, W. P., Charles, R. C., Jean-Charles, R. R., … Waldor, M. K. (2011). The Origin of the Haitian Cholera Outbreak Strain. *New England Journal of Medicine*, *364*(1), 33–42. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1012928

Citarella, R. V, & Colwell, R. R. (1970). Polyphasic taxonomy of the genus Vibrio: polynucleotide sequence relationships among selected Vibrio species. *Journal of*

Bacteriology, *104*(1), 434–442. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5473902

Clark, D. (2013). Industrial and Environmental Pressures Affecting Fante-Speaking Artisanal Fishers of Anomabo, Ghana: A Case Study. *McNair Scholars Online Journal*, *7*(1), 1–23. https://doi.org/10.15760/mcnair.2013.1

Clemens, J. D., Harris, J. R., Khan, M. R., Kay, B. A., Yunus, M., Svennerholm, A. M., … Holmgren, J. (1986). Field trial of oral cholera vaccines in bangladesh. *The Lancet*, *328*(8499), 124–127. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)91944-6

Clemens, JD, Desai, S., Qadri, F., Nair, G., & Holmgren, J. (2018). Cholera Vaccines. In *Plotkin's Vaccines* (pp. 185–197). Elsevier.

Clemens, John, Spriggs, D., & Sack, D. (1994). Public Health Considerations for the Use of Cholera Vaccines in Cholera Control Programs. In *Vibrio cholerae and Cholera* (pp. 425–440). American Society of Microbiology. https://doi.org/10.1128/9781555818364.ch28

Collier, S. J., & Lakoff, A. (2008). Distributed preparedness: The spatial logic of domestic security in the United States. *Environment and Planning D: Society and Space*, *26*(1), 7–28. https://doi.org/10.1068/d446t

Colwell, R R, Kaper, J., & Joseph, S. W. (1977). Vibrio cholerae, Vibrio parahaemolyticus, and other vibrios: occurrence and distribution in Chesapeake Bay. *Science*, *198*(4315), 394–396. https://doi.org/10.1126/science.910135

Colwell, Rita R., & Huq, A. (1994). Environmental Reservoir of Vibrio cholerae The Causative Agent of Cholera. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *740*(1), 44–54. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1994.tb19852.x

Colwell, Rita R. (1996). Global climate change and infectious disease: the cholera paradigm. *Science*, *274*(5295), 2025-.

Colwell, Rita R, & Spira, W. M. (1992a). The Ecology of Vibrio cholerae. In G. W. B. (eds) Barua D. (Ed.), *Cholera* (pp. 107–127). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9688-9_6

Colwell, Rita R, & Spira, W. M. (1992b). The Ecology of Vibrio cholerae. In G. W. B. (eds) Barua D. (Ed.), *Cholera* (pp. 107–127). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9688-9_6

Comoe, R., & Ozer, P. (2016). Gestion du risque d ' érosion côtière en Côte d ' Ivoire : Cas du

déguerpissement dans la commune de Port-Bouët à Abidjan. In *La géographie physique et les risques de pertes et préjudices liés aux changements climatiques - Livre de résumés* (p. 15). La géographie physique et les risques de pertes et préjudices liés aux changements climatiques - Livre de résumés. Retrieved from http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010012793

Couret, D. (1997). Territoires Urbains et Espace Public à Abidjan: Quand Gestion Urbaine et Revendications Citadines Composent... *Le Modele Ivoirien En Questions: Crises, Ajustements, Recompositions*, (January 1997), 429–458. Retrieved from http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/010012784.pdf

Cravioto, A., Lanata, C. F., Lantagne, D. S., & Nair, G. B. (2011). Final report of the independent panel of experts on the cholera outbreak in Haiti. *United Nations Public Health Report*, 1–32. https://doi.org/Doi 10.1016/J.Ympev.2011.03.029

Cuisenier, J. (1987). Aventure, capture: le contrôle de l'aléatoire par le pêcheur en mer. *Ethnologie Française*, *17*(2/3), 209–218.

De Sardan, J.-P. O. (2015). Practical norms: Informal regulations within public bureaucracies (in Africa and beyond). *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa*, 19–62.

Delaunay, K. (1991). Approche historique de l'expansion des pêcheurs ghanéens (Fante et Ewe) sur le littoral ivoirien. *La Recherche Face à La Pêche Artisanale*, 649–656. Retrieved from http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/36773.pdf

Delaunay, K. (1995). *Les pêcheurs ghanéens (fante et ewe) sur le littoral ivoirien: histoire de la pêche piroguière maritime en Côte-d'Ivoire au XXe siècle*. Université de Paris I-Panthéon-Sorbonne.

Delaunay, K. (2000). Vridi (Côte d'Ivoire). Histoire d'une révélation. In *Les pêches piroguières en Afrique de l'Ouest : dynamiques institutionnelles : pouvoirs, mobilités, marchés* (pp. 52–53). Paris: Karthala.

Delaunay, P. (1831). *Le corps médical et le choléra en 1832*. impr. Tourangelle.

Démolis, R., Botão, C., Heyerdahl, L. W. L. W., Gessner, B. D. B. D., Cavailler, P., Sinai, C., … Magaço, A. (2017). A Rapid Qualitative Assessment of Oral Cholera Vaccine Anticipated Acceptability in a Context of Resistance Towards Cholera Intervention in Nampula,

Mozambique. *Vaccine*. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087

Domergue-Cloarec, D. (1986). La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958. *Toulouse: Association Des Publications Univ Toulouse-Le Mirail*.

Dozon, J.-P. (1991). D'un tombeau à l'autre (One Grave Can Hide Another). *Cahiers d'études Africaines*, *31*, 135–157.

Dozon, J.-P. (2005). De l'intolérable et du tolérable dans l'épidémie de sida: un parallèle entre l'occident et l'Afrique. In B. P. (dir. . Fassin D. (dir.) (Ed.), *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris: La Découverte. Retrieved from http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010039990

Duffy-Tumasz, A. (2012). Migrant fishers in West Africa: Roving bandits? *African Geographical Review*, *31*(1), 50–62. https://doi.org/10.1080/19376812.2012.680860

Elias, N. et al. (1997). *Logiques de l'exclusion: enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté.* Paris: Fayard.

Enwere, G., Fontaine, O., Legros, D., Cherian, T., Mantel, C., & Mintz, E. (2009). *Background Paper on the Integration of Oral Cholera Vaccines into Global Cholera Control Programmes To be presented to the WHO SAGE in October 2009*.

Epelboin, A. (2012). *Rapport de mission anthropologique sur l ' épidémie d ' Ebola*.

Epelboin, A., Formenty, P., Anoko, J., & Allarangar, Y. (2008). Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003-2008) 1. In *In Humanitarian Stakes N°1* (pp. 28–40). Paris: UREPII.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande* (Vol. 12). Oxford London.

Evans, R. J. (1987). *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910*. Clarendon Press Oxford.

Falzon, M.-A. (editor). (2016). *Multi-sited ethnography : theory, praxis and locality in contemporary research*. London Routledge.

Farmer, P. (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press.

Farmer, P. (2012). *Haiti after the earthquake*. Public Affairs.

Farmer, P. E., & Ivers, L. C. (2012). Cholera in Haiti: The equity agenda and the future of

tropical medicine. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *86*(1), 7–8. https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.11-0684b

Fassin, D. (1994). Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *49e année*(4), 745–775.

Fassin, D. (2017). Le monde à l'épreuve de l'asile. Essai d'anthropologie critique. *Presses de La Société d'ethnologie*.

Faucher, B., & Piarroux, R. (2011). The Haitian cholera epidemic: Is searching for its origin only a matter of scientific curiosity? *Clinical Microbiology and Infection*, *17*(4), 479–480. https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03476.x

Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts* (Vol. 3). Gallimard Paris.

Fouquet, F. (2017). *Transition humanitaire en Côte d'Ivoire*. (Karthala, Ed.). Paris.

Frerichs, R. R. (2016). *Deadly river: Cholera and cover-up in post-earthquake Haiti*. Cornell University Press.

Frerichs, R. R., Boncy, J., Barrais, R., Keim, P. S., & Piarroux, R. (2012). Source attribution of 2010 cholera epidemic in Haiti. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(47), E3208--E3208.

Gasquet, C. (2010). *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo*. Retrieved from http://www.theses.fr/2010PA100131

Geistdoerfer, A. (1987). Neutraliser le hasard. Les aléas de la production halieutique (Atlantique Nord) in Hasard et Sociétés. *Ethnologie Française*, *17*(2–3), 219–226.

Giles-Vernick, T., & Webb Jr, J. L. A. (2013). *Global health in Africa: historical perspectives on disease control*. Ohio University Press.

Gole Bi, G. G., Koffi, K. J. D., & Dadi, S. G. (2005). Contribution socio-économique de la pêche artisanale en Côte d'Ivoire. *PMEDP, Rapport National, Abidjan*.

Gomez-Temesio, V. (2018). Outliving Death: Ebola, Zombies, and the Politics of Saving Lives. *American Anthropologist*, *120*(4), 738–751. https://doi.org/10.1111/aman.13126

Gomez-Temesio, V., & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la GuinéeEncamping Guinea : Ebola and the Postcolonial Experience. *L Homme*, (222), 57–90. https://doi.org/10.4000/lhomme.30147

GOODGAME, R. W. (1975). Cholera in Africa: A Message for the West. *Annals of Internal*

Medicine, *82*(1), 101. https://doi.org/10.7326/0003-4819-82-1-101

Graham, J. (2016). Ambiguous Capture: Collaborative Capitalism and the Meningitis Vaccine Project. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, *35*(5), 419–432. https://doi.org/10.1080/01459740.2016.1167055

Green. (n.d.). *Green - Indigenous theories of contagious disease*.

Grietens, K. P., Ribera, J. M., Erhart, A., Hoibak, S., Ravinetto, R. M., Gryseels, C., … D'Alessandro, U. (2014). Perspective piece: Doctors and vampires in Sub-Saharan Africa: Ethical challenges in clinical trial research. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *91*(2), 213–215. https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0630

Gupta, S., Bharati, K., Sur, D., Khera, A., Ganguly, N., & Nair, Gb. (2016). Why is the oral cholera vaccine not considered an option for prevention of cholera in India? Analysis of possible reasons. *Indian Journal of Medical Research*, *143*(5), 545. https://doi.org/10.4103/0971-5916.187102

Gwenzi, W., & Sanganyado, E. (2019). Recurrent Cholera Outbreaks in Sub-Saharan Africa: Moving beyond Epidemiology to Understand the Environmental Reservoirs and Drivers. *Challenges*, *10*(1), 1. https://doi.org/10.3390/challe10010001

Hacking, I. (1986). Making-up People. In *Reconstructing individualism : autonomy, individuality, and the self in Western thought* (pp. 161–171). Stanford, Calif.: Stanford University Press.

Haeringer, P. (1969). Structures foncières et création urbaine à Abidjan. *Cahiers d'études Africaines*, *9*, 219–270.

Halliday, S. (2001). Death and miasma in Victorian London: an obstinate belief. *BMJ*, *323*(7327), 1469–1471. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7327.1469

Hasan, N. A., Rezayat, T., Blatz, P. J., Choi, S. Y., Griffitt, K. J., Rashed, S. M., … Jay Grimes, D. (2015). Nontoxigenic Vibrio cholerae Non-O1/O139 isolate from a case of human gastroenteritis in the U.S. Gulf Coast. *Journal of Clinical Microbiology*, *53*(1), 9–14. https://doi.org/10.1128/JCM.02187-14

Hempel, S. (2006). *The medical detective: John Snow and the mystery of cholera*. Granta London.

Hendriksen, R. S., Price, L. B., Schupp, J. M., Gillece, J. D., Kaas, R. S., Engelthaler, D. M., … Aarestrupa, F. M. (2011). Origin of the Haitian Outbreak. *MBio*, *2*(2), 157–11. https://doi.org/10.1128/mBio.00157-11.Editor

Heyerdahl, L. W., Bagrey, N., Demolis, R., Guillermet, E., Ngwira, B., Demolis, R., … Guillermet, E. (2017). Innovative Vaccine Delivery Strategies in Response to a Cholera Outbreak in the Challenging Context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine*. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108

Heyerdahl, L. W., Pugliese-Garcia, M., Nkwemu, S., Tembo, T., Mwamba, C., Demolis, R., … Sharma, A. (2019). "It depends how one understands it:" a qualitative study on differential uptake of oral cholera vaccine in three compounds in Lusaka, Zambia. *BMC Infectious Diseases*, *19*(1), 421. https://doi.org/10.1186/s12879-019-4072-6

Hirschhorn, N., & Iii, W. B. G. (1991). Progress in Oral Rehydration Therapy. *Scientific American*, *264*(5).

Hirschhorn, N., Kinzie, J. L., Sachar, D. B., Northrup, R. S., Taylor, J. O., Ahmad, S. Z., & Phillips, R. A. (1968). Decrease in Net Stool Output in Cholera during Intestinal Perfusion with Glucose-Containing Solutions. *New England Journal of Medicine*, *279*(4), 176–181. https://doi.org/10.1056/NEJM196807252790402

Howard-Jones, N. (1980). Friedrich Wolter (1863–?1944): The last anticontagionist. *British Medical Journal*, *280*(6211), 372. https://doi.org/10.1136/bmj.280.6211.372

Illich, I. (1978). *La convivencialidad*. Editorial Posada.

Islam, M. ., Drasar, B. S., & Sack, R. B. (1993). The aquatic environment as a reservoir of Vibrio cholerae: a review. *J Diarrhoeal Dis Res*. https://doi.org/10.5056/jnm14092

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J. P. (1999). La construction sociale des maladies, les entités nosologiques en Afrique de l'Ouest. *PUF, Collection Les Champs de La Santé, Paris*.

Jamin, J. (1977). *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*. Paris: La Découverte.

Janny, T. (2004). *Epidémies de choléra en Afrique : Analyse d ' une étiologie multifactorielle*. ENSP.

Johnson, S. (2006). *The ghost map: The story of London's most terrifying epidemic--and how it changed science, cities, and the modern world*. Penguin.

Kaper, J., Lockman, H., Colwell, R. R., & Joseph, S. W. (1979). Ecology, serology, and enterotoxin production of Vibrio cholerae in Chesapeake Bay. *Applied and Environmental Microbiology*, *37*(1), 91–103. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/367273

Katz, J. M. (2013). *The big truck that went by: how the world came to save Haiti and left behind a disaster*. St. Martin's Press.

Khonje, A., Metcalf, C. A., Diggle, E., Mlozowa, D., Jere, C., Akesson, A., … Chimanga, Z. (2012). Cholera outbreak in districts around Lake Chilwa, Malawi: Lessons learned. *Malawi Medical Journal*, *24*(2), 29–33. https://doi.org/10.4314/mmj.v24i2.

Koch, R. (1884). An address on cholera and its bacillus. *British Medical Journal*, *2*(1236), 453.

Konan, K. P. (2017). *Les transformations socio-spatiales d ' Adjahui-Coubé , une presqu ' ile de la commune de Port-Bouët (Abidjan , Côte d'Ivoire)*. Abidjan. Retrieved from https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01447522

Koutouan, G. M. (2012). *sur la vulnérabilité au choléra des ménages et quartiers précaires COTE D ' IVOIRE d ' Abidjan*. Abidjan.

Kwei, E. A. (1961). Recent developments in the canoe fisheries in Ghana. *Ghana Journal of Science*, *1*(1), 29–35.

Lacey, S. W. (2009). Cholera: Calamitous Past, Ominous Future Stephen. *Clinical Infectious Diseases*, *20*(5), 1409–1419.

Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l'Afrique: un scandale pharmaceutique aux colonies*.

Lahiri, M. N., Das, P. C., & Malik, K. S. (1939). The viability of Vibrio cholerae in natural waters. *The Indian Medical Gazette*, *74*(12), 742.

Lakoff, A. (2010). Two Regimes of Global Health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, *1*(1), 59–79. https://doi.org/10.1353/hum.2010.0001

LAMY, P. (1930). L'épidémie de fièvre jaune et de peste en 1899 à la Côte d'Ivoire. *Bulletin de La Société de Pathologie Exotique*, *23*(9).

Lancet, T., & Diseases, I. (2010). As cholera returns to Haiti, blame is unhelpful. *The Lancet Infectious Diseases*, *10*(12), 813. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70265-6

Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Harvard university press.

Latour, B. (2001). *Pasteur, guerre et paix des microbes; suivi de Irréductions*. La découverte.

Latour, B. (2005). *La science en action : introduction à la sociologie des sciences*. La Découverte poche Sciences humaines et sociales.

Law, R. (1989). Between the Sea and the Lagoons: The Interaction of Maritime and Inland Navigation on the Precolonial Slave Coast (Entre mer et lagune: les interactions de la navigation maritime et continentale sur la Côte des Esclaves avant la colonisation). *Cahiers d'études Africainestudes Africaines*, *29*(114), 209–237. Retrieved from http://www.jstor.org.proxy.library.georgetown.edu/stable/4392211

Le Marcis, F. (2003). Prévention et contagion des maladies animales en milieu peul. In Y. J. Doris Bonnet (Ed.), *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de prévention, transmission et hygiène en Afrique de l'Ouest* (pp. 311–338). Karthala.

Le Marcis, F. (2015). « Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée). *Anthropologie et Santé*, (11). https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1907

Le Marcis, F. (2018). Postface: Meaning of the Experiment and Implications of the Experience. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *79*, S69--S73.

Leimdorfer, F. (1999). Enjeux et imaginaires de l'espace public à Abidjan. *Politique Africaine*, *74*(2), 51. https://doi.org/10.3917/polaf.074.0051

Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2018). *An anthropology of biomedicine*. John Wiley & Sons.

Lopez, A. L., Gonzales, M. L. A., Aldaba, J. G., & Nair, G. B. (2014). Killed oral cholera vaccines: history, development and implementation challenges. *Therapeutic Advances in Vaccines*, *2*(5), 123–136. https://doi.org/10.1177/2051013614537819

Loucou, J.-N. (2012). *La Côte d'Ivoire coloniale, 1893-1960*. Abidjan: Éditions de la Fondation Felix Houphouet-Boigny (FHB).

Lutz, C., Erken, M., Noorian, P., Sun, S., & McDougald, D. (2013). Environmental reservoirs and mechanisms of persistence of Vibrio cholerae. *Frontiers in Microbiology*, *4*(DEC), 1–15. https://doi.org/10.3389/fmicb.2013.00375

Lutzker, E., Jochnowitz, C., & Haffkine, W. M. (1980). The curious history of Waldemar Haffkine. *Commentary*, *69*(6), 61–64.

Malinowski, B. (1948). *Magic, science and religion and other essays*. Read Books Ltd.

Manilla Arroyo, D. (2014). Blurred lines: accountability and responsibility in post-earthquake Haiti. *Medicine, Conflict and Survival*, *30*(2), 110–132. https://doi.org/10.1080/13623699.2014.904642

McCarthy, S. A., & Khambaty, F. M. (1994). International dissemination of epidemic Vibrio

cholerae by cargo ship ballast and other nonpotable waters. *Applied and Environmental Microbiology*, *60*(7), 2597–2601.

McGoey, L. (2012). Strategic unknowns: Towards a sociology of ignorance. *Economy and Society*, *41*(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/03085147.2011.637330

McGoey, L. (2015). *No such thing as a free gift: The Gates Foundation and the price of philanthropy*. Verso Books.

McGovern, M. (2011). *Making War in Côte D'Ivoire*. Chicago: University of Chicago Press.

Mekalanos, J. J., Robins, W., Ussery, D. W., Davis, B. M., Schadt, E., & Waldor, M. K. (2012). Non-O1 Vibrio cholerae unlinked to cholera in Haiti. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(47), E3206–E3206. https://doi.org/10.1073/pnas.1212443109

Mengel, M. A. M. A., Delrieu, I., Heyerdahl, L., & Gessner, B. D. B. D. (2014). *Cholera outbreaks in Africa*. *Current Topics in Microbiology and Immunology* (Vol. 379). https://doi.org/10.1007/82-2014-369

Morabia, A. (2007). Epidemiologic interactions, complexity, and the lonesome death of Max von Pettenkofer. *American Journal of Epidemiology*, *166*(11), 1233–1238. https://doi.org/10.1093/aje/kwm279

Motes, M., Depaola, A., Ginkel, S. Z., & Mcphearson, M. (1994). Occurrence of toxigenic Vibrio-cholerae O1 in oysters in Mobile Bay, Alabama - an ecological investigation. *J.Food Protect.\rJournal of Food Protection*, *57*(11), 975–980. https://doi.org/10.4315/0362-028X-57.11.975

Moulin, A. M. (2007). *Les vaccins , l'état moderne et les sociétés*. https://doi.org/10.1051/medsci/2007234428

Mueller, J. E., Borrow, R., & Gessner, B. D. (2006). Meningococcal serogroup W135 in the African meningitis belt: epidemiology, immunity and vaccines. *Expert Review of Vaccines*, *5*(3), 319–336.

Munos, M. K., Ã, C. L. F. W., & Black, R. E. (2010). The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhoea mortality. https://doi.org/10.1093/ije/dyq025

Mutreja, A., Kim, D. W., Thomson, N. R., Connor, T. R., Lee, J. H., Kariuki, S., … Dougan, G. (2011). the seventh cholera pandemic. https://doi.org/10.1038/nature10392

Nichter, M. (2008). *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter* (Vol. 37). University of Arizona Press.

Noret, J. (2017a). Prise en charge de la mort et espace social.

Noret, J. (2017b). Sociologie actuelle des funérailles. *Cahiers d'études Africaines*, (228), 1011–1033. https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.21633

Noret, J., & Jo, N. (2004). Joël Noret Morgues et prise en charge. *Cahiers d'études Africaines*, (176), 745–767.

NUKUNYA, G. (1991). Les migrations des pecheurs Anlo-Ewe. *Migrations Des Pêcheurs En Afrique de l'Ouest, DIPA/WP/36, Cotonou, FAO*, 221–238.

Odevall, L., Hong, D., Digilio, L., Sahastrabuddhe, S., Mogasale, V., Baik, Y., … Lynch, J. (2018). The Euvichol story – Development and licensure of a safe , effective and affordable oral cholera vaccine through global public private partnerships. *Vaccine*, *36*(45), 6606–6614. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.09.026

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*. KARTHALA Editions.

Olivier de Sardan, J. (2018). Les modèles voyageurs à l ' épreuve des contextes et des normes pratiques : le cas de la santé maternelle. In C. B. C. & B. R. Dolorès Pourette, Chiarella Mattern (Ed.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Harmattan.

Orata, F. D., Keim, P. S., & Boucher, Y. (2014). The 2010 Cholera Outbreak in Haiti: How Science Solved a Controversy. *PLoS Pathogens*, *10*(4), 1–5. https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003967

Overå, R., & Overa, R. (2001). *Institutions, mobility and resilience in the Fante migratory fisheries of West Africa*. *Working Paper - Chr. Michelsen Institute*.

Pasteur, L. (1862). Mémoire sur les corpuscles qui existent dans l'atmosphère. *Annales de Chimie et Physiques*.

Peeters Grietens, K., Gryseels, C., & Verschraegen, G. (2019). Misdirection in the margins of malaria elimination methods. *Critical Public Health*, *29*(4), 390–400. https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1597965

Peretti-watel, P. (2010). *La société du risque*. La découverte.

Petryna, A. (2009). *When experiments travel: clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

Piarroux, R., Barrais, R., Faucher, B., Haus, R., Piarroux, M., Gaudart, J., … Raoult, D. (2011).

Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerging Infectious Diseases*, *17*(7), 1161–1167. https://doi.org/10.3201/eid1707.110059

Pollitzer, R. (1959). Cholera. Monograph series, no. 43. *World Health Organization, Geneva, Switzerland*, 1019.

Preston, R. (1994). *The hot zone*. New York: Random House.

Proctor, R. N., & Schiebinger, L. (2008). Agnotology: the making and unmaking of ignorance. *Organization Studies*, 288. https://doi.org/10.1086/605278

Qadri, F., Ali, M., Chowdhury, F., Khan, A. A. I., Saha, A., Khan, I. A., … Clemens, J. D. (2015). Feasibility and effectiveness of oral cholera vaccine in an urban endemic setting in Bangladesh: A cluster randomised open-label trial. *The Lancet*, *386*(10001), 1362–1371. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61140-0

Rebaudet S, Moore S, P. R. (2014). Ebola and cholera : a call to prevent a compound epidemic disaster. N Engl J Med. *N Engl J Med.*

Rebaudet, S. (2017). Epistemological rehabilitation of "shoe leather" epidemiology: the lesson of cholera in Haiti. *European Journal of Epidemiology*, 10–11. https://doi.org/10.1007/s10654-017-0302-7

Rebaudet, S., Mengel, M. A., Koivogui, L., Moore, S., Mutreja, A., Kande, Y., … others. (2014). Deciphering the origin of the 2012 cholera epidemic in Guinea by integrating epidemiological and molecular analyses. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, *8*(6), e2898.

Rebaudet, S., Sudre, B., Faucher, B., & Piarroux, R. (2013). Cholera in Coastal Africa: A systematic review of its heterogeneous environmental determinants. *Journal of Infectious Diseases*, *208*(SUPPL. 1), 1–32. https://doi.org/10.1093/infdis/jit202

Reed, W., Carroll, J. A. S., & Agramonte, A. (1901). The etiology of Yellow Fever: an additional note. *Journal of the American Medical Association*, *36*(7), 431–440.

Rosenberg, C. E. (1987). *The cholera years: The United States in 1832, 1849, and 1866*. University of Chicago Press.

Rouzier, V., Severe, K., Juste, M. A. J., Peck, M., Perodin, C., Severe, P., … Pape, J. W. (2013). Cholera vaccination in Urban Haiti. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *89*(4), 671–681. https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0171

Russel, A. (1928). Statistical studies in the epidemiology of cholera. *Transactions of the Seventh Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine*, *2*, 131.

Sabinot, C. (2008). *Dynamique des savoirs et des savoir-faire dans un contexte pluriculturel. Étude comparative des activités littorales au Gabon*. Museum national d'histoire naturelle-MNHN PARIS.

Sack, D. A. (1994). Cholera control. *Lancet (London, England)*, *344*(8922), 616.

Salion, P. (2009). Modes d'action et classification des vaccins : définition de la vaccinologie. *Développement et Santé*, (195).

Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.

Smith, M. E. (1988). Fisheries risk in the modern context. *Maritime Anthropological Studies*, *1*(1), 29–48.

Snow, J. (1856). On the mode of communication of cholera. *Edinburgh Medical Journal*, *1*(7), 668.

Sommer, A., & Mosley, W. H. (1973). Ineffectiveness of Cholera Vaccination As an Epidemic Control Measure. *The Lancet*, *301*(7814), 1232–1235. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(73)90540-0

Steck, J.-F. (2005). Abidjan et le Plateau: Quels Modèles Urbains pour la Vitrine du "Miracle" Ivoirien? *Géocarrefour*, *80*(3), 215–228.

Suiter, J. (2016). Post-truth politics. *Political Insight*, *7*(3), 25–27.

Sunder Rajan, K. (2017). *Pharmocracy: Value, politics, and knowledge in global biomedicine*. Duke University Press.

The Lancet. (1855). The public health and nuisances removal Bill: Dr Snow's evidence. *The Lancet*, *65*(1660), 634–637. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)44468-6

The Lancet. (1978). Water with Sugar and Salt. *The Lancet*, *312*(8084), 300–301. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(78)91698-7

Thiongane, O., Graham, J., & Broutin, H. (2017). Lueurs et leurres de la santé globale. *Anthropologie & Développement*, (46–47), 213–234. https://doi.org/10.4000/anthropodev.607

Thomson, N. R., & Weill, F. (2017). Genomic history of the seventh pandemic of cholera in Africa. *Science*, (April). https://doi.org/10.1126/science.aad5901

Tsing, A. L. (2005). *Friction: an ethnography of global connection*. Princeton University Press. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctt7s1xk

Villegas, M. G., Garcia, C., Niño, N., Henao, A., Mejia, J. F., Rubiano, S., … others. (2009). *Normas de papel: la cultura del incumplimiento de reglas*. Siglo del Hombre Editores.

WHO. (1983). International Drinking Water Supply and Sanitation Decade : project and programme information system, Rev. ed. Geneva : World Health Organization. World Health Organization. Community Water Supply and Sanitation Unit.

WHO. (1993). Guidelines for cholera control. *Geneva : World Health Organization*.

WHO. (1995). The potential role of new cholera vaccines in the prevention and control of cholera outbreaks during acute mergencies. Report of a meeting. Geneva.

WHO. (1999). Potential use of oral cholera vaccines in emergency situations. Report of a WHO meeting, (May).

Wondji, C. (1972). La fièvre jaune à Grand-Bassam (1899-1903). *Revue Française d'histoire d'outre-Mer*, *215*(tome 59), 205–239.

Yankah, K. (1995). *Speaking for the chief: Okyeame and the politics of Akan royal oratory*. Indiana University Press.

Zacher, M. W. (1999). Global epidemiological surveillance. *Global Public Goods: International Cooperation in The*, *21*, 266–284.

Lexiques

Lexique Fante

Adakaba	Boite mortuaire pour funérailles sans corps
Abusua	La famille matrilinéaire
Adaeso	Rêve, songe
Adoom	Migration dans le champ de la pêche piroguière Fante
Aka pei pei	Racines éponymes conservées dans du vin de palme
Asafo	Anciennes compagnies de guerre Fante
Bosom	Autel
Brimlo	Arbre médicinal
Bosco	Capitaine (aussi commun en Anglais et en Français)
Compagnies	Équipées de pêche piroguière, compagnonnage
Dôkounou	Plat à base de pâte de maïs cuite dans une feuille de banane
Ebun	Fièvre commune
Epel	Balise pour filets de pêche composée de bois flottants et d'une lampe
Edur Tonfo	Maître herboriste
Efunyaw	Mal de ventre
Eyie	Ensemble cérémoniel comprenant la veillée et la levée de corps
Flecting	Délit de coït pratiqué dans une zone interdite (ex. près des pirogues)
Funsie	Mise en terre d'un corps
Hook	Hameçon
Hwii	Coups de fouets
Jumper	Pêcheur responsable du moteur
Konoku	Fièvre mortelle
Kɔmfɔ	Devin guérisseur
Mahoginy	Arbre dont l'écorce a des vertus purgatives
Nkrodoo	Hernie
Nsaho Kɛyɛw	Tatouages indiquant identité et village d'origine (porté sous le bras)
Ntobrow	Rougeole

Nounoum	Feuille médicinale utilisée pour des lavements externes
Ohane	Chef des pêcheurs Ghanéens à Vridi 3 (quartier Zimbabwe)
Okyeame	Le linguiste, maître des mots
SunSuma	Vers d'estomac
Sum Sum	Esprit du mort
Sum Sum Yɛrɛ (ba)	Maladie spirituelle
Sankwa	Pêcheur, matelot (*sailor* en Anglais)
Sankwa Afraba	Pêcheur apprenti
Tasbah	Amulettes préparées par le Kɔmfɔ
Tenga	Filet de surface
Tinkalo	Poudre médicinale compactée
Yɛrɛ (ba)	Maladie
Watcha	Pirogue en bois de grande envergure

Lexique Nouchi et francophone Ivoirien

Bana-bana	Colporteur, débrouillard, le courant trafiqué
Chap chap	Petite monnaie, argent pour un repas frugal
Corps habillés	Policier, douanier, garde, gardien de prison, gendarme ou militaire
Couper-clouer	Habitats construits avec des planches en bois
Déguerpissement	Expulsion, mouvement forcé de la population
Gbaka	Mini-car de transport commun
Koutoukou	Vin de palme
Placali	Plat à base de manioc fermenté
Quartier Zimbabwe	Aussi pointe aux fumeurs ou Djikôfè, officiellement Vridi 3
Travaillement	Le fait de travailler. Peut aussi faire référence à une emprise occulte
wɔrɔ wɔrɔ	Taxis collectifs

Lexique Ga

Awoche	Chef des pêcheurs
Kenke	Association de femmes mareyeuses

Annexes

Annexe 1 Interlocuteurs cités dans le texte

*DATE**	*PROFIL DE L'INTERLOCUTEUR/RICE*	*NOM*	*PAYS*
AVRIL 2014	Fumeuse de poisson sur Vridi, sa fille a eu le choléra	Mme Melissa	Côte d'Ivoire
mai 2014	Agent de santé du quartier Zimbabwe a pris en charge les premiers cas des épidémies de 2006 et de 2014	Mr Samson	Côte d'Ivoire
mai 2014	Pêcheur Fante résidant à Vridi, son frère est mort du choléra.	Marco	Côte d'Ivoire
août 2014	Pêcheur Fante de passage sur quartier Zimbabwe, son compagnon de pirogue est décédé du choléra	Mr Fodjour	Côte d'Ivoire
août 2014	Agent de la surveillance et du contrôle des épidémies, Institut National de l'Hygiène Publique	Mr Alfonse	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Ohane, chef Ghanéen de Quartier Zimbabwe	Ohane	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Propriétaire de pirogue, Ivoirien	Mr Pierre	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Un vieil habitant de quartier Zimbabwe, Ivoirien baoulé	Mr Denis	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Digintaire ivoirienne baoulé vivant dans quartier Zimbabwe depuis les années 1980	Mme Solange	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Médecin membre de l'équipe de réponse aux épidémies sur Abidjan	Dr Ezes	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Ancien chef central de quartier Zimbabwe, affilié au PDCI	Chef Kobenan	Côte d'Ivoire
octobre 2014	Agent de la mairie de Port Bouët, Abidjan	Mr Loséni	Côte d'Ivoire
novembre 2014	Pêcheur ningo installé de longue date sur quartier Zimbabwe	Mr John	Côte d'Ivoire
juin 2016	Habitante de quartier Zimbabwe, employée de la mairie de Port Bouët	Mme Isabelle	Côte d'Ivoire
novembre 2016	Bosco dont la pirogue pêche entre la Côte d'Ivoire et le Ghana	capitaine Kacou	Côte d'Ivoire
janvier 2017	Ivoirien baoulé, Propriétaire d'une cour sur Zimbabwé et logeur de pêcheurs fante.	Mr Assié	Côte d'Ivoire
mars 2017	Ingénieur en eau, responsable de programmes d'amélioration des infrastructures en eau et assainissement en Côte d'Ivoire	Mr Joël	Côte d'Ivoire

juin 2018	Microbiologiste, impliquée dans plusieurs programmes internationaux de recherche sur le choléra	Dr Allangba	France
juillet 2018	Microbiologiste, epidemiologiste, spécialiste du choléra	Pr George	France
juillet 2018	Microbiologiste impliquée dans plusieurs programmes de recherche sur le choléra	Dr Simon	France
juillet 2018	Médecin épidémiologiste, a participé aux premières campagnes réactives contre le choléra	Dr Calico	Suisse
juillet 2018	Médecin épidémiologiste, spécialiste du choléra, a participé aux essais cliniques du vaccin cholérique en Inde et au Bangladesh dans les années 1980	Pr Singh	Etats-Unis (telephone)
janvier 2017 et juillet 2018	Médecin, épidémiologiste, spécialiste du choléra	Dr Morgane	Suisse
octobre 2018	Clinicien, à pris en charge de nombreux patients atteints du choléra en Guinée maritime	Dr Soh	Guinée (telephone)
octobre 2018	Docteur en biologie travaille pour un laboratoire public affilié au ministère de la santé	Dr. Irénée	Côte d'Ivoire (telephone)
Cinq entretiens formels entre octobre 2014 et juillet 2018	Membre du conseil de l'Ohane, ancien pêcheur piroguier et industriel	Mr Aluba	Côte d'Ivoire

* *Sauf mention contraire une date signifie un entretien formel enregistré et retranscrit*

Annexe 2 Tableau des 30 principaux auteurs et financements associé au réservoir environnemental.

Financements identifiés sur la base des 3 articles les plus cités de chaque auteur.

#	Auteur	Institution, pays	Pays	Intitulé financement Code de financement (voir
1	Rita R Colwell	University of Maryland, College Park, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* ***NIAID2*** *Epidemiology and Ecology of Cholera in Africa* **NIAID3** **Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* **DBS1** **ECOLOGY OF VIBRIO CHOLERAE AND RELATED VIBRIOS* **NIAID1**
2	Anwar Huq	University of Maryland, College Park, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2** Effects of Climate *Change on Cholera Dynamics and Prediction* **FIC2** *Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* **DBS1**
3	G Balakrish Nair	World Health Organization - India, India : National Center for Immunization and Respiratory Diseases, United States	Inde	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* ***NIAID2***
4	John J Mekalanos	Harvard University, United States	USA	*Genetic and Ecological Factors in Transmissibility and Epidemic Cycle of Cholera* **NIAID5** *Phages and Genomic Variation in Vibrio Cholerae Evolution N**I1***
5	Biao Kan	Chinese Center For Disease Control and Prevention, China	Chine	*Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti,* **NIAID11** *Its relationship with the popular Screening cholera epidemic of the environmental advantages of intermittent clonal populations* **SINO2** *Research on Pathogenic Vibrio cholerae environmental survival mechanism regulating the expression of its genes* **SINO1**
6	Shah M Faruque	International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	Bangladesh	*Multidisciplinary studies in the ecology and epidemiology of cholera to predict epidemics.* **WT1** *Genomic Variation in Vibrio Cholerae Evolution* **NI1** *Genetic Analysis of Toxinogenesis in Vibrio Cholerae* **NIAID4**
7	Fitnat H Yildiz	University of California, Santa Cruz, United States	USA	*Vibrio cholerae c-diGMP signaling: motile to biofilm transition and transmission* **NIAID8; NIAID9** *NCRR: UCSC Acquisition of a Thermo Electron LTQ-Mass Spectrometer* **NCAT1** *Smooth to Rugose phase variation in Vibrio cholerae* **NIAID12** Molecular mechanisms regulating exopolysaccharide production in *Vibrio cholerae* **NIAID13**

8	J Glenn Morris	University of Florida, United States	USA	*Cholera transmission and evolution in Port-au-Prince, Haiti* **NIAID10** *Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti* **NIAID11**
9	R Bradley Sack	Johns Hopkins University, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Cholera in Africa* **NIAID3** *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2**
10	David A Sack	Johns Hopkins University, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Cholera in Africa* **NIAID3** *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* ***NIAID2***
11	Jun Zhu	University of Pennsylvania, United States	USA	*Multidisciplinary studies in the ecology and epidemiology of cholera to predict epidemics.* **WT1** *Phages and Genomic Variation in Vibrio Cholerae Evolution* **NI1** *Genetic Analysis of Toxinogenesis in Vibrio Cholerae* **NIAID4**
12	Andrew Camilli	Tufts University, United States	USA	*Study of transmissible forms of Vibrio Cholerae* **NIAID7** *Protecutive immunity to human cholera in Bangladesh* **NIAID6**
13	Nur A Hasan	University of Maryland, College Park, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Cholera in Africa* ***NIAID3*** *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* ***NIAID2***
14	Munirul Alam	International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	Bangladesh	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NAID2**
15	Afsar Ali	University of Florida, United States	USA	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* ***NAID2*** *Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti* **NIAID11** *UF Clinical and Translational Science Award* **NCAT2**
16	Matthew K Waldor	Harvard University, United States	USA	*Molecular Biology and Virulence of CTX Phage* **NIAID14**
17	Melanie Blokesch	Swiss Federal Institute of Technology in Lausanne, Switzerland	Suisse	*Virulence factors of facultative pathogens and their role outside the human host* **EURC1** *n/a* ***SWISS1*** *(*Swiss National Science Foundation) *Vibrio Cholerae Colonization of Chitin Surfaces* **NIAID15**
18	Ronald K Taylor	Dartmouth College, United States	USA	*Hierarchy Within Environmental Regulons* **NIAID16**;**NIAID17** *Genetic Determinants of Virulence in Vibrio cholerae* **NIAID18; NIAID20; NIAID21** *Host-Microbe Interactions* **NIAID19** *Sources and Protracted Effects of Early Life Exposure to Arsenic and Mercury* **NIEH1**
19	Stephen B Calderwood	Harvard University, United States	USA	*Genetic and Ecological Factors in Transmissibility and Epidemic Cycle of Cholera* **NIAID5** *Phages and Genomic Variation in Vibrio Cholerae Evolution* **NI1** *Protecutive immunity to human cholera in Bangladesh* **NIAID6**
20	Thandavarayan Ramamurthy	National Institute of Cholera and Enteric Diseases, India	Inde	*Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2**

21	Paula I Watnick	Boston Children's Hospital, United States	USA	*Vibrio cholerae colonization of the fly rectum and activation of natural competen* **NIAID24** *Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti* **NIAID11** *Drosophila melanogaster as a model host for Vibrio cholerae* **NIAID25** *Molecular Pathogenesis of the Hamartoma Syndromes* **NCI1** *Dana-Farber/Harvard Cancer Center* **NCI2** *Biofilm Development by Vibrio cholerae* **NIAID26** GI RESEARCH ON ABSORPTIVE &SECRETORY PROCESSES **DDK1**
22	James B Kaper	University of Maryland, Baltimore, United States	USA	VIRULENCE DETERMINANTS OF ESCHERICHIA COLI **NIAID27** FACILITY FOR STUDY OF INFECTIOUS DISEASES, VACCINES **NIAID28** ECOLOGY OF *VIBRIO CHOLERAE* AND RELATED VIBRIOS **NIAID1**
23	Karl E Klose	The University of Texas at San Antonio, United States	USA	*Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti* **NIAID11** *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2** *Sigma 54 and Vibrio cholerae Pathogenesis* **NIAID29**
24	Yoshifumi Takeda	National Institute of Cholera and Enteric Diseases, India	Inde	*n/a* **NIPO2** (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology) *n/a* **NIPO1**(Japan Agency for Medical Research and Development) *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2**
25	Carla Pruzzo	University of Genoa, Italy	Italie	*Preventing and mitigating farmed bivalve diseases* **EC1** *Protecting the health of Europeans by improving methods for the detection of pathogens in drinking water and water used in food preparation* **EC2** *n/a* **ITA1**(Ministry of Foreign Affairs and International Cooperation, Italy)
26	Christopher J Grim	Center for Food Safety and Applied Nutrition, United States	USA	*Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* **DBS1** *Effects of Climate Change on Cholera Dynamics and Prediction* **FIC2**
27	Karen Skorupski	Dartmouth College, United States	USA	*Hierarchy Within Environmental Regulons* **NIAID16; NIAID17** *NEW MECHANISMS FOR REGULATING VIRULENCE GENE EXPRESSION* **NIAID22; NIAID23**
28	Bradd J Haley	Agricultural Research Service, United States	USA	Effects of Climate Change on Cholera Dynamics and Prediction **FIC2** *Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* **DBS1** *Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh* **NIAID2**
29	Toshio Shimada	National Institute of Infectious Diseases, Japan	Japon	*GENETIC ANALYSIS OF TOXINOGENESIS IN VIBRIO CHOLERAE* **NIAID4** n/a **USP1**(United States Public Health Service)

30	Zhi Liu	Chinese Academy of Agricultural Sciences, China	Chine	*In Vivo Study of Quorum Sensing in Vibrio cholerae* **NIAID30** *Bacterial biofilm-host interaction during Vibrio cholerae infection* **NIAID31**

Annexe 3 Tableau des financements de la recherche sur le réservoir environnemental.

Établi pour les 30 auteurs les plus cité sur le sujet et sur la base des informations de financements de leurs trois articles les plus cités.

Institution de financement	Intitulé	Récipiendaire princinpal	Somme (USD)	Codes attribués
National Institute of Allergy and Infectious Diseases	*ECOLOGY OF VIBRIO CHOLERAE AND RELATED VIBRIOS* 1977-1989	to RITA ROSSI COLWELL	0 (information indisponible)	NIAID 1
	Epidemiology and Ecology of Vibrio cholerae in Bangladesh 1996-2017	*to DAVID A SACK, RICHARD BRADLEY SACK*	*15,241,121*	NIAID 2
	Epidemiology and Ecology of Cholera in Africa 2017-2022	to DAVID A SACK	1,448,638	NIAID 3
	Genetic Analysis of Toxinogenesis in Vibrio Cholerae 1981-2019	to JOHN JOSEPH MEKALANOS	6,730,419	NIAID 4
	Genetic and Ecological Factors in Transmissibility and Epidemic Cycle of Cholera 2007-2012	to JOHN JOSEPH MEKALANOS	1,320,195	NIAID 5
	Protecutive immunity to human cholera in Bangladesh 2000-2016	to EDWARD T. RYAN, STEPHEN B. CALDERWOOD	7,806,005	NIAID 6
	Study of transmissible forms of Vibrio Cholerae 2003-2020	to ANDREW CAMILLI	5,415,237	NIAID 7
	Vibrio cholerae c-diGMP signaling: motile to biofilm transition and transmission 2013-2019	to HAVVA FITNAT YILDIZ	2,951,408	NIAID 8
	Vibrio cholerae c-diGMP signaling: motile to biofilm transition and transmission 2012-2013	to HAVVA FITNAT YILDIZ	608,330	NIAID 9
	Cholera transmission and evolution in Port-au-Prince, Haiti 2016-2021	to JOHN GLENN MORRIS	3,322,089	NIAID 10
	Cholera Transmission in Gressier Region, Haiti 2011-2016	to JOHN GLENN MORRIS	2,724,560	NIAID 11
	Smooth to Rugose phase variation in Vibrio cholerae 2003-2008	to HAVVA FITNAT YILDIZ	355,910	NIAID 12
	Molecular mechanisms regulating exopolysaccharide production in *Vibrio cholerae* 2003-2020	to HAVVA FITNAT YILDIZ	3,965,848	NIAID 13
	Molecular Biology and Virulence of CTX Phage 1998-2018	to MATTHEW K WALDOR	3,791,853	NIAID 14
	Vibrio Cholerae Colonization of Chitin Surfaces 2003-2009	to GARY K SCHOOLNIK	1,578,338	NIAID 15

	Hierarchy Within Environmental Regulons 1996-2015	to RONALD K TAYLOR	405,000	NIAID 16
	Hierarchy Within Environmental Regulons 1996-2012	to RONALD K TAYLOR	3,347,664	NIAID 17
	Genetic Determinants of Virulence in Vibrio cholerae 1987-2018	to KAREN A SKORUPSKI, RONALD K TAYLOR	3,114,435	NIAID 18
	Host-Microbe Interactions 1997-2019	to GEORGE A. O'TOOLE, RONALD K TAYLOR	3,891,677	NIAID 19
	Genetic Determinants of Virulence in Vibrio cholerae 1987-2016	to RONALD K TAYLOR	4,273,178	NIAID 20
	GENETIC DETERMINANTS OF VIRULENCE IN VIBRIO CHOLERAE 1987-1992	to RONALD K TAYLOR	0 (information indisponible)	NIAID 21
	NEW MECHANISMS FOR REGULATING VIRULENCE GENE EXPRESSION 1997-2002	to KAREN A SKORUPSKI	239,639	NIAID 22
	New Mechanisms for Regulating Virulence Gene Expression 1997-2012	to KAREN A SKORUPSKI	3,136,982	NIAID 23
	In Vivo Study of Quorum Sensing in Vibrio cholerae	*to JUN ZHU*	*270,000*	
	Vibrio cholerae colonization of the fly rectum and activation of natural competen 2014-2017	to PAULA I WATNICK	484,792	NIAID 24
	Drosophila melanogaster as a model host for Vibrio cholerae 2007-2012	to PAULA I WATNICK	1,661,773	NIAID 25
	Biofilm Development by Vibrio cholerae 2002-2012	to PAULA I WATNICK	2,198,768	NIAID 26
	VIRULENCE DETERMINANTS OF ESCHERICHIA COLI 1981-1988	to STANLEY FALKOW	0 (information indisponible)	NIAID 27
	FACILITY FOR STUDY OF INFECTIOUS DISEASES, VACCINES 1980-1985	to MYRON M LEVINE	0 (information indisponible)	NIAID 28
	Sigma 54 and Vibrio cholerae Pathogenesis 1999-2011	to KARL E KLOSE	1,369,033	NIAID 29
	In Vivo Study of Quorum Sensing in Vibrio cholerae *2005-2007*	*to JUN ZHU*	*270,000*	NIAID30
	Bacterial biofilm-host interaction during Vibrio cholerae infection	*to JUN ZHU*	*393,750*	NIAID31
Directorate for biological sciences	*Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* 2008-2014	to Anwarul Huq, Rita Colwell	725,000	DBS 1

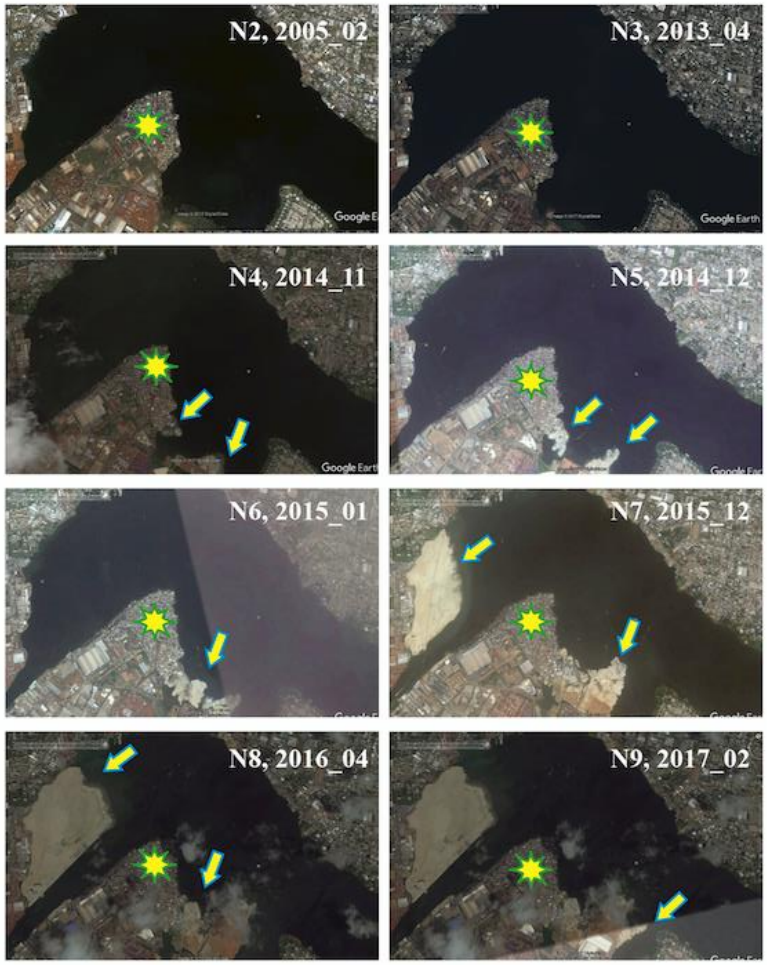
National Cancer Institute	*Molecular Pathogenesis of the Hamartoma Syndromes* 2006-2017	to DAVID J. KWIATKOWSKI, REUBEN JAMES SHAW, CHIN-LEE WU, BRENDAN D. MANNING, LEWIS C CANTLEY, NORBERT PERRIMON, JOHN M ASARA	16,760,009	NCI 1
	Dana-Farber/Harvard Cancer Center 1977-2021	to LAURIE HOLLIS GLIMCHER, (liste complete sur dimensions.ai)	211,415,200	NCI 2
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases	GI RESEARCH ON ABSORPTIVE &SECRETORY PROCESSES 1984-2008	to ANDREW GEORGE PLAUT, MARK DONOWITZ, RICHARD H. GOODMAN, ANDREW PLAUT, DOUGLAS M. JEFFERSON, ANNE V. KANE, IRWIN ARIAS, F. ROB JACKSON, IRA M HERMAN, ANDREW B LEITER	8,530,626	DDK1
Fogarty International center (NiH)	*Change on Cholera Dynamics and Prediction* 2009-2011	to SHAFIQUL ISLAM	499,582	FIC1
	Effects of Climate Change on Cholera Dynamics and Prediction 2009-2011	to SHAFIQUL ISLAM	499,582	FIC2
Directorate for Biological Sciences	*Collaborative Research: Identifying Environmental Determinants Favorable for the Presence and Transmission of Pathogenic Vibrios* 2008-2014	to Anwarul Huq, Rita Colwell	725,000	DBS1
National Institute of General Medical Sciences	*Phages and Genomic Variation in Vibrio Cholerae Evolution* 2003-2017	to JOHN JOSEPH MEKALANOS	3,866,021	NI1
National Center for Advancing Translational Sciences	*NCRR: UCSC Acquisition of a Thermo Electron LTQ-Mass Spectrometer* 2006-2007	to THEODORE R HOLMAN	368,461	NCAT1
	UF Clinical and Translational Science Award 2009-2015	to DAVID R NELSON	12,199,247	NCAT2
National Institute of Environmental Health Sciences	*Sources and Protracted Effects of Early Life Exposure to Arsenic and Mercury* 1995-2019	to BRUCE A. STANTON, CELIA Y CHEN, (liste	48,903,844	NIEH1

		complete sur dimensions.ai)		
United States Public Health Service	*n/a*	*n/a*	*n/a*	*USP1*
Wellcome Trust	*Multidisciplinary studies in the ecology and epidemiology of cholera to predict epidemics.* 2015-2020	to Shah M Faruque	2,074,818	WT1
European Research Council	*Virulence factors of facultative pathogens and their role outside the human host* 2013-2018	to Melanie Blokesch	2,034,750	EURC1
European Commission	*Preventing and mitigating farmed bivalve diseases* 2016-2020	*n/a*	5,276,806	EC1
	Protecting the health of Europeans by improving methods for the detection of pathogens in drinking water and water used in food preparation 2013-2018	*n/a*	10,735,311	EC2
Swiss National Science Foundation	*n/a*	*n/a*	*n/a*	*SWISS1*
Ministry of Foreign Affairs and International Cooperation, Italy	*n/a*	*n/a*	*n/a*	*ITA1*
Japan Agency for Medical Research and Development	*n/a*	*n/a*	*n/a*	*NIPO1*
(Japan) Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology	*n/a*	*n/a*	*n/a*	*NIPO2*
National Natural Science Foundation of China	*Research on Pathogenic Vibrio cholerae environmental survival mechanism regulating the expression of its genes* *n/a*	to Biao Kan	n/a	*SINO1*
	Its relationship with the popular Screening cholera epidemic of the environmental advantages of intermittent clonal populations 2009-2011	to Duo Chun Wang	44,874	SINO2

PLANCHE 1 - IMAGES SATELLITE DE Q. ZIMBABWE (2001 À 2017) ET CARTE PRÉVISIONNELLE DE TRAVAUX INDUSTRIELS

1. image satellite N1, date : 2001_07, du quartier Zimbabwe

2. Carte de travaux prévisionnels pour la construction d'entrepôts du port et d'un pont sur remblais industriels. Carte reçue par Bluetooth de la part d'Eric, qui l'avait reçue trois ans auparavant (2013) alors qu'il travaillait comme manœuvre pour le compte d'une société internationale. On notera que dans ce plan le quartier Zimbabwe est conservé mais que toute la surface lagunaire entourant le quartier, et vitale pour l'activité de la pêche, a été accaparée pour les travaux. En d'autres termes l'avènement de ces travaux signifieraient la mort fonctionnelle du plus grand quartier de pêche d'Abidjan.



3. Images satellite N2 à N9, de 2005 à 2017 du même quartier.

Légende :
- Emplacement du quartier Zimbabwe
- Nouveaux remblais (relatif à la carte 2.)

Table des matières

Résumé 3
Remerciements 7
Sommaire 9
Cartes de situation 11
Abréviations 12

INTRODUCTION GÉNÉRALE 13
Méthodologie 21
Les terrains 22
Plan de la thèse 23

PREMIÈRE PARTIE : BRÈVE HISTOIRE DU RISQUE CHOLÉRA 26

Chapitre 1 : Le choléra et la modernité, historiographie d'une relation ambiguë 27
1. Avènement du choléra-monde 27
2. Peur bleue sur la ville : des étiologies sous influence 29
3. Les luttes épistémiques 36
4. En héritage, le choléra trophée 48

Chapitre 2 : En attendant l'émergence économique : contours du contrôle choléra au 21e siècle 53
1. « À l'exception de l'eau ». La fenêtre d'action contre le choléra au 21e siècle 54
2. Appeler un chat un chat. L'Économie de la parole sur la maladie à l'aune des imaginaires hérités du choléra trophée de la modernité 56
3. Les Hotspots comme lieux de frictions 62

DEUXIÈME PARTIE : LE CHARISME ÉVIDENCIAIRE ET LES RÉSERVOIRS DE PERSISTANCE THÉORIQUE, ÉTUDE DE CAS SUR LE *VIBRIO CHOLERAE* 67

Chapitre 3 La naissance d'un doute : Introduction à l'hypothèse du réservoir environnemental du choléra 68
1. Dynamique spatio-temporelle d'une idée : d'hypothèse à paradigme 70
2. La prévalence de l'hypothèse du réservoir environnemental dans la littérature scientifique et dans les documents normatifs du contrôle épidémique. 80

Chapitre 4 : Haïti ou le grand retour de la production de l'ignorance sur le choléra 85
1. Droit de savoir, devoir d'ignorer. L'antichambre de la science en action 86
2. L'ouverture technique 94

Chapitre 5 : L'épreuve africaine 104
1. La chute lente de l'hypothèse du réservoir environnemental 108
2. La Côte d'Ivoire et la Guinée comme bastions de résistance de la surveillance environnementale 110
Conclusion 114

TROISIÈME PARTIE : ÊTRE VULNÉRABLE. SITUER LE CHOLÉRA DANS UNE ÉCOLOGIE DES RISQUES 118

Chapitre 6 : De sel et de sang. Ancrages socio-historiques de la pêche piroguière sen Côte d'Ivoire 119
1. Le pêcheur et le planteur. Les destins parallèles des pionniers du littoral 120
2. Du dédain à la convoitise. Une révélation de la pêche piroguière sous le signe de la crispation identitaire 127
Conclusion 133

Chapitre 7 : Naviguer les incertitudes et prendre en charge le malheur à distance. Pratiques matérielles et technologies des pêcheurs piroguiers fante 134
1. Une mer d'incertitude. La pêche comme activité collective déployée sur un champ migratoire ouest-africain 134
2. « Spoiling the body » : nosologies populaires et pratiques du care 158
3. La mort à distance 180
Conclusion 196

QUATRIÈME PARTIE : UNE ÉCOLOGIE POLITIQUE DU RISQUE CHOLÉRA 198

Chapitre 8 : Le « génie épidémique » au fondement de la ville coloniale 199
1. Bassam ville épidémique 200
1. Le contrecoup quarantenaire 202
2. Comprendre et se prémunir du mal. L'insoutenable incertitude du phénomène épidémique. 203
3. Abandonner Bassam 206
4. Loin de l'eau, loin des autres : La double mise à distance comme fondement de la ville coloniale 207
5. Abidjan ville vitrine 209
6. La paix par l'émergence économique : le retour de la vitrine 215
Conclusion 219

Chapitre 9 : Le choléra au temps d'Ebola. La Côte d'Ivoire post-conflit face aux épidémies 220
1. Le choléra au temps d'Ebola 223
2. Récits de l'arrivée du choléra à Abidjan 226
3. Contenter les morts et les vivants 232
4. Faire le silence. L'avènement d'un paracontrôle 234
5. Faire le bruit. Discours épidémiques : On, nous et l'Autre insalubre 245
Conclusion 268

Chapitre 10 : La visite redoutée de « Maman Bulldozer ». Logiques d'émergence et persistance des discours épidémiques sur quartier Zimbabwe, Abidjan 270
Introduction 270
1. Inspection sanitaire 271
2. Logiques d'émergence & discours épidémiques. 281
Conclusion 297

CINQUIÈME PARTIE : POLITIQUES VACCINALES 299

Chapitre 11 : La longue marche du vaccin 300
1. Un siècle d'hésitation vaccinale 300
2. L'improbable deuxième souffle des vaccins oraux 303
3. Revenir dans le présent 305
Conclusion 312

Chapitre 12 : À l'ombre du stockpile. Un vaccin entre success-story et sursis 313
1. Reformulations du vaccin -et des discours qui l'accompagnent 313
2. La frustration des médecins humanitaires 316
3. Réussir sa *Success story*. La première campagne vaccinale d'Afrique en Guinée Conakry 325

4. Les effets redoutés du vaccin sur le « watsan » 330
5. Se mesurer et se mesurer à l'autre 332
6. Mordre dans le futur : l'art philanthro-capitaliste du Market shaping 335
7. Use-it-or-lose-it – transformer l'essai 339
Conclusion 342

CONCLUSION GÉNÉRALE 344

BIBLIOGRAPHIE 362
Lexiques 379

ANNEXES 382
Annexe 1 Interlocuteurs cités dans le texte 383
Annexe 2 Tableau des 30 principaux auteurs et financements associé au réservoir environnemental. 385
Annexe 3 Tableau des financements de la recherche sur le réservoir environnemental. 389
Planche 1 – Images Satellite de Q. Zimbabwe (2001 à 2017) et carte prévisionnelle de travaux industriels 393

TABLE DES MATIÈRES 394