



HAL
open science

Gouvernance de la lutte contre Ebola en République de Guinée et production de citoyenneté

Waly Diouf

► **To cite this version:**

Waly Diouf. Gouvernance de la lutte contre Ebola en République de Guinée et production de citoyenneté. Sociologie. Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (Sénégal), 2019. Français. NNT: . tel-03214011

HAL Id: tel-03214011

<https://theses.hal.science/tel-03214011>

Submitted on 30 Apr 2021

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.

Copyright



UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES



ÉCOLE DOCTORALE « ÉTUDES SUR L'HOMME ET
LA SOCIÉTÉ » (ED ET.HO. S)



INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE
LA RECHERCHE MÉDICALE

Année : 2019

N° d'ordre : 000112

THÈSE DE DOCTORAT

Domaine : Sciences Humaines et Sociales

Mention : Sociologie

Spécialité : Socio-anthropologie de la santé

Présentée par :

Waly DIOUF

GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE EBOLA EN RÉPUBLIQUE DE GUINÉE ET PRODUCTION DE CITOYENNETÉ

Soutenue le 07 Décembre 2019 devant le jury composé de :

Président : Lamine NDIAYE, Professeur Titulaire des Universités, FLSH/UCAD

Rapporteurs : Mor NDAO, Professeur assimilé d'Histoire, FLSH/UCAD

Fred EBOKO, Directeur de recherche IRD Paris/Abidjan

Examineur : Fred EBOKO, Directeur de recherche IRD Paris/Abidjan

Directeur de thèse : Sylvain Landry Birane FAYE, Professeur Titulaire des Universités, FLSH/UCAD

DÉDICACES

Cette thèse est dédiée à mon père Michel Koumah DIOUF,

À ma mère Khady Makane LY DIOUF

&

À Tonton Jack NDOYE

RÉSUMÉ

Cette thèse analyse les réactions et mobilisations communautaires face à Ebola et aux technologies de sa gestion en République de Guinée entre décembre 2013 et juin 2016. Elle part du constat selon lequel, malgré la pluralité des acteurs engagés, des technologies mobilisées et des investissements multiformes, il y a eu une amplification des manifestations violentes et des attitudes de résistance communautaire avec comme corolaire une augmentation des cas d'infection et de décès.

Afin d'éclairer la compréhension de ces réactions et mobilisations que nous appréhendons à partir du concept d'engagement citoyen, nous mobilisons une approche d'anthropologie symétrique (Lavigne Delville, 2011 ; Latour, 1991) afin d'interroger autant les contextes historiques, sociopolitiques et ethnico-culturels de la Guinée mais également les modes de gouvernance de l'épidémie en République de Guinée.

Prolongeant notre réflexion dans un contexte post-épidémique ou certaines initiatives d'essais vaccinaux contre Ebola ont eu lieu, cette thèse cherche aussi à savoir dans quelle mesure les constructions et dynamiques de citoyenneté pendant l'épidémie ont pu influencer les modes de gouvernance l'action publique en République de Guinée à travers l'exemple de l'essai vaccinal PREVAC.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre théorique de l'anthropologie des politiques publiques de santé et de gestion des épidémies. Plus spécifiquement, nous empruntons le modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques de Eboko (2005) qui s'inspire de la tradition de l'approche séquentielle de Jones (1970) afin de réaliser une analyse de la gouvernance de la lutte contre Ebola en Guinée, considérée comme une forme d'action publique (Fred Eboko, 2015).

Mots clés : Ebola, Épidémie, Histoire, Culture, Politique, Gouvernance, Technologies, Citoyenneté, Essai clinique, Socio-anthropologie, Santé, République de Guinée

ABSTRACT

This thesis analyses community reactions and mobilisations in the face of Ebola and its management technologies in the Republic of Guinea between December 2013 and June 2016. It starts from the observation that, despite the plurality of actors involved, the technologies mobilised and the multiform investments, there was an increase in violent demonstrations and attitudes of community resistance, with a consequent increase in cases of infection and death.

In order to shed light on the understanding of these reactions and mobilisations, which we apprehend from the concept of citizen engagement, we mobilise a symmetrical anthropological approach (Lavigne Delville, 2011; Latour, 1991) in order to interrogate both the historical, socio-political and ethno-cultural contexts of Guinea and the modes of governance of the epidemic in the Republic of Guinea.

Extending our reflections into a post-epidemic context where certain vaccine trial initiatives against Ebola have taken place, this thesis also seeks to know to what extent the constructions and dynamics of citizenship during the epidemic have influenced the modes of governance of public action in the Republic of Guinea through the example of the PREVAC vaccine trial.

This thesis falls within the theoretical framework of the anthropology of public health policies and epidemic management. More specifically, we borrow Eboko's (2005) dissonant model of public policy analysis, which draws on the tradition of Jones' (1970) sequential approach, in order to carry out an analysis of the governance of the fight against Ebola in Guinea, considered as a form of public action (Fred Eboko, 2015).

Keywords: Ebola, Epidemic, History, Culture, Politics, Governance, Technologies, Citizenship, Clinical trial, Socio-anthropology, Health, Republic of Guinea

REMERCIEMENTS

Je me plierai, et avec le plus grand des plaisirs, à la tradition d'adresser mes remerciements à mon Directeur de thèse, le Professeur Sylvain Landry Faye. Son accompagnement depuis mes premiers pas à l'Université, ses lectures, critiques et orientations se concrétisent par cette étape ultime du processus de ma formation. Professeur Faye, au fil des années, est devenu plus qu'un enseignant. Il a été une référence, un ami, un parent et plus encore un confident. Je lui témoigne toute ma gratitude : *ce qui étonne, étonne une fois, mais ce qui est admirable est de plus en plus admiré* disait Joseph Joubert. Merci de faire partie de la courte liste des personnes qui inspirent ma vie et constituent mes références.

Merci à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) qui a financé cette thèse dans le cadre du projet REACTing (REsearch and ACTion targeting emerging infectious diseases) du programme Horizon 2020 de l'Union Européenne. Aux différents promoteurs de l'essai vaccinal PREVAC en Guinée, en particulier l'ONG The Alliance for International Medical Action (ALIMA) et l'INSERM je dis merci d'avoir mis à ma disposition le cadre et la logistique pour la conduite de mes activités de recherche. J'exprime également ma sympathie et ma reconnaissance aux Prof. Vinh-Kim Nguyen, Prof. Frédéric Le Marcis, Dr. Ramatou Ouédraogo ainsi qu'à tous les collègues de l'équipe de recherche anthropologique de l'essai PREVAC ainsi qu'à l'équipe de mobilisation communautaire.

Un grand merci à toute l'équipe de l'unité de coordination de la lutte contre l'épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) dans la préfecture de Coyah (région de Kindia) où j'ai déroulé la plus importante partie de mes activités de recherche. Je témoigne toute ma gratitude à Ousmane Soumah Lettres, responsable de la commission communication et mobilisation sociale au niveau de la coordination préfectorale de Coyah pour sa générosité et son accompagnement. Votre disponibilité et votre sens de la collaboration m'ont été d'un apport conséquent dans le processus de collecte de mes données.

Mes remerciements vont également à l'endroit de tous les Professeurs du département de Sociologie de la Faculté de Lettres et Sciences Humaines (FLSH) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) qui m'ont encouragé et soutenu tout au long de ce travail. Merci à vous

Prof. Tidiane Ndoye, Directeur du département de sociologie de la FLSH/UCAD pour le soutien moral durant les périodes difficiles, mais surtout de m'avoir rappelé que la thèse est un exercice de discipline individuel. J'exprime également mes remerciements à l'endroit du Laboratoire de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie (LASAP) ainsi qu'à l'équipe de l'École Doctorale Étude sur l'Homme et la Société (ED ETHOS) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, en particulier le Directeur Prof. Lamine Ndiaye.

Ma très chère épouse Aïssatou Mbengue Diouf, dame de l'ombre ! Dans les coulisses de cette thèse, tu as su être une femme, une amie, une force pour me rappeler toujours mon devoir d'honorer ma famille en rédigeant cette thèse. Je te remercie d'avoir été compréhensive et surtout patiente durant cette période qui a coïncidé à notre première année de mariage et où tu as eu une rivale de taille, cette thèse. Que Dieu bénisse notre union et nous accorde beaucoup de grâce afin que je fasse de toi la mère de mes enfants et la femme la plus heureuse.

À Tata Marie Ly Ndong aînée de notre famille, mes sœurs Ndé Pod Diouf, Dr. Capitaine Khady Marie Agnès Diouf, Mame Tening Diouf, Diouma Diouf, Amy Daba Diouf, Diayenaba Diouf, mon frère Waly Shuan Diouf, mes oncles, mes tantes, mes mamans Adjaratou Fama Ndir et Dieynaba Diop, je dis merci de m'avoir accompagné, encouragé et soutenu durant les heureux comme dans les moments difficiles de ma vie.

Je voudrais également dire un merci en particulier à Père Jack Ndoye qui m'a conseillé et accompagné pour mon orientation au département de sociologie. Vous dédier ce travail est la seule manière que j'ai trouvée pour vous remercier pour votre altruisme. Qu'Allah vous récompense pour cet acte que je n'oublierai jamais de ma vie.

Merci à toutes les personnes avec qui j'ai partagé mon parcours universitaire et ces années de thèse. Je n'oublie pas aussi mes aînés du département de Sociologie en particulier Dr. Mouhamed Ahmed Badji, Dr. Albert Gauthier Ndione, Dr. Mame Soukèye Mbaye, Dr. Fatoumata Binta Samb, Dr. Papa Ngor Sarr Sadio et Sidy Ba qui m'ont toujours orienté et soutenu par leur expérience dans la recherche, ainsi que tous les étudiants du département de sociologie.

SOMMAIRE

DÉDICACES.....	II
RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	IV
REMERCIEMENTS	V
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
PREMIÈRE PARTIE : QUESTIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES ET POSTURES MÉTHODOLOGIQUES.....	16
CHAPITRE I : L'OBJET DE RECHERCHE	17
1.1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	17
1.2 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	60
1.3 CONCEPTS OPÉRATOIRES DE RECHERCHE	62
CHAPITRE II : CADRE ANALYTIQUE DE RÉFÉRENCE	70
1.1 L'ANTHROPOLOGIE SYMÉTRIQUE, UNE POSTURE MÉTHODOLOGIQUE D'ANALYSE DE L'ACTION PUBLIQUE.....	70
1.2 MODÈLE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE	75
1.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	80
CHAPITRE III : TERRAINS ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	81
1.1 TERRAINS DE L'ÉTUDE	81
1.2 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	96

1.3	HISTOIRE DE LA COLLECTE : VERS UN RETOUR RÉFLEXIF.....	105
1.4	ASPECTS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE.....	111
CONCLUSION PARTIELLE		114
DEUXIÈME PARTIE : ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE		115
INTRODUCTION PARTIELLE.....		116
CHAPITRE I : NAISSANCE ET DYNAMIQUES SPATIO-TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE.....		117
1.1	EBOLA EN GUINÉE : HISTOIRE CONTROVERSÉE D'UNE « MALADIE MYSTÉRIEUSE »	117
1.2	DYNAMIQUES GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE.....	135
1.3	LA RÉSURGENCE D'EBOLA EN GUINÉE	147
CHAPITRE II : GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA.....		159
1.1	HISTORIQUE DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE EBOLA EN GUINÉE.....	161
1.2	LES ARÈNES DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE : UN CADRE DE PRODUCTION DE L'ACTION PUBLIQUE.....	190
1.3	LES TECHNOLOGIES DE LA LUTTE CONTRE EBOLA EN GUINÉE	204
CHAPITRE III : LA RIPOSTE À L'ÉPREUVE DE L'ENGAGEMENT CITOYEN EN GUINÉE.....		222
1.1	EBOLA ET PRODUCTION DE « RUMEURS » : DISCOURS PLURIEL AUTOUR D'UN PROBLÈME DE SANTÉ	225
1.2	RÉACTIONS DES POPULATIONS FACE AUX TECHNOLOGIES DE LA RIPOSTE	240
CONCLUSION PARTIELLE		270
TROISIÈME PARTIE : GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE EBOLA ET PRODUCTIONS DE CITOYENNETÉ		273
INTRODUCTION PARTIELLE.....		274
CHAPITRE I : UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET HISTORIQUE QUI INFLUENCE L'EXPÉRIENCE D'EBOLA EN GUINÉE		275

1.1	L'ETHNICITÉ, UNE PROBLÉMATIQUE AU CŒUR DE L'HISTOIRE SOCIOPOLITIQUE DE LA GUINÉE	275
1.2	GUINÉE 2013, UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉPIDÉMIE	289
CHAPITRE II : UNE GOUVERNANCE BIOMÉDICALE ET EXTRAVERTIE D'EBOLA.....		303
1.1	UNE PREPAREDNESS LIMITÉE AUX ASPECTS TECHNIQUES ET BIOMÉDICAUX ET QUI OCCULTENT LES DIMENSIONS SOCIALES ET POLITIQUES DES QUESTIONS DE SANTÉ	303
1.2	LES APORIES AUTOUR DE LA COMMUNICATION SUR EBOLA EN GUINÉE : TERREAU FERTILE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE RUMEURS 322	
1.3	ENGAGEMENTS CITOYENS DANS LA LUTTE CONTRE ÉBOLA EN GUINÉE.....	334
CHAPITRE III : ENGAGEMENTS CITOYENS DANS UN ESSAI VACCINAL SUR EBOLA DANS UN CONTEXTE POST-ÉPIDÉMIQUE		345
1.1	PREVAC : UN ESSAI VACCINAL PRÉVENTIF CONTRE ÉBOLA BASÉ SUR LE « PARTENARIAT »	345
1.2	ATTITUDES POST-EBOLA : VERS UNE RECONFIGURATION DE LA CITOYENNETÉ EN GUINÉE	361
1.3	UNE APPROCHE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE PROMOTRICE DE L'EXPRESSION D'UNE CITOYENNETÉ SANITAIRE.....	399
CONCLUSION PARTIELLE		415
CONCLUSION GÉNÉRALE		418
BIBLIOGRAPHIQUES.....		425
LISTE DES TABLEAUX.....		438
LISTE DES FIGURES.....		438
LISTE DES PHOTOS.....		440
TABLE DES MATIERES.....		443
ANNEXES.....		449

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ALIMA : Alliance pour la Recherche Médicale Internationale

APGA : Association des Personnes Guéries et Affectées d’Ebola

ASEOWA: African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa

BAD : Banque Africaine de Développement

CDC : Center for Disease Control

CEDEAO : Communauté Économique des États de l’Afrique de l’Ouest

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIBU : Cellule d’Intervention Biologique d’Urgence

CR : Croix-Rouge

CRF : Croix-Rouge Française

CRG : Croix-Rouge Guinéenne

CTE : Centre de Traitement Ebola

CVV : Comité de Veille Villageois

CVQ : Comité de Veille de Quartier

CNOSCG : Conseil Nationale des Organisations de la Société Civile de Guinée

ECHO: European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations

EDS : Enterrement Digne et Sécurisé

FICR : Fédération Internationale de la Croix-Rouge

IMC : International Medical Corps

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MSF : Médecins Sans Frontières

MVE : Maladie à Virus Ebola

NIH : National Institutes of Health

OIM : Organisation Internationale pour la Migration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

PAM: Programme Alimentaire Mondiale

USAID: United States Agency for International Development

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La Maladie à Virus Ebola (MVE) est une infection virale provoquée par le virus Ebola. Celui-ci tire son nom de la rivière qui traverse le village de Yambuku au Nord de la République Démocratique du Congo (RDC), qui en 1976 a connu avec le village de Nzara au Soudan du Sud une flambée simultanée qui sera considérée comme la première épidémie d’Ebola. Celle-ci a été l’occasion d’identifier le virus responsable de cette maladie jusque-là inconnue du monde biomédical. Une vingtaine de flambées épidémiques a par la suite été enregistrée entre la période de 1976 et 2012 particulièrement en Afrique Centrale. La région Ouest du continent avait connu, en novembre 1994, un premier cas isolé identifié en Côte d’Ivoire chez une éthologue qui faisait une nécropsie sur un chimpanzé¹².

L’épidémie d’Ebola qui est déclarée officiellement en Afrique de l’Ouest à partir de mars 2014 va se distinguer des épisodes jusque-là connus de cette zoonose en raison de sa durée, l’espace géographique concerné, mais également de par sa létalité. Les statistiques officielles affichent un total de plus 28 616 cas dont 11 310 décès notifiés répartis sur les trois (3) pays les plus affectés à savoir la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone (OMS, Rapport de situation, 30 mars 2016)³. En d’autres termes, cette nouvelle épidémie a occasionné plus de pertes en vies humaines que l’ensemble des épidémies connues depuis 1976. L’importance des cas confirmés et leur évolution croissante dans le temps ont conduit l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à porter le niveau d’alerte à celui d’urgence de santé publique de portée internationale à partir du mois d’août 2014.

En République de Guinée, l’histoire d’Ebola commence lorsque les médias locaux et même internationaux ont relayé l’information sur une « maladie inconnue », caractérisée de

¹ « Ebola Côte d’Ivoire Outbreaks », s. d. Consulté le 16 avril 2016. <https://virus.stanford.edu/filo/eboci.html>.

² Une étude aux preuves sérologiques limitées faisait cependant état d’une épidémie d’Ebola en Guinée en 1982 à Madina Oula dans la préfecture de Kindia. <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1987-80-4-607-612.pdf>

³ <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-30-march-2016>

« mystérieuse », qui provoque des cas de décès répétés durant le début de l'année 2014 dans la région naturelle de la Guinée-Forestière. À Macenta et à Guéckédou particulièrement la survenue de la maladie provoque une réelle psychose chez les populations et les autorités sanitaires. De leur côté, les professionnels de la santé sont confrontés à la difficulté de l'identification de la maladie responsable de ces cas de décès successifs.

Le 10 mars 2014, les autorités sanitaires de Guéckédou et Macenta lancent une alerte au ministre de la Santé pour notifier le développement d'une maladie « mystérieuse » sans diagnostic précis, alerte remontée deux (2) jours plutôt par les agents de l'organisation médicale internationale Médecins Sans Frontières (MSF)⁴ qui intervenait déjà dans la zone (Baize et al., 2014). La maladie se caractérise par de la fièvre, une diarrhée sévère, des vomissements et un décès rapide des patients. Le qualificatif de « mystérieux » associé à la maladie résulte du fait qu'elle s'apparente de par ces symptômes à des maladies endémiques à l'instar du paludisme, de la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le choléra ou encore la gastro-entérite, mais ne répond au diagnostic ni au traitement d'aucune de ces maladies. Le Dr Sakoba Keita, chef de la division prévention au ministère de la Santé fit à l'époque une déclaration en ces termes :

« Une maladie fébrile dont les premiers signes ont été décelés le 9 février a fait au moins 23 morts, dont le directeur de l'hôpital préfectoral de Macenta (Sud) et trois autres agents (hospitaliers) sur 36 cas. La préfecture de Guéckédou (Sud) est la plus touchée avec 13 décès pour 19 cas. La maladie se manifeste par la fièvre, la diarrhée, les vomissements et le saignement chez certains patients. »⁵

La forte létalité qui caractérisait l'épidémie et le fait qu'elle touchait même le personnel de santé avaient fini par créer une véritable psychose autant du côté des professionnels de santé que des populations. Des missions étaient dès lors organisées par les différents départements du ministère

⁴ Médecins Sans Frontières est présente en Guinée depuis 2010, au travers de projets de lutte contre le VIH/sida à Conakry et le paludisme à Guéckédou, ainsi que des interventions d'urgence. Au cours des dernières années, l'organisation médicale a notamment répondu à des épidémies de choléra et de méningite.

⁵ « Une mystérieuse maladie tue 23 personnes en Guinée - Le Parisien ». Consulté le 12 janvier 2017. <http://www.leparisien.fr/international/une-mysterieuse-maladie-tue-23-personnes-en-guinee-20-03-2014-3690977.php>.

de la Santé avec un accompagnement de MSF pour essayer de comprendre et de mettre en œuvre des mécanismes de prise en charge de la situation. Du fait de l'indisponibilité d'un laboratoire pour réaliser des investigations approfondies, les échantillons de sang prélevés sur des patients avaient été envoyés au niveau des laboratoires P4 Jean-Mérieux-Inserm de Lyon (France), à l'Institut Bernhard Nocht de Hambourg (Allemagne) et à l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

La multiplication des cas de décès et l'insatisfaction des réponses biomédicales avaient, quant à elles, produit une crise sociale au niveau de la Guinée-Forestière et entraîné les populations à chercher des réponses face aux événements qu'elles expérimentaient. Dès lors, les discours d'apaisement des autorités sanitaires se croisaient avec des construits sociaux qui foisonnaient dans tout le pays. La peur ne concernait pas seulement les résidents de la Guinée-Forestière, mais interpellait très rapidement la population guinéenne dans son ensemble. L'importance de la mobilité des biens et des personnes entre la Guinée-Forestière et l'axe menant vers la capitale Conakry indiquait un élargissement des foyers de contamination sur le territoire national, mais aussi au niveau du Liberia et à la Sierra Leone qui partage une frontière avec la Guinée sur cette zone.

Le 22 mars 2014, les résultats des tests effectués sur les échantillons envoyés en France étaient mis à disposition des autorités sanitaires de la Guinée. Le diagnostic révélait qu'il s'agissait de la fièvre hémorragique à virus Ebola⁶. Le 23 mars 2014, l'État fait un communiqué officiel pour déclarer une épidémie d'Ebola dans son territoire. Le premier rapport sur l'épidémie fait état de 49 cas de contamination, dont 29 décès, donc une létalité de plus de 50 %. Dès lors, une batterie d'interventions commence à être mise en œuvre à travers la réactivation du comité national de crise dont le mandat est d'intervenir sur la gestion des conflits ou catastrophes naturelles.

⁶ L'utilisation de l'expression fièvre hémorragique à virus Ebola s'explique par le besoin de se conformer à l'appellation initiale qui mettait l'accent sur certains symptômes comme la fièvre et les hémorragies. Cependant, il importe de préciser que de manière dynamique et en particulier avec l'épidémie de 2014, on a beaucoup plus préféré parler de Maladie à Virus Ebola selon l'OMS car la caractéristique de « maladie hémorragique » correspondait de moins en moins aux connaissances nouvelles autour de la maladie.

Le pays va aussi lancer un appel à la communauté internationale pour une assistance sanitaire d'urgence. De part et d'autre, les partenaires vont petit à petit manifester leur soutien à la Guinée. À partir du mois d'avril 2014, des cas d'infection vont être notifiés au Liberia et en Sierra Leone. Le caractère transfrontalier que prend l'épidémie va ainsi conduire la communauté internationale, en particulier l'OMS à s'impliquer dans la coordination des interventions de lutte contre l'épidémie dans le triangle formé par ces trois pays de l'Afrique de l'Ouest. Dans un entretien accordé à la chaîne de télévision France 24, Marc Poncin, coordinateur d'urgence pour MSF à Conakry (Guinée), déclare que :

« L'épidémie a désormais un vrai aspect sous régional, elle a débordé dans deux pays voisins. Un tiers des patients de Guékédou viennent de Sierra Leone. Par ailleurs, il y a un vrai problème de non-adhésion des populations aux mesures de contrôle, certaines allant jusqu'à remettre en cause l'existence même d'Ebola. »⁷

La réponse à l'épidémie s'organise dès lors à travers la mobilisation des différentes institutions humanitaires ainsi que la société civile nationale et internationale, mais aussi par le transfert de technologies qui ont déjà été mises à l'œuvre dans la gestion d'épidémies antérieures d'Ebola. En Guinée, les différents acteurs impliqués se retrouvent dans un dispositif dénommé Riposte. De manière concrète, la lutte contre l'épidémie se décline en axes d'intervention dans lesquels s'impliquent les différents acteurs : la coordination de la réponse, l'identification et la prise en charge des cas de malades dans des structures spécialisées, la prévention et le contrôle des infections, la logistique, la communication et mobilisation sociale sur l'épidémie, etc.

Du côté de la population, il s'observe un ensemble de réactions face à l'intervention des équipes d'humanitaires venues en réponse à la crise sanitaire. En effet, les différents efforts engagés par les acteurs sont contraints par des attitudes de rejet et de défiance d'une certaine partie de la population. Concrètement, il s'observe un refus de se soumettre aux différents mécanismes définis pour lutter contre Ebola : les familles refusent d'envoyer leurs parents malades au niveau des centres de traitement, de laisser les équipes de la Croix-Rouge procéder aux enterrements sécurisés

⁷ <https://observers.france24.com/fr/20140626-virus-ebola-guinee-difficile-sensibilisation-populations>

des personnes décédées dans les zones infectées, de pulvériser les espaces fréquentés par des personnes confirmées ou suspectées d’Ebola, mais aussi d’observer la période de suivi des contacts.

Si les attitudes de défiance se manifestent par une forme pacifique dans ces différentes situations que nous avons décrites, l’imposition des modes de gestion de l’épidémie par les acteurs, en particulier l’État avec la mobilisation des forces de l’ordre, conduit les populations à engager une résistance. Des attitudes de négation de la maladie au rejet des technologies introduites par les acteurs de la lutte, la réaction des populations va prendre un caractère violent. Ainsi des refus d’aller vers les CTE aux pratiques d’enterrements clandestins, les comportements hostiles passent à un niveau supérieur avec des attaques perpétrées contre les équipes d’humanitaires, le pillage des équipements des acteurs (voitures, CTE, dispositif de lavage des mains, etc.). L’expression la plus manifeste de cette violence sera observée en septembre 2014 à Womey où huit (8) membres d’une délégation composée d’autorités politiques et administratives seront assassinés à la suite d’une activité de sensibilisation sur Ebola.

À partir de l’automne 2014, alors que l’épidémie commençait à être maîtrisée en Guinée-Forestière, il s’observe un déplacement des foyers contamination au niveau de la Basse-Guinée qui devient le nouvel épicode. Toutefois, des comportements et discours similaires à ceux observés en Guinée-Forestière vont se développer en Basse-Guinée : la négation de la maladie, les comportements hostiles à l’intervention des acteurs sont remis à jour et vont s’intensifier malgré le transfert du dispositif de lutte contre l’épidémie qui a géré l’épidémie en Guinée-Forestière. Cette phase va être la plus critique de l’épidémie avec l’augmentation du nombre de cas malgré les différentes actions de lutte développées pendant cette période. D’ailleurs le bilan contre-productif de la campagne « Zéro Ebola en 60 jours » conduisait le chargé de la communication de la coordination nationale de riposte contre Ebola à constater que :

« Zéro Ebola en 60 jours supposait zéro réticence en soixante jours, zéro enterrement non sécurisé, et zéro transfert de corps d’une localité à une autre. Malheureusement, nous ne sommes pas parvenus à zéro Ebola à Conakry, Forécariah, Kindia, Coyah, Dubréka... Cela indique que cela est dû à l’opposition catégorique des populations aux interventions... La

réticence des populations est notre adversaire... ce qui fait que la maladie persiste dans certaines localités. »⁸

Cependant, il importe de préciser que les comportements de la population caractérisés de « réticence » par la Riposte ne sont pas une particularité de la Guinée. Des attitudes similaires ont été observées dans différents pays de l'Afrique centrale ayant connu des flambées d'Ebola (Gasquet-Blanchard 2010 ; Faye, 2015b), mais également au Libéria et en Sierra Leone. Par contre, l'ampleur, l'intensité et les discours qui accompagnent les attitudes de défiance observées traduisent des relations particulières des populations face à Ebola et aux mécanismes de sa gestion en Guinée.

Dans l'optique de réduire les tensions avec les populations, la Riposte va introduire la collaboration comme nouvelle forme d'interaction avec la communauté. En mobilisant le principe de la participation communautaire dont la pertinence est bien documentée en santé publique, la Riposte va développer des initiatives d'implication des populations dans les actions de lutte contre l'épidémie d'Ebola. Cet engagement de la communauté par la Riposte se matérialise par la contractualisation avec des structures à base communautaire, mais également l'érection de dispositifs communautaires (les comités de veille, les comités de levée de réticence, etc.) au niveau des différents quartiers et districts sur le territoire national.

Malgré ces différents mécanismes développés, la Riposte rencontre du mal à faire adhérer les communautés dans son mode de gestion de l'épidémie. Dans différents quartiers ou villages en Guinée, les acteurs des structures communautaires mobilisées et mandatées par la Riposte ont du mal à mettre en œuvre leurs activités ; ils vont même devenir la cible des nouvelles formes de violence. Les tensions qui vont s'observer entre les populations et les acteurs inscrits dans ces structures au nom de la participation communautaire déclinent ainsi la persistance des attitudes de défiance des populations ayant cette fois-ci, la caractéristique singulière d'être orientée vers des catégories d'acteurs investit en raison de leur statut et de leur appartenance à ces populations.

⁸ <https://www.visionguinee.info/2015/03/14/la-strategie-zero-ebola-en-60-jours-a-echoue-voici-les-raisons>

Cette difficulté du dispositif à faire accepter ses mécanismes de lutte va déteindre sur ses capacités de gestion de l'épidémie. Ainsi malgré la pluralité des acteurs engagés, des technologies mobilisées, mais également des investissements multiformes, on assiste à une amplification de la chaîne de transmission et des attitudes de résistance communautaire traduisant entre autres les multiples manifestations des échecs de la Riposte. Quelques mois plus tard quand l'épidémie migre de la Guinée-Forestière vers la Basse-Guinée, l'observation des mêmes événements accorde tout un crédit à l'analyse de la construction sociopolitique de la gouvernance l'épidémie, c'est-à-dire l'ensemble des processus technico-politiques et sociaux à partir desquels les différents acteurs agissent pour lutter contre Ebola en Guinée.

Cette thèse, tel que son intitulé l'indique, s'intéresse donc à lire les différents éléments qui pourraient permettre de comprendre et d'expliquer les relations entre les différentes formes d'attitudes et de comportements observés pendant et après l'épidémie d'Ebola chez les populations en Guinée et la manière dont la Riposte construit et met en œuvre les interventions contre Ebola.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre théorique de l'anthropologie des politiques publiques de santé et de gestion des épidémies. Plus spécifiquement, nous empruntons le modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques de Eboko (2005) qui s'inspire de la tradition de l'approche séquentielle de Jones (1970) afin de réaliser une analyse de la gouvernance de la lutte contre Ebola en Guinée, considérée comme une forme d'action publique (Fred Eboko, 2015). L'intérêt d'un tel modèle réside dans le fait qu'il permet d'interroger la manière dont la gouvernance d'Ebola est définie et organisée, quels en sont les différents acteurs, les formes d'interaction entre l'État, les partenaires et les populations.

Ensuite, nous proposons aussi une approche d'anthropologie symétrique (Lavigne Delville, 2011 ; Latour, 1991) afin de prendre en compte les dimensions implicites et explicites des facteurs pouvant permettre de comprendre les attitudes et pratiques durant l'épidémie d'Ebola. Si une large littérature disponible autour de l'épidémie d'Ebola en Guinée consiste à discuter les facteurs socioculturels, nous nous proposons aussi de regarder du côté du contexte institutionnel et politique qui structurent aussi l'environnement de l'épidémie et également de porter un regard critique sur la manière dont le dispositif, en charge de conduire les actions, met en œuvre la gouvernance de la lutte contre Ebola. Interroger cette dernière est un des moyens pour appliquer

une approche symétrique en discutant dans quelle mesure le fait de regarder aussi du côté du dispositif de la lutte peut être productif.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons organisé notre travail en trois parties :

- Dans la première partie de cette thèse intitulée « Questions épistémologiques et postures méthodologiques », nous avons décliné le cadre théorique et méthodologique à partir duquel nous avons investi notre objet d'étude. Cette partie est constituée de trois chapitres et est organisée comme suit :
 - Dans le premier chapitre, nous avons, à partir d'un exercice de construction, essayé de décrire le cadre théorique à partir duquel nous comptons investir notre objet de recherche. Il s'est agi concrètement de décrire le processus de problématisation de notre objet d'étude, de préciser nos hypothèses de recherche, l'opérationnalisation des hypothèses ainsi que la définition des concepts opératoires de notre recherche.
 - Dans le second chapitre, nous nous sommes intéressés à la description du cadre analytique de référence dans lequel nous inscrivons notre recherche. Autrement dit, nous avons opéré une définition des termes et concepts opératoires de notre recherche, définis le modèle d'analyse ainsi que les différents objectifs de la recherche.
 - Dans le troisième chapitre, nous avons décrit le cadre d'étude et méthodologique de notre recherche. Nous avons d'abord décrit la zone géographique couverte avec une précision sur les différentes localités investies au cours de nos activités de recherche, fait un éclairage sur notre méthodologie de recherche et enfin proposé un chapitre réflexif sur l'histoire de la collecte qui tient compte autant de la pratique méthodologique observée, des outils et techniques de recherche mobilisés, mais également des difficultés rencontrées.
- La deuxième partie de cette thèse porte sur la description de l'épidémie en Guinée durant la période comprise entre la fin de l'année 2013 et le début du mois de juin 2016. Dans cette partie également, nous avons décrit les différents modes de gestion de l'épidémie ainsi que les différentes formes d'engagements citoyens de la population pendant l'épidémie, et même dans un contexte post-épidémique. De manière concrète, cette partie est divisée en trois chapitres :

- Dans le premier chapitre, nous avons à partir d'une approche rétrospective décrit l'émergence ainsi que les dynamiques spatio-temporelles d'Ebola en Guinée. Cet exercice nous a permis de revenir sur les différentes séquences de l'épidémie.
 - Dans le second chapitre, nous avons réalisé une ethnographie du dispositif de gouvernance d'Ebola en Guinée. Cette description tient compte des différents cadres de gouvernance, des différentes catégories d'acteurs impliquées, des formes de collaboration et interaction observées.
 - Dans le troisième chapitre, nous avons décrit les différents types de discours, attitudes, pratiques et réactions des populations de la Guinée face à l'épidémie et aux différents mécanismes. Cette description tient compte autant du contexte d'émergence de l'épidémie en Guinée-Forestière mais aussi de la dynamique de sa transition vers la Basse-Guinée.
- La troisième partie de cette thèse est consacrée à l'analyse et à l'interprétation des différents résultats de notre étude. Elle est composée de trois chapitres organisés comme suit :
- Dans le premier chapitre intitulé Contexte sociopolitique de la Guinée, nous avons analysé le contexte dans lequel naît et se développe l'épidémie d'Ebola. Si Ebola a été observée dans d'autres pays en 2014 (Liberia, la Sierra Leone, Nigéria, Mali, etc.), l'ampleur des dynamiques socio-familiales et politiques en Guinée reste inédite malgré le fait qu'elle ait enregistré moins de cas que le Liberia et la Sierra Leone. Cette particularité a dès lors nécessité un recul méthodologique pour analyser, à partir d'une perspective historique, les différents facteurs pouvant permettre de comprendre l'ampleur des formes complexes et plurielles de l'engagement citoyen en Guinée durant l'épidémie.
 - Au second chapitre, nous avons fait une lecture critique des pratiques de gouvernance de l'épidémie. La gestion d'Ebola en Guinée a connu un ensemble de dynamiques qu'il convient de restituer pour en comprendre les différentes productions. Cette lecture tient également compte des différents mécanismes et technologies à partir desquels s'organisent la lutte contre Ebola. L'objectif est ici d'analyser les processus sociotechniques à partir desquels ces outils ont été implémentés et d'en appréhender les différentes productions.

- Le troisième chapitre intitulé Problématique de la citoyenneté dans un contexte post-épidémique inscrit l'analyse dans la dynamique des activités de lutte contre Ebola. Les essais vaccinaux qui seront développés dans différents pays à la suite de l'épidémie 2014 expriment la mesure accordée à la menace que constitue Ebola sur la paix et la sécurité internationale. La continuité de ces recherches cliniques dans un contexte post-épidémique permet dès lors d'interroger la contemporanéité de l'engagement citoyen en Guinée. Nous avons basé notre analyse sur l'étude vaccinale PREVAC qui est basée sur le principe du partenariat communautaire. L'intérêt est ici de questionner la manière dont l'expérience de l'épidémie a pu influencer les attitudes et réactions communautaires face aux technologies vaccinales proposées à la fin de l'épidémie.

**PREMIÈRE PARTIE : QUESTIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES
ET POSTURES MÉTHODOLOGIQUES**

CHAPITRE I : L'OBJET DE RECHERCHE

1.1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Le 1er juin 2016, la République de Guinée devient officiellement indemne d'une épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi dans le pays depuis la fin de l'année 2013. Voilà plus de deux (2) années où la Guinée avec les différents appuis reçus de la communauté internationale a combattu contre la plus meurtrière des épidémies déclarées d'Ebola. Les bilans font état d'une mortalité importante au niveau de la région Ouest de l'Afrique mais également de cas d'infection enregistrés même hors de l'Afrique. L'ampleur de la menace sur la paix et la sécurité à l'échelle du monde a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à faire monter le niveau d'alerte et à déclarer l'épidémie comme une urgence de santé publique de portée internationale en août 2014. Pendant plus de deux années successives, la Guinée a connu un ensemble d'événements qui reste encore gravé sur la mémoire collective et historique de ce pays.

L'épidémie d'Ebola qui a touché la Guinée, la Sierra Leone et le Liberia en particulier en 2014 a eu un caractère inédit. Pour la première fois, une épidémie d'Ebola sévit dans des zones urbaines et s'étend sur une période de plus deux années. Le dynamisme des flux en zone frontalière où les premiers foyers se déclarent va ainsi favoriser une diffusion rapide de l'épidémie au niveau des pays frontaliers contrairement à ce qui était observé dans les anciennes flambées qui émergeaient le plus souvent à partir de zones enclavées et reculées par rapport aux grands centres urbains. La Guinée-Forestière où se déclare l'épidémie se caractérise par son statut de zone carrefour vu sa position géographique et ses frontières communes avec le Liberia la Sierra Leone. Cette position en fait une zone de flux très dynamique en particulier avec les échanges commerciaux, mais également les relations sociales entretenues par les communautés au-delà des frontières héritées de la période coloniale. C'est ce qui produira dès le début du mois d'avril 2014, la notification des premiers cas de malade d'Ebola au Liberia puis en Sierra Leone.

« Pour le moment, la situation est bien maîtrisée et nous touchons du bois pour qu'il n'y ait pas de nouveaux cas. » **Déclaration du Président Alpha Condé à la tribune de l'OMS, Genève, avril 2014.**

À partir du mois de juin 2014, l'organisation médicale internationale Médecins Sans Frontières (MSF) va lancer des alertes à l'OMS et à la communauté internationale pour une assistance médicale des zones infectées. Toutefois, la réponse des institutions internationales connaît du retard en raison des atermoiements de l'État de la Guinée et de l'OMS exprimant plutôt une maîtrise de la situation dans leurs discours. En d'autres termes, au moment où MSF déclarait l'épidémie comme étant « hors de contrôle »⁹, l'État guinéen pour son compte développait un discours allant plutôt dans le sens d'une épidémie locale qui se développe sur la partie Sud du pays et qui à l'instar des flambées classiques d'Ebola ne risque pas de prendre de l'ampleur.

Par ailleurs, les prises de position publiques de MSF sur la situation sanitaire en Guinée contredisaient le discours officiel du gouvernement. Ces attitudes de l'organisation sont interprétées comme une forme d'ingérence et produisent par conséquent des malentendus entre le gouvernement et MSF. Le Président guinéen avançait déjà vers le mois de mai 2014 un discours empreint de critique et de suspicion à l'endroit de MSF et dénonçait une forme d'instrumentalisation de la crise sanitaire dans son pays par l'organisation pour se faire une santé financière : « les Médecins Sans Frontières ne nous ont pas aidés, ils ont fait des communications pour qu'ils aient assez d'argent »¹⁰. Ceci le conduisit même à demander à MSF des comptes sur son implication dans la gestion de la crise sanitaire, et même à considérer que « tout n'est pas parfait dans leur comportement »¹¹.

La réponse des représentants de MSF ne va pas se faire attendre face à ces accusations qu'ils considèrent comme outrancières pour l'organisation humanitaire qui a été l'un des premiers

⁹ Médecins Sans Frontières, *Au-delà de nos limites. Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire*, MSF, mars 2015, <http://www.msf.fr/actualite/publications/ebola-rapport-au-dela-nos-limites>

¹⁰ « Ebola en Guinée : Quand Alpha Condé s'en prend à MSF, l'ONG de son "ami-jumeau" Bernard Kouchner », *Africaguinee.com*, 12 mai 2014, <http://www.africaguinee.com/articles/2014/05/12/ebola-en-guinee-quand-alpha-conde-s-enprend-msf-l-ong-de-son-ami-jumeau-bernard>

¹¹ « Ebola : l'inertie des gouvernements mise en cause », *lemonde.fr*, www.lemonde.fr/afrique/article/2014/06/26/ebola-l-inertie-des-gouvernements-mise-en-cause_4446215_3212.html#0rOMzUZL4u7Q7fe9.99

acteurs à mobiliser un financement, des ressources humaines et de la logistique pour appuyer la Guinée face à une maladie dont le système de santé locale n'avait pas l'expertise.

« Nous étions interpellés par le Président de la République sur les financements que nous recevons. L'ONG Médecins Sans Frontières est le premier contributeur financier à la riposte d'Ebola. Nous avons dépensé environ 3 millions de dollars depuis le début de la maladie en Guinée. Nous comptons mettre encore un minimum de 2 millions de dollars juste pour la Guinée pour pouvoir répondre à l'épidémie... Cet argent vient en partie de l'Union Européenne, l'ambassade de Norvège entre autres. Mais les 50 % viennent des fonds propres de Médecins Sans Frontières. Il s'agit de l'argent collecté par les sections, dont la population française, Suisse, américaine, japonaise... Nous publions les comptes de Médecins Sans Frontières chaque année. Ils sont visibles sur le site de MSF, pour toutes les sections opérationnelles. Nous avons un audit indépendant, international qui est fait. Donc nous avons une transparence financière sans faille pour ce qui est des comptes de MSF. » **Marc Poncin, MSF, juin 2014**¹².

Comme le souligne Marc Poncin dans son article intitulé « À la rencontre des autorités nationales : l'expérience guinéenne de Médecins Sans Frontières pendant l'épidémie d'Ebola », il s'observe une certaine forme d'ambiguïté et de contradiction dans le discours des officiels Guinéens : d'un côté on semble féliciter l'intervention de MSF, et de l'autre, on est critique à l'égard de ses déclarations sur la situation sanitaire du pays. Pour illustrer son analyse, Poncin prend pour exemple les déclarations du Dr Diakité qui entre la période de mars 2014 à août 2014 a été le responsable du Comité national de crise sanitaire chargé de la réponse au plan national.

D'abord, le Dr Diakité soutient que « l'engagement de MSF [...] a été décisif et salutaire, notamment par l'ouverture des premiers centres de traitement et la prise en charge des malades » au moment où selon lui, « certains partenaires se sont montrés réticents à collaborer entre eux dans le seul but de décrocher le leadership de la Riposte¹³ et ainsi étendre leur influence sur le plan

¹² <http://afrinews.org/gestion-debola-mark-poncin-de-msf-repond-a-alpha-conde/>

¹³ Selon Fribault, « le terme de Riposte désigne officiellement le dispositif de gestion de la « crise » (l'épidémie), structuré en Guinée selon deux pôles : un Comité interministériel et une Cellule de Coordination nationale regroupant

international » (Poncin, 2016, p.2). Dans une seconde temporalité, Diakité déclare dans un article publié dans la revue Alternatives Humanitaires que « le comité national de crise sanitaire a eu toutes les difficultés à contrôler les déclarations d'ONG à l'international, notamment celles de MSF, qui pouvaient compliquer la tâche des gouvernants et n'étaient pas de nature à rassurer les investisseurs en Guinée : qu'il suffise de se souvenir du désarroi provoqué au sein des compagnies minières et aériennes ! » (Diakité, 2016, p.2). Il convient de rappeler que la déclaration d'une épidémie est une prérogative de l'État qui dispose d'une souveraineté sanitaire dans les limites de son territoire national. Le Président de la Guinée ira jusqu'à adresser des critiques à MSF, mais également à l'OMS sur leur manière de gérer la crise sanitaire qui sévit dans son pays en particulier sur la communication autour d'Ebola.

« L'Organisation mondiale de la Santé et Médecins Sans Frontières ont mal communiqué au début. Ils n'ont pas dit qu'Ebola, qui est une épidémie grave, n'est pas nécessairement une maladie mortelle. Donc si vous ne dites pas à un malade qu'il peut guérir pourquoi voulez-vous qu'il aille à l'hôpital » **Déclaration du Président Alpha Condé dans un entretien avec la BBC.**

Cependant, les contradictions observées entre les discours du gouvernement autour de la situation sanitaire et la manière dont les médias internationaux et les acteurs intervenants, en particulier MSF, décrivent l'épidémie d'Ebola en Guinée vont déteindre sur la manière dont les populations expérimentent l'événement. En outre, les populations, considérées comme des bénéficiaires d'une intervention et qui sont mises hors du jeu des décisions de la gestion de la situation, réagissent en adoptant des comportements hostiles face aux différentes équipes humanitaires chargées de développer des interventions face à cette « mystérieuse maladie ». Le caractère « mystérieux », à partir duquel le problème de santé a été décrit bien avant son diagnostic, va conduire les populations à s'interroger sur sa nature et ses origines. Si le virus responsable de la fièvre hémorragique a été identifié depuis la première flambée déclarée d'Ebola en 1976 en République

l'ensemble des acteurs internationaux ainsi que les organismes non gouvernementaux nationaux. » (Fribault, 2015 :1). Dans le cadre de cette thèse nous emploierons le terme riposte en tenant compte de cette définition.

Démocratique du Congo par le médecin biologiste Peter Piot¹⁴, le développement brusque d’Ebola en Guinée conduit à un ensemble d’interrogations.

Une étude rétrospective menée par une équipe de l’OMS et des représentants du ministère de la Santé a permis de remonter au cas index de l’épidémie. Selon les rapports de cette mission, l’épidémie avait commencé depuis le mois décembre 2013 à Meliandou, un village reculé de la préfecture de Guéckédou¹⁵. L’enfant qui est considéré comme le premier cas de l’épidémie aurait souffert d’une maladie caractérisée par de la fièvre, des selles noires, des vomissements et en a succombé deux (2) jours plus tard. Même si la source effective de son infection reste à être clairement définie, les hypothèses tendent vers le contact avec des animaux sauvages en particulier des chauves-souris, potentiel vecteur du filovirus responsable de l’infection au virus Ebola. L’activité minière très développée en zone forestière a produit une déforestation notoire et un rapprochement des animaux sauvages des lieux d’habitation renforçant ainsi les possibilités de contact avec les populations. De plus, avant même la nouvelle flambée, les travaux du Center for Disease Control (CDC) d’Atlanta avaient avancé dans leurs hypothèses de recherche identifiant les chauves-souris frugivores comme étant les vecteurs du virus Ebola. Les avancées de la recherche autour d’Ebola ont permis également de distinguer un ensemble de symptômes pouvant permettre son diagnostic¹⁶. Le développement d’une maladie aux symptômes similaires avec des cas de décès successifs quelques moments après dans la famille du jeune enfant renforce l’hypothèse autour de son identification comme premier cas d’Ebola en Guinée.

À la suite de la déclaration de l’épidémie, l’État de la Guinée va commencer à mettre en œuvre les premiers mécanismes de gestion de l’épidémie. Il est appuyé dans cette entreprise par l’OMS dans la coordination des interventions, MSF dans l’installation et la gestion des unités de prise en charge des malades, mais également la Croix-Rouge qui s’implique dans la gestion des enterrements des

¹⁴ «1976, à la découverte du virus Ebola ». s. d. Consulté le 26 février 2017. http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/10/1976-a-la-decouverte-du-virus-ebola_4469215_3244.html.

¹⁵ «OMS | Les origines de l’épidémie d’Ebola 2014 ». WHO. Consulté le 30 janvier 2017. <http://who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/virus-origin/fr/>.

¹⁶ Nous nous proposons dans la suite de cette thèse de revenir sur les caractéristiques d’Ebola, ses symptômes ainsi que ses modes de transmission.

personnes décédées d’Ebola et du transfert des malades. Il importe également de noter l’implication de l’UNICEF pendant cette période dans la conduite des activités de communication et de mobilisation sociale des communautés. Les premiers messages de la communication décrivent Ebola comme une maladie mortelle et dont la contamination se produit suite à la manipulation ou la consommation de viande de brousse. Dans les différents pays touchés par l’épidémie, des mesures d’interdiction de commercialisation et de consommation de la viande de brousse sont introduites par les gouvernants.

« Pour le moment, nous demandons à la population [...] qu’elle écoute les recommandations des médecins, entre autres de ne plus manger la viande de brousse ».

Président Alpha Condé, avril 2014¹⁷.

L’émergence de l’épidémie en Guinée-Forestière ainsi que le contact avec les animaux sauvages ou la consommation de viande brousse identifiée dans les premiers messages comme la cause de la contagion au virus Ebola orientent chez certains, une compréhension de la maladie : en Guinée Ebola est conçue comme une maladie qui ne concerne que les Forestiers, une communauté connue dans ce type d’habitude alimentaire. Cette indexation est mal comprise par les Forestiers qui considèrent avoir toujours consommé ces types d’aliments sans observer une épidémie qui en résulterait. Cheikh Ibrahima Niang souligne à ce titre que « cette évocation de la “viande de brousse” prend place dans un contexte de déficit de communication. Les messages sont compris comme, véhiculant l’idée selon laquelle “manger de la viande d’animaux tels que la chauve-souris ou le chimpanzé causerait la maladie”. Or la consommation de viande de brousse n’est pas un sujet neutre : le discours dominant porte en germe la stigmatisation de certaines communautés, victimes de mépris ou de préjugés culturels que les messages officiels visant à prévenir la propagation de la maladie ne font que renforcer » (Niang, 2014, p.103). Par contre si la controverse autour de la nature et de l’origine d’Ebola reste une interrogation qui conduit les populations dans ces zones à en chercher un rationnel, l’amplification des cas de décès elle reste une réalité observable. Les cas

¹⁷ « Ebola : Conakry se veut rassurant, l’OMS tire la sonnette d’alarme ». *France 24*, 2 avril 2014. <http://www.france24.com/fr/20140402-virus-ebola-interview-alpha-conde-epidemie-guinee-Liberia-sierra-leone-senegal-arabie-saoudite>.

de foyers épidémiques se multiplient et concernent maintenant des localités en dehors même de la Guinée-Forestière avec les cas de contamination notifiés au Liberia et en Sierra Leone.

L'insatisfaction des populations face aux explications produites par les acteurs sur les événements qui se produisent de manière subite dans cette espace géographique conduit ces dernières à chercher à comprendre et à expliquer les événements qu'elles expérimentent. Ainsi, l'observation des cas de décès dans les mêmes familles va conduire à de nouvelles formes d'interprétation des événements qui se produisent dans les villages de la Guinée-Forestière. Le recours vers les tradipraticiens va accentuer les discours et conduire à une transition des rationnels autour de cette « maladie mystérieuse » vers le développement des théories du sort. Dans différentes localités, la théorie du sort s'accommode à partir de différents événements sociaux traduisant des formes de transgression des normes sociales : vol d'argent, usurpation du bien d'autrui ou d'une infortune relative au non-respect des interdits. Ces rationnels autour d'Ebola ne sont pas l'apanage de la Guinée. Dans le village de Koindu (District de Kailahun en Sierra Leone) par exemple, une femme a été indexée d'être à la base du premier foyer épidémique à la suite d'une relation extraconjugale (Niang, 2014, p.102). Cette situation favorise une résistance aux interventions introduites par l'État et ses différents partenaires et entretient un ensemble d'attitudes et de comportements favorable à la diffusion de la maladie.

En raison du développement de l'épidémie d'Ebola, l'OMS a ouvert sur Conakry un centre de coordination des activités de lutte contre Ebola. Cette mesure répond au besoin d'une coopération transfrontalière dans la lutte contre l'épidémie, qui est d'une certaine manière favorisée par la porosité des frontières et la mobilité des populations à la recherche de soins. Le premier laboratoire est installé à Guéckédou et les prélèvements effectués sur les différents malades y sont envoyés pour faire l'objet d'analyses. Le laboratoire de Guéckédou installé par l'OMS reçoit autant les échantillons des cas de la Guinée-Forestière où les premiers foyers ont été identifiés, mais également les échantillons du Liberia, qui au début ne disposait pas de cette technologie. MSF va de son côté installer au niveau de Guéckédou, de Macenta, mais également au niveau de la capitale Conakry des Centres de Traitement d'Ebola (CTE) pour la prise en charge des personnes malades ou suspectées d'Ebola et développe des activités d'investigation pour détecter les foyers épidémiques et organiser le transfert des malades vers les CTE.

Cependant, les différentes interventions développées par les acteurs en Guinée vont être confrontées aux réactions des populations. Dans différentes localités du pays, il s'observe des attitudes communautaires de défiance des équipes humanitaires. De manière concrète, les populations au niveau de différentes localités développent une résistance à la mise en œuvre des protocoles de gestion de l'épidémie : les familles refusent d'envoyer les malades au niveau des CTE, les villages interdisent l'arrivée des équipes d'humanitaires en barricadant les entrées avec des troncs d'arbre, les membres des familles de personnes suspectées ou décédées d'Ebola refusent de se soumettre au processus de suivi des contacts et refusent de laisser la gestion des enterrements de leurs parents décédés aux équipes de la Croix-Rouge.

Les recommandations d'internement des malades dans les CTE sont contrastées par les messages des activités de communication qui décrivent Ebola comme une maladie mortelle et dont on ne dispose ni de vaccin ni de traitement. En outre, le caractère fermé des CTE au début de leur mise en œuvre et l'importance de la mortalité dans ces lieux de soins conduisent les populations à développer un ensemble de discours sur les rationnels de l'orientation vers ces espaces, mais également sur les pratiques qui y sont faites. Des théories de trafic d'organe, d'extraction des fluides corporels, en particulier le sang, et de crémation des corps sont véhiculées au niveau de la population. À partir de ce moment, le refus d'envoyer les malades au niveau des CTE est associé à la préservation de la vie et de l'intégrité physique du malade face à ces espaces considérés comme des mouiroirs ou des lieux de trafic illicite d'organe humain. Les personnes qui acceptent malgré tout d'envoyer leurs malades dans ces structures sont accusées d'être complice de ces activités illicites développées par les humanitaires dont ils semblent tirer des profits.

La question financière va raviver les tensions entre les populations et les acteurs de la lutte contre Ebola. En réponse à l'appel à l'assistance fait auprès de la communauté internationale, la Guinée, au même titre que le Liberia et la Sierra Leone, va bénéficier de financements et de l'appui en ressources humaines et matérielles pour une réponse rapide à l'épidémie qui menaçait la sécurité mondiale au regard des cas qui commençaient même à être notifiés hors de l'Afrique. Mais la mise à disposition de ces ressources et leur déploiement, dans des pays marqués par une conjoncture politique, économique et sociale difficile, vont conduire les populations à s'interroger sur les motivations des acteurs locaux et internationaux quant à la mise à disposition de ces moyens. Partout en Guinée, on parle d'« Ebola business » faisant allusion à la manne financière engagée

dans le cadre de la réponse à l'épidémie et à la gratification offerte aux acteurs engagés dans le dispositif qui sillonnent le pays dans des voitures 4X4 sorties d'usine et qui logent dans les plus grands hôtels du pays. Ces comportements des acteurs alimentent un ensemble de discours autour de cet argent considéré comme une monnaie d'échange contre des vies humaines.

Juillet 2014, alors que les efforts consentis par l'État guinéen et ses différents partenaires ont permis de maîtriser les foyers épidémiques en Guinée-Forestière, on assiste à une réémergence de l'épidémie. Cette fois-ci, la maladie se déclare en Basse-Guinée, plus exactement à partir de Forécariah, zone frontalière avec la Sierra Leone. La mobilité des malades qui s'observent à partir de ce moment va conduire à une extension des zones de contamination. Ainsi, en dehors des difficultés de mise en œuvre des protocoles de gestion de l'épidémie, ces événements rendent compte de l'insatisfaction de certaines populations face aux mesures d'internement des malades dans les CTE qui ne dispose pas de traitement spécifique contre la maladie Ebola. Les recours orientés vers les structures de santé privées ou encore les tradipraticiens vont ainsi contribuer à véhiculer le virus sur l'étendue du territoire. Ces mouvements vont beaucoup s'observer vers la capitale qui va dès le mois de mars 2014, enregistrer ses premiers cas de contamination.

Que cela soit envers les acteurs qui sont considérés comme les diffuseurs de la maladie, les autorités politiques considérées comme des complices des étrangers pour tuer des populations ou même entre des communautés qui s'affrontent en convoquant des théories de jet de sort ou de conflits antérieurs, il est observé en Guinée un ensemble de mobilisation citoyenne qui traduit des réalités multiformes allant de la critique des autorités politiques, la méfiance manifeste de l'étranger et des institutions internationales, mais également au niveau même socio-familial où on assiste à des attitudes de rejet et de stigmatisation des malades (Faye, 2015a). Même après que la Guinée soit déclarée indemne de l'épidémie le 29 décembre 2015, lors de la résurgence de la maladie à virus Ebola en Guinée-Forestière dans la sous-préfecture de Koropara le 17 mars 2016, on retrouve les mêmes discours de négation de la maladie, les mêmes comportements et attitudes de défiance face au dispositif.

Si les différents acteurs de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en particulier l'OMS ont caractérisé les comportements des populations comme de la « réticence », nous nous proposons dans le cadre de cette thèse d'analyser ces réactions et attitudes des populations face à la maladie et aux

protocoles de gestion de l'épidémie en les considérant comme des formes d'engagement citoyen. Si l'usage de ces protocoles et technologies a conduit à des attitudes et comportements de résistance dans d'autres expériences (Gasquet-Blanchard, 2011), la fréquence et l'ampleur des réactions violentes des populations à l'égard des équipes d'humanitaires, mais également les dynamiques socio-familiales qui s'observent en Guinée orientent l'interrogation autour de cette situation particulière. Sous ce rapport, nous nous posons la question de savoir : **qu'est-ce qui explique les engagements citoyens multiformes qui s'observent chez les populations en République de Guinée durant la période de l'épidémie ?**

Il importe de rappeler qu'une bonne production littéraire a été adressée à la problématique des réactions communautaires en Guinée face à la maladie à virus Ebola et aux technologies de sa gestion. Le caractère particulier des discours, des attitudes et des comportements des populations durant la période de l'épidémie a attiré l'attention de plusieurs chercheurs. Afin de nous inscrire dans la démarche méthodologique de construction d'une problématique sociologique, nous allons faire une revue de littérature des différentes productions pouvant nous permettre de mieux asseoir notre objet d'étude. Pour ce faire, nous allons faire une analyse thématique de la littérature autour de l'épidémie d'Ebola en Guinée.

1.1.1 Ebola à l'épreuve des contextes ethnico-culturels et sociopolitiques de la Guinée-Forestière

1.1.1.1 Ebola en Guinée-Forestière : une confrontation entre le biomédical et le culturel

Dans la documentation disponible sur l'épidémie d'Ebola en Guinée, différents auteurs ont essayé d'analyser l'effet des contextes culturels spécifiques des zones où se développe la nouvelle flambée. L'Afrique de l'Ouest enregistre, à partir de la Guinée, sa première véritable épidémie d'Ebola plus de trente ans après la première épidémie déclarée d'Ebola en République Démocratique du Congo (RDC). L'émergence d'une telle maladie dans un espace qui n'a jamais connu une telle maladie¹⁸ va conduire au développement d'un ensemble de dynamiques socio-

¹⁸ Dans les développements de cette thèse, nous reviendrons sur le cas unique d'infection à Ebola enregistré en 1994 en Côte d'Ivoire et la suspicion d'une flambée antérieure d'Ebola en Guinée en 1982.

familiales et politiques dans les pays concernés par l'épidémie. Dans son article intitulé « Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest region of the Republic of Guinea », James Fairhead s'interroge sur les facteurs pouvant permettre de comprendre les résistances régulières des populations dans la région de la Guinée-Forestière face aux activités de la lutte contre l'épidémie d'Ebola. Son analyse s'intéresse d'abord aux facteurs culturels, mais également à la problématique de la violence structurelle qu'elle soit locale, c'est-à-dire produite par l'action de l'État ou en rapport avec les organismes humanitaires internationaux venus répondre à la situation d'urgence sanitaire.

La déclinaison de l'importance du risque d'infection et de diffusion de la maladie liée aux pratiques culturelles de gestion des corps, des personnes décédées d'Ebola et d'organisation des cérémonies funéraires va conduire les acteurs à beaucoup plus s'orienter vers la mise en place de protocoles de gestion sécurisée des enterrements. Vers le mois d'octobre 2014, on constate que plus de 60 % des nouvelles contaminations sont relatives à la participation à des funérailles ou aux soins des malades (OMS, 2014 ; Fairhead, 2016). Pourtant, il est connu, et cela depuis les précédentes épidémies d'Ebola que la gestion des espaces mortuaires et le contact avec les cas de malades ou la manipulation des personnes décédées d'Ebola constituent les plus grands modes de contamination au virus Ebola (Hewlett & Hewlett 2008 ; Epelboin et al. 2008). Ce faisant, il devenait clair pour les acteurs que les efforts de lutte contre l'épidémie devraient s'orienter vers ces deux éléments impacter la mortalité qu'elle occasionne. Il s'agissait entre autres d'organiser l'isolement des personnes malades dans des unités spécialisées et de gérer les corps des personnes décédées en tenant compte d'un certain nombre de conditions bio sécuritaires.

Cependant, la mise en œuvre de ces mécanismes va être confrontée à la réaction des populations. L'implémentation de ces mécanismes suppose une remise en cause des pratiques funéraires chez les populations de la Forêt qui font déjà l'objet d'une stigmatisation produite par l'association de l'émergence de l'épidémie d'Ebola et leurs pratiques alimentaires à travers les activités de communication. Il convient, de préciser que les Forestiers observent des pratiques funéraires différentes des autres groupes ethniques de la Guinée qui se retrouvent beaucoup plus dans les orientations de la religion musulmane ou celle chrétienne. Cette communauté, qui est encore marquée par un conservatisme des pratiques et rituels culturels, organise les cérémonies funéraires

à partir d'un ensemble de rites qui impliquent une manipulation et un contact avec le défunt et ses objets personnels (Paulme, 1950, 1954).

Ebola partage un ensemble de symptômes avec d'autres maladies endémiques dans la zone, ce qui rend son diagnostic difficile et complexe autant pour les populations et même pour les professionnels de santé. Cet état de fait renforce la résistance des populations à fréquenter les centres de traitement où l'internement est compris comme une forme de diagnostic confirmé pour une maladie sans remède. En plus, le lien établi dans les premiers messages également entre la contamination au virus et la consommation de viande de brousse conduit certains malades à ne pas se considérer comme concernés par Ebola du fait de ne pas être des consommateurs de ce type d'aliments (Richards et al. 2015). En plus, les informations décrivant Ebola comme une maladie extrêmement mortelle et dont on ne dispose de traitement spécifique conduit une partie des populations à ne pas, dès les premiers signes, entrevoir l'option d'une infection à Ebola et à un recours vers les CTE. Dans la majorité des cas de recours aux soins, il s'observe que les malades arrivent à des stades tardifs, ce qui réduit drastiquement l'effet des traitements symptomatiques proposés au niveau des CTE.

Au fur et à mesure que l'épidémie évolue en Guinée, les réactions communautaires vont prendre de nouvelles caractéristiques : des formes pacifiques avec les attitudes de rejet des technologies de gestion de l'épidémie, les réactions vont prendre un caractère violent. Le 4 avril 2014, les jeunes de la ville de Magenta vont saccager le CTE construit par MSF sous le prétexte que le centre était un moyen de diffusion de la maladie dans leur localité. Plus tard au cours de l'été 2014, de nombreux villages se rebellent contre la mise en œuvre des activités de lutte contre Ebola. Des barricades ont été installées au niveau des entrées des villages pour empêcher l'arrivée des équipes d'humanitaires et des attaques perpétrées sur les acteurs qui malgré les menaces trouvent des moyens pour s'introduire dans les villages. Les quelques rares personnes qui appuyaient leur introduction, du fait de leur adhérence aux activités de la Riposte, faisaient l'affaire d'une violence de la part du reste de la communauté qui les considérait comme des complices à l'introduction d'Ebola dans leur localité (Fassassi, 2014 ; Anoko, 2014). À Koyoma, un centre de santé sera incendié et des humanitaires pris en otage (Claver ,2014).

Dans la ville de N'Zérékoré, des rumeurs autour de la pulvérisation du grand marché ont conduit les jeunes à s'attaquer aux agents de santé soupçonnés d'avoir été à la base de cet événement. Les attitudes de violence vont de plus en plus prendre de l'ampleur à partir de ce moment dans cette partie de la Guinée. En juillet 2014, les jeunes du village de Kolobengou vont détruire le pont servant de voie d'entrée dans le village pour empêcher l'arrivée des équipes d'humanitaire et violenter le groupe de sages mobilisé pour faire la médiation (Faye, 2015a, p.39). La réponse de l'État consistant à militariser la Riposte va exacerber les tensions entre les populations et les équipes d'humanitaires. L'une des plus importantes réactions communautaires sera enregistrée au village de Womey où huit membres d'une équipe de mobilisation sociale ont été assassinés et enterrés par les villageois (Ouendeno, Rapport de mission OMS, septembre 2014).

En Guinée particulièrement, l'intensité des attitudes et comportements des populations face aux normes édictées par la Riposte rentre dans le lot des éléments qui font l'exceptionnalité de l'épidémie de 2014 (Almudena & Borchert, 2014 ; Faye, 2015b). Les incidents fréquemment observés vont être considérés par l'OMS comme l'expression d'une « réticence » des populations face aux protocoles de gestion de l'épidémie. De manière concrète, il s'agit des attitudes de rejet des objets techniques tels que les thermoflashes ou le CTE, les pratiques d'entrave au déroulement des interventions des acteurs au niveau communautaire à travers les barricades et la vandalisation des équipes. En plus, les attitudes de défiance ne sont pas seulement orientées vers les étrangers venus au secours de la Guinée. Les associations de ressortissants, les groupes de sages ou encore les autorités politiques et administratives impliquées dans la lutte contre Ebola feront également l'objet de violence de la part des communautés » (Faye, 2015a).

L'association de l'émergence de l'épidémie aux caractéristiques particulières d'un groupe ethnique (pratiques alimentaires, pratiques funéraires, etc.) conduit les acteurs à produire une certaine image de la maladie tout en occultant les autres facteurs ou dimensions pouvant être à la base de la diffusion de l'épidémie. Fairhead rappelle à ce titre que le même schéma a été observé dans le cadre de la gestion de l'épidémie à VIH/SIDA (Fairhead, 2016). La priorisation des explications culturelles de l'épidémie notamment avec l'intérêt porté sur les pratiques sexuelles a conduit les acteurs à occulter les conditions matérielles de violence structurelle (pauvreté, inégalités politico-économiques et de genre, faiblesse des systèmes de santé, etc.) ayant conduit à l'émergence et au développement de cette pandémie (Farmer, 2004). Rapporté aux premières

lectures faites de l'émergence de l'épidémie d'Ebola en Guinée, Fairhead précise à la suite de Benton et Dionne « qu'une telle critique semblait de nouveau pertinente, car l'attention aux pratiques culturelles exotiques masquait le contexte économique politique plus large déterminant la probabilité d'une épidémie majeure et la capacité des acteurs concernés à réagir » (Benton & Dionne 2015 : 224 ; Fairhead, 2016, p.10.).

Avec le déplacement des foyers épidémiques vers la Basse-Guinée à partir de l'été 2014, la seule explication basée sur les facteurs culturels perd de plus en plus de crédit. Turshen considère à cet égard que « si les bactéries et les virus peuvent survenir spontanément dans la nature, il n'y a par contre "rien de naturel ou de spontané" dans une épidémie. En d'autres termes, la compréhension du développement d'une épidémie est à chercher dans les dynamiques historiques, les contextes sociopolitiques, économiques et culturels des zones qui les expriment (Turshen, 1984 cité par Niang, 2014, p.97-98). Cette assertion décline tout l'intérêt d'interroger en dehors des aspects culturels, les contextes sociopolitiques dans les zones où se produisent les différentes réactions communautaires durant l'épidémie.

1.1.1.2 La santé, un objet politique

Après plus d'une année d'épidémie en Guinée, il s'observe une certaine forme de stagnation de la situation. Les attitudes de défiance et les réactions communautaires face aux mécanismes de gestion de l'épidémie ne régressent pas malgré les différentes interventions de la Riposte. Les efforts de réajustement opérés par le dispositif dans sa manière de conduire la lutte semblent avoir peu d'effet au regard de la recrudescence des réactions des populations. L'itinéraire thérapeutique des populations inclut toujours le recours aux systèmes thérapeutiques parallèles malgré les injonctions vers un recours aux structures spécialisées dans la gestion de l'épidémie. Les pratiques d'enterrement clandestin sont toujours réalisées par les populations contrairement aux normes édictées par le dispositif, mais également des effets signifiés de ces pratiques sur le développement de l'épidémie.

Dans son article intitulé « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », Mathieu Fribault tente de faire une relecture des attitudes et comportements dits « réticents » et les discours qualifiés de « rumeurs » en faisant une mise en perspective avec l'histoire politique de cette partie de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, espace marqué par des violences caractéristiques de son

histoire sociopolitique. En prenant l'exemple de la Guinée, il essaie de décrire en quoi, les types de comportement et d'attitudes observées traduisent un « ressenti de nouvelles formes de violence politique » (Fribault, 2015). La méthodologie consiste à faire un parallélisme entre la notion de démythification introduite par ce nouvel État guinéen post-indépendance qui en fait le moteur de la production d'une identité nationale et une société qui construit la suppression du fétichisme comme une forme de violence postcoloniale.

La fréquence et l'étendue des réactions communautaires dans différentes localités du pays et sur différentes temporalités de l'épidémie déclinent un constat général de remise en cause des mécanismes de gestion de l'épidémie proposés par le dispositif. Elle s'observe même dans le relationnel entretenu avec la maladie et les discours partagés au niveau communautaire structurant les rationnels associés à la crise sociale qu'occasionne l'épidémie d'Ebola en Guinée. En d'autres termes, si Ebola est investie comme un problème médical par les acteurs inscrits dans la Riposte, elle est appréhendée comme une problématique beaucoup plus complexe au niveau des populations. En témoigne la négation de la maladie, les discours qui décrivent l'épidémie comme un complot dont l'investigateur serait le Président de la République en raison du contexte pré-électoral ou encore les humanitaires dont l'objectif serait de réduire la population.

Fribault ne manque pas de notifier la dynamique collective qu'impliquent les nouvelles formes de réactions communautaires face aux protocoles de gestion de l'épidémie. Les pratiques de dissimulation des malades, de transport des personnes décédées, mais également d'enterrement clandestin, c'est-à-dire réalisées sans application des protocoles de biosécurité édictée en cette période d'épidémie, déclinent selon ce dernier des logiques collectives en cours au niveau de certaines localités. Il précise à ce titre que ces pratiques « supposent une concertation associant des “complices”, parents et voisins, et des inconnus, qui tous consentent au moins à ne dire mot » (Fribault, 2015 : 3).

« Si l'épidémie d'Ebola de 2014 est si difficile à endiguer, c'est qu'elle a émergé dans des pays marqués par les stigmates de la pauvreté et de la violence, et se reproduit dans un climat général de méfiance. Les populations qui ont encore en tête les injustices des périodes coloniales et postcoloniales ne font confiance ni à leurs propres pouvoirs publics

ni aux Occidentaux venus aider. Elles désertent les hôpitaux, considérés comme des mouroirs, ce qui ne fait que renforcer la propagation d’Ebola. » (Niang, 2014, p.97)

Voici les propos à travers lesquels Cheikh Ibrahima Niang introduit son article intitulé « Ebola : une épidémie postcoloniale ». À partir d’activités de recherche développées en Sierra Leone où il est mobilisé par l’OMS durant la période de l’épidémie, Niang s’interroge sur les problématiques sociales en relation avec la recrudescence de l’épidémie. Cependant, les facteurs sur lesquels ils basent ses analyses sont plus au moins applicables aux trois (3) pays de la région Ouest de l’Afrique, qui, même s’ils sont séparés par des frontières, partagent un héritage socio-historique né de la période pré et postcoloniale. Au départ de son travail de recherche, Niang s’intéresse à l’une des interrogations les plus diffusent en rapport avec la nouvelle flambée : qu’est-ce qui explique l’ampleur de cette nouvelle flambée épidémique ? Il considère à ce titre que l’épidémie d’Ebola de 2014 se développe dans un contexte postcolonial, terme qu’il emploie à la suite de Achille Mbembe pour désigner la trajectoire historique des sociétés sorties de l’expérience coloniale (Mbembe, 2000). Ce contexte postcolonial se distingue dès lors par des dynamiques conflictuelles mues par l’héritage de violence, des formes spécifiques d’assujettissement et une volonté manifeste d’émancipation des sociétés (Niang, 2014).

Le Liberia, la Sierra Leone et la Guinée se situent respectivement à la 185e, 188e et 191e place sur 196 pays inscrits dans le tableau des indicateurs de développement humain¹⁹. Ces positionnements décrivent le niveau de pauvreté et de retard en matière de développement de ces trois pays de l’Afrique de l’Ouest qui ont été concernés par la plus importante épidémie d’Ebola. Les populations de ces trois pays sont également marquées par un contexte de violence structurelle qui se décline en un faible pouvoir d’achat, un faible accès aux infrastructures sociales de base particulièrement en matière de santé et d’éducation assujettie à une mauvaise gouvernance et une corruption dans l’administration publique conduisant par exemple le Fonds Monétaire International (FMI) à arrêter le financement des politiques publiques en Sierra Leone à partir de 1987 (Niang, 2014). Cette situation reste paradoxale au regard des potentiels en termes de ressources naturelles dont disposent ces différents pays. Que cela soit la Guinée considérée par

¹⁹ Palmarès – Indicateur de développement humain (IDH), 2015. <https://www.populationdata.net/palmares/idh/>

certaines comme un scandale géologique ou encore la Sierra Leone, qui selon Torild Skard serait « l'espace où Dieu aurait concentré toutes les richesses du monde », la précarité des populations, est facilement imputable à la mauvaise gestion des ressources par les pouvoirs publics au sein de ces pays.

Ces différents pays partagent également une histoire d'émigration des peuples fuyants, les guerres entre les grands empires et les razzias transsahariennes qui se sont poursuivies même au lendemain des indépendances avec les mouvements rebelles qui ont conduit à d'importants mouvements de populations dans ce cercle constitué par le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée et la Côte d'Ivoire. Déjà vers 1787, la Sierra Leone sous occupation britannique va recevoir les vagues d'esclaves affranchis d'Amérique du Nord. Cette situation a donné naissance à un melting-pot avec la coexistence de communautés qui se distinguent de par leurs modes de vie et de pratiques culturelles. Cependant, la politique coloniale, consistant à encourager la division entre ces entités communautaires pour mieux les assimiler, a connu d'une certaine manière un prolongement au sein des nouveaux États, situation qui est exacerbée par le caractère central de l'appareil d'État qui ne promeut pas la participation populaire aux décisions qui les concernent directement. Cette manière de gouverner, à travers l'imposition du système de parti unique, l'aggravation de la pauvreté et des inégalités sociales dans l'accès au bien public qui est contrastée par une généralisation de la corruption de l'appareil d'État, a conduit à d'importants mouvements de contestation et favorisé une instabilité politique dans ces pays. Par analogie, les communautés expérimentent dès lors l'épidémie d'Ebola et la centralité de l'État et de ses partenaires dans la conduite des actions de réponse à Ebola comme une réarticulation de cette violence structurelle (Niang, 2014 ; Fribault, 2015).

Rapportée au cas de la Guinée, cette analyse nous conduit à réinterroger les contextes sociopolitiques de ce pays qui, même s'il partage des similitudes avec le Liberia et la Sierra Leone, s'en distingue par une trajectoire historique spécifique. La question des conflits interethniques, du rapport de méfiance face à l'État, mais également la crise de confiance des élites politiques constitue en ensemble des problématiques transversales dans l'histoire sociopolitique de la Guinée. Il s'observe, dans la dynamique de l'épidémie avec le déplacement des foyers épidémiques de la Guinée-Forestière vers la Basse-Guinée à partir de l'été 2014, une reproduction des mêmes formes d'engagements citoyens à l'égard des différentes catégories d'acteurs qui incarnent la Riposte.

Dans les préfectures de Coyah, de Forécariah, de Dubréka, et même au niveau de la capitale Conakry, les attitudes de déni et d'interprétations diverses de la maladie Ebola, mais également de défiance des équipes humanitaires sont reproduites au même titre que ce qui a été observé chez les populations de la Guinée-Forestière. Sous ce rapport, il importe de se poser la question de savoir : **dans quelle mesure les spécificités des contextes historiques, sociopolitiques, mais aussi ethnico-culturels de la Guinée-Forestière et de la Basse-Guinée ont une influence sur les réactions des populations à l'égard d'Ebola et du dispositif de lutte qui a été proposé ? Dans quelle mesure l'histoire de ces zones et la complexité des contextes guinéens permettent de mieux comprendre les discours sociaux sur l'épidémie, les attitudes et les pratiques des populations dans les différentes localités concernées par l'épidémie ?**

1.1.2 Les pratiques de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée

1.1.2.1 La Riposte : un dispositif porté par des acteurs multiples et des modèles voyageurs

La gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée s'organise autour d'un dispositif regroupant différentes catégories d'acteurs nationaux et internationaux interagissant dans la conduite de la lutte contre l'épidémie. Cependant, les acteurs se distinguent par leur centre d'intérêt, leur expertise dans la réponse à des urgences de santé publique en particulier sur la maladie à virus Ebola, mais également leurs ontologies et agendas. Au-delà des acteurs, la Riposte connaît également la mobilisation d'un ensemble de technologies à partir desquelles il met en œuvre un ensemble de protocoles de gestion de l'épidémie. Dans son article intitulé Réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée : Enjeux organisationnels de santé publique et pistes de solution, Thierno Baldé va mobiliser la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons (1937) pour faire une analyse des différentes catégories d'acteurs inscrites dans l'arène de la gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée. De manière concrète, Baldé (2014) va à partir d'une observation minutieuse des différentes catégories d'acteurs, distinguer quatre (4) systèmes d'action sociale (SAS) qui caractérisent les différentes organisations impliquées dans la lutte contre l'épidémie.

Le premier SAS identifié est celui qui caractérise les organisations à forte légitimité technique avec des capacités opérationnelles et d'interventions limitées. Pour étayer ce premier SAS, Baldé prend l'exemple sur l'OMS, qui est le leader mondial sur les questions de santé et qui, dans le cadre de la lutte contre Ebola, se retrouve au centre de la coordination à l'échelle internationale

des différentes actions et interventions de lutte contre l'épidémie. Cette position dans le dispositif de la lutte contre l'épidémie est consécutive d'une certaine manière à la légitimité que lui confère son statut d'organe du système des Nations-Unies chargé des questions de santé, mais également à l'expertise de l'institution dans la gestion des crises et catastrophes naturelles à l'échelle internationale depuis sa création en 1948. Cependant, comme le décline une certaine littérature (Buse & Gwin, 1998 ; Godlee, 1994 ; 1995 a ; 1995b, Baldé, 2014), l'OMS connaît des difficultés opérationnelles en matière d'intervention de santé publique d'envergure. En témoignent les manquements connus par l'organisation dans la coordination de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en 2014. Le caractère bureaucratique qui définit l'OMS avec des échelles locales, sous régionales ou encore un niveau siège limite ses capacités opérationnelles et réduit l'efficacité de ses interventions en raison de l'absence d'autonomie du niveau opérationnelle.

« ... au tout début de l'épidémie, la réponse était essentiellement coordonnée par la représentation nationale de l'OMS en Guinée. Cette dernière abritait et gérait le comité national de crise sanitaire mis en place par l'État guinéen qui incluait le ministère de la Santé de la Guinée ainsi que d'autres organisations internationales. Mais au fil des semaines, d'autres entités se sont rajoutées, voire substituées à la première structure de coordination de l'OMS. Au mois de juin 2014, un coordinateur national fut nommé par la direction régionale Afrique de l'OMS pour assurer la gestion de la réponse à l'épidémie. Quelques semaines plus tard, une unité spéciale gérée par un envoyé spécial du directeur régional de l'OMS Afrique et de la directrice générale de l'OMS, sans lien clair avec la première structure de coordination, fut également mise en place pour assurer la gestion de l'épidémie. Quelques semaines plus tard, suite à la première réunion spéciale des Ministres de la Santé de l'Afrique de l'Ouest sur Ebola, une autre structure en charge de la gestion sous – régionale de l'épidémie fut également mise en place. La nomination et la succession de toutes ces structures travaillant au même endroit, utilisant les mêmes ressources, et avec des mandats, des rôles et responsabilités non clairement définis ont finalement alourdi et affecté les mécanismes de prise de décision de l'OMS ainsi que l'efficacité de ses interventions sur le terrain. » (Baldé, 2014, p.4)

La seconde catégorie de SAS qu'identifie Baldé est celui qu'il qualifie de système d'action sociale à la culture organisationnelle « revendicatrice » et ayant une productivité de soins et de services

importante. Pour illustrer son analyse, Baldé prend exemple sur l'organisation médicale internationale Médecins Sans Frontières qui est un acteur principal de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée. Il importe même de préciser que MSF a été un des premiers acteurs à s'impliquer auprès des autorités sanitaires de la Guinée, mais également du Libéria et de la Sierra Leone dans la cadre du développement d'activités de gestion et de lutte contre l'épidémie d'Ebola. Dès lors, MSF va, en raison de son expertise dans la gestion d'épisodes de flambée d'Ebola, se distinguer dans le cadre des activités de prise en charge des personnes infectées par le virus notamment avec l'érection et la gestion de centres de traitement des patients. Cependant la culture organisationnelle et les ontologies qui structurent l'intervention de cette institution lui valent la caractéristique « revendicatrice » ou « militante » (Baldé, 2014, p.4). MSF est née d'une culture militante exprimée par un groupe de médecins français en date du 21 décembre 1971 suite aux atrocités vécues par les différents membres fondateurs qui étaient impliqués à l'époque dans la réponse à la guerre de Sécession du Biafra au Nigéria.

La dénomination même de l'ONG rentre dans cette idéologie qui consiste à mettre le patient au centre de leur intervention et les conduit même à chercher à braver les différentes limites qui pourraient s'interposer entre eux et la personne en besoin d'une assistance médicale. Cette culture s'est réaffirmée à l'occasion de l'implication de MSF dans la gestion de la lutte contre Ebola avec ses pratiques de dénonciation de ce qu'elle considère comme de la négligence de la part de l'État de la Guinée, mais également de la communauté internationale conduisant même ses responsables à parler d'une « coalition de l'inaction » à la tribune de l'ONU. Cependant, cette posture conduit MSF à entretenir des crises relationnelles avec l'État, mais également les autres partenaires. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée par exemple, il a été observé des moments de tensions entre l'ONG et le gouvernement notamment sur la manière de décrire l'ampleur de l'épidémie avec d'un côté un État qui tient compte des effets de la communication sur l'image du pays ainsi que les incidences au plan économique et géopolitique et de l'autre MSF qui considère qu'il est primordial de traduire la réalité des faits afin que la communauté internationale se mobilise et réponde aux besoins des populations en détresse.

« Au cours de la réponse à cette épidémie en Guinée, de nombreuses crises relationnelles et institutionnelles se sont produites entre MSF et les autorités sanitaires de la Guinée. Ces crises étaient liées à la façon de procéder au décompte du nombre total de personnes

touchées par la maladie. MSF et la plupart des autres organisations internationales estimaient que ce décompte devait inclure autant les cas probables que les cas suspects et les cas confirmés d’Ebola. Alors que les autorités guinéennes, probablement dans le but de réduire le nombre total de cas, ne voulaient pas inclure les cas probables dans le décompte total, estimant que le lien entre les cas probables et les cas confirmés n’avaient pas été établis de façon satisfaisante. » **(Baldé, 2014, p.4)**

Le système d’action aux valeurs profondément humanitaires ayant un positionnement stratégique limité dans l’organisation des services de santé va être décrit comme troisième modèle. L’implication des mouvements de la Croix-Rouge a été investie afin d’illustrer ce SAS. Le mouvement des sociétés de la Croix-Rouge regroupant à la fois la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR) et le bureau local de la Croix-Rouge en Guinée s’est distingué dans le cadre de la lutte à l’épidémie d’Ebola dans la gestion des enterrements sécurisés, le transfert des malades, mais également les activités de mobilisation sociale pour le changement de comportement auprès des populations des zones concernées par l’épidémie. Pourtant malgré son ancrage dans la gestion des crises et catastrophes naturelles, la Croix-Rouge se voit aujourd’hui contrainte par son manque de capacités techniques et d’expertise pour la réponse aux problématiques actuelles de santé publique. Cette faiblesse de l’ONG réduit sa légitimité à se positionner en acteur central dans la gestion des crises sanitaires en particulier.

Le quatrième et dernier SAS que décrit Baldé est celui qu’il définit comme un SAS aux capacités opérationnelles limitées conduite par une rationalité très politisée. L’exemple de l’implication du ministère de la Santé et de l’hygiène publique de la Guinée qui est le bras technique de l’État ayant pour prérogative d’organiser et de gérer les questions de santé pour la garantie du bien-être des populations, permet également de mieux illustrer ce type de SAS. On observe en Guinée durant une bonne partie de la lutte contre l’épidémie, une position secondaire du ministère de la Santé dans la conduite et la définition des actions de lutte contre l’épidémie. Même à partir du mois de septembre 2014, quand le gouvernement de la Guinée décide de reprendre les rênes de la lutte au nom d’une souveraineté biomédicale, la mise en place d’une coordination nationale de lutte contre Ebola par décret présidentiel et qui rend compte directement à la présidence décrit la quasi-absence du ministère de la Santé dans la gestion de l’épidémie bien qu’elle soit l’organe dédié aux questions de santé sur l’architecture étatique. Cette situation ne semble cependant pas constituer un fait

insolite au regard de sa faible capacité d'action. En d'autres termes, les insuffisances notoires du système de santé guinéen qui s'observent à tous les niveaux tant sur le plan infrastructurel, logistique, mais également de la ressource humaine permet de comprendre toute sa faible capacité à faire face à une épidémie dont elle ne dispose ni de moyens matériels et/ou techniques. Ces manquements ont conduit dans une certaine mesure à la détection tardive de l'épidémie et ont été un des facteurs qui ont favorisé son expansion. Il convient aussi comme le précise Didier Fassin de souligner que la santé est à la fois un objet de politiques, mais également un objet politique :

«La santé est un secteur de l'activité économique au même titre que l'éducation ou l'agriculture, et constitue donc un lieu d'intervention des pouvoirs publics, que ce soit pour la construction d'un hôpital ou pour la réalisation d'une campagne de vaccination ; en même temps, elle est un domaine de la vie sociale où l'État définit ses choix en matière de solidarité nationale, ce qui apparaît aussi comme un moyen de contrôle politique. D'autre part, aux yeux des sociologues et des anthropologues, la santé est le révélateur d'enjeux sociaux où se dessinent des rapports de pouvoir et des pratiques de distinction, qu'il s'agisse de la façon dont les gens se soignent et sont soignés, ou de celle dont ils se représentent la maladie et les thérapeutes ; et là encore, elle est le lieu privilégié où sont mises en jeu, dans la société civile, des formes d'entraide qui traduisent la nécessité de gérer collectivement les inégalités dans la maladie et le malheur. Autrement dit, la santé, objet de politiques pour les uns, est un objet politique pour les autres. » (Fassin, 2000)

Cette distinction qu'établit Fassin sur les deux dimensions essentielles de la santé, qui est à la fois un objet de politiques et un objet politique, en fait un espace où le pouvoir public engage des prérogatives et des responsabilités, mais oriente ses choix en tenant compte des incidences sur les autres secteurs de la vie publique. De ce fait, les lenteurs ou l'absence de promptitude de la réponse au problème de santé que la population de la Guinée expérimente peuvent trouver des explications différentes. Autrement dit, si les faiblesses du système de santé dans ses capacités de détection et de gestion sont convoquées par certains, la question des incidences sur le plan économique de la déclaration d'une urgence sanitaire reste non négligeable. On verra que toute la controverse entre le gouvernement de la Guinée et l'ONG MSF réside dans la manière de décrire l'ampleur de la crise sanitaire.

De plus les déclarations du Président et de son gouvernement sur le fait d'éviter une communication négative, pouvant avoir des effets sur la fuite des investisseurs, sont tout autant un élément révélateur du fait que l'épidémie d'Ebola en Guinée transcende le domaine de la santé et devient phénomène social total (Mauss, 1924). Pour finir, on peut considérer dans la balance des éléments qui entrent en jeu dans la santé comme objet politique, les formes de rapports entre les populations et l'État. La zone où commence l'épidémie à savoir la région Forestière est réputée être un espace où le parti au pouvoir ne semble pas bénéficier d'une certaine légitimité en raison des clivages politiques sur fonds ethniques qu'entretiennent les populations dans cette zone et le parti au pouvoir. Dans ce sens, la faiblesse ou la quasi-absence d'infrastructures sociales de base en particulier sur le plan sanitaire est interprétée comme une continuité de la violence structurelle dont l'État devient le principal responsable.

Pourtant, malgré les ontologies spécifiques, leurs caractéristiques différentes et leur mode de fonctionnement divers, ces différentes institutions sont appelées dans le cadre de la Riposte à interagir dans la coordination et la conduite des actions de lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée. Dès lors, les différents acteurs semblent être contraints à établir des compromis afin de gérer ensemble le problème de santé. Ce qui conduit Baldé (2016) a caractérisé cette forme produite de la gouvernance de l'épidémie d'Ebola de système adaptatif complexe.

Ebola arrive en Guinée dans un climat d'impréparation des communautés. On peut remarquer que même si l'épidémie d'Ebola n'est pas une nouveauté en Afrique, la maladie se caractérise par une méconnaissance notoire autant du côté des gouvernants avec le système de santé, mais aussi des populations. Les rares personnes qui avaient des informations autour de cette maladie sont quelques médecins qui ont été formés sur Ebola dans le module des maladies infectieuses virales, certains rares curieux sur internet ou à travers la série américaine 24 heures chrono où à la saison 2, le virus Ebola était utilisé à des fins terroristes (en partie, ceci a beaucoup participé à construire l'idée du virus comme une arme fabriquée pour exterminer la population africaine). Cette situation d'impréparation n'est pas particulière à la Guinée, car de part et d'autre, dans la sous-région africaine, mais également dans le continent européen, c'est avec l'épidémie de 2014 qu'Ebola est connue pour beaucoup de personnes. C'est ce qui explique que quand l'épidémie se déclare en Guinée, la communauté internationale a mobilisé l'expertise congolaise pour lutter contre

l'épidémie au regard de leur expérience dans la gestion des flambées d'Ebola connues à plusieurs reprises dans leur pays.

Dans les premiers moments de la Riposte, les différentes interventions ont été orientées sur la Guinée-Forestière laissant en rade le reste de la Guinée qui se retrouve isolé des événements qui se produisent en Guinée-Forestière. Les médias deviennent les seuls canaux à travers lesquels les populations de l'autre côté du pays sont informées. La manière dont le dispositif intervient produit en d'autres termes une image d'Ebola comme une épidémie de la Guinée-Forestière, qui ne concerne pas les autres et qui ne nécessite pas d'intervention chez eux. Cependant quand finalement contre toute attente l'épidémie prend de l'ampleur et s'échappe des sentiers battus, la pratique est de redéployer le dispositif vers ces zones où les acteurs locaux de la santé ne disposent pas de l'expertise pour faire face à une telle maladie. Cette transplantation des protocoles de gestion de l'échelle macro, c'est-à-dire des institutions étrangères disposant des technologies et de l'expertise de la ressource humaine des pays ayant déjà eu l'expérience de l'épidémie qui s'observe entre la RDC et la Guinée, mais également à un niveau micro entre les zones primo-infectées et les zones qui s'infectent dans une seconde temporalité, est pour autant illustrative de la manière dont les activités de la Riposte se mettent en œuvre en Guinée.

Cependant, lorsque l'épidémie démarre en Basse-Guinée, les mêmes comportements sont observés au niveau des populations alors que l'on se trouve dans des contextes sociopolitiques, ethno-culturels et géographiques différents. Si l'épidémie se déclare en région Forestière officiellement en mars 2014, en Basse-Guinée, les premiers cas vont commencer à s'observer vers juin 2014, c'est-à-dire presque six (6) mois après les premiers cas déclarés en Guinée-Forestière. Ainsi, pour répondre à cette situation, la Riposte telle que définie en Guinée-Forestière va être reconduite pour appuyer les équipes locales à sensibiliser, mobiliser et maîtriser l'épidémie. Rappelons qu'au moment où la flambée d'épidémie de maladie à virus Ebola atteignait son paroxysme en zone forestière, les rares actions introduites dans le reste de la Guinée seront la réactivation des comités de crise dès la déclaration officielle d'Ebola en Guinée, avec pour mission de sensibiliser les populations. Mais dans les faits, ces comités ne sont devenus opérationnels qu'à l'arrivée effective d'Ebola dans ces localités.

Quand l'épidémie arrive dans ces localités, ces structures seront limitées en termes de ressources humaines et logistiques pour lutter contre l'épidémie. Malgré le transfert de ces compétences, expériences et technologies qui ont fini par maîtriser l'épidémie en Guinée-Forestière, les barricades, les refus de recevoir les équipes d'intervention, les attaques perpétrées contre les acteurs de la Riposte reprennent davantage et sont observés partout dans la Basse-Guinée, reproduisant les mêmes comportements observés au début de l'épidémie en Guinée-Forestière. Pourtant si les attitudes de défiance observées en Guinée-Forestière à l'endroit du dispositif sont expliquées par une dimension ethnico-culturelle, cet argument trouve ici une limite qui pousse à s'intéresser même à la manière dont le dispositif gère l'épidémie.

Dans son article intitulé « L'«exceptionnalité» d'Ebola et les «réticences» populaires en Guinée. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », Faye essaie de montrer que l'épidémie d'Ebola était loin d'avoir le caractère « exceptionnel » qu'on a voulu lui associer. L'analyse de la manière dont le dispositif interagit avec les communautés, le conduit à réfuter les raccourcis autour du facteur culturel que les acteurs mobilisent pour expliquer les différentes réactions des communautés. Il s'observe dès lors qu'il existe un lien entre les réactions communautaires et les pratiques du dispositif. En guise d'exemple il souligne que les rumeurs de trafic d'organe, de vente de sang et de crémation des corps sont renforcées par le caractère fermé des CTE et l'absence de communication autour de ces espaces où les malades sont confinés, les parents n'y ont pas accès et quand ils meurent, la famille n'a aucune idée de l'issue du corps (Faye, 2015b). L'introduction du CTE comme technologie de la Riposte a remis en cause l'organisation et la gestion du soin ou, comme le souligne Fairhead, la rupture des accommodations établies entre l'hôpital et les pratiques sociales d'organisation des funérailles.

Avant Ebola et l'avènement des CTE, la famille accompagnait le malade dans tout le processus de recherche du soin. Elle était même présente au niveau des structures de santé et participait aux soins avec l'alimentation, l'hygiène du malade, mais également le soutien psychosocial. En cas de décès, le corps était remis à la famille pour organiser les rites funéraires qui connaissent des processus différents en fonction de l'appartenance ethnique du défunt, du statut social du défunt ou des circonstances dans lesquelles le décès s'est produit (Paulme, 1950, 1954). Il s'observait ainsi, une accommodation tacite entre le biomédical et le culturel qui facilitait la coexistence de ces différents univers dans la recherche du soin (Fairhead, 2016). Cependant, le caractère

contagieux et la nécessité des mesures de biosécurité dans les CTE ont conduit les acteurs à remettre en cause cet ordre naturel.

« In short, mortuary practices are not simply concerned with the disposal of a body. They are fundamental to the future of the deceased, their relatives, the wider community, and the environment. So when ETCs sought to exert control over the dead body, they were intruding into this most fundamental arena of social practice and anxiety. Not only did ETCs prevent people from caring for the mortally ill and witnessing the expression of their last wishes, but they also undermined the rituals of mourning, the settling of debts, the conducting of autopsy to identify the cause of death, the appropriate practices that help lead the dead to their appropriate destination (washing, oiling, dressing, closing eyes, preparing hair), the choice of burial location, and sacrifices. Moreover, as the specifics of burial of initiated adults involve their co-initiates—men for a man and women for a woman—the intervention of the ETCs undermined the work of the initiation institutions, too. »
(Fairhead, 2016, p.15)

L'histoire que raconte Julienne Anoko (2014) est très illustrative de cette situation. Le 25 juin 2014, une femme enceinte originaire du village de Yérédou a perdu la vie à l'hôpital préfectoral de Guéckédou. Cependant, les suspicions autour des causes de son décès vont conduire les responsables de l'hôpital à appliquer les protocoles de sécurité autour du corps de la femme. Cette procédure interdit le contact des parents avec la défunte qui sera remis aux équipes de la Croix-Rouge chargées de son enterrement conformément aux protocoles d'enterrement sécurisé des corps en cette période d'épidémie. Dans cette condition même la pratique sociale qui consiste à procéder à une césarienne pour extraire le bébé afin de les enterrer séparément comme le veut la coutume Kissi a été interdite. La suspicion de contamination à la maladie Ebola et du risque de contamination que pouvait produire une telle opération ont conduit les responsables de la Riposte dans la zone à ne pas l'autoriser.

« La gestion médicale d'Ebola suscite des rapports de confrontation autour de la mort. Dans les cultures Mendé et Kissi, l'idée forte d'une continuation de la vie après la mort fonde le culte des ancêtres, l'ontologie et la vision de l'être suprême, lesquels donnent sens aux rites et pratiques funéraires autour du corps de la personne décédée. On parle au mort, et "le fait

de lui parler dit qui vous êtes” ; alors que pour le système officiel il n’est désormais considéré, pour l’essentiel, que comme un cadavre extrêmement contagieux. Le corps du mort échappe au contrôle de la famille et de la communauté pour être saisi par le pouvoir médical. » (Niang, 2014, p.105)

Cet événement place la communauté de Yérédou et les acteurs de la Riposte face à un dilemme et la nécessité de faire un choix entre le risque de la malédiction et le risque de la contamination par la maladie. Un des défis majeurs dans la lutte contre les épidémies à caractère très contagieux est l’adhésion des populations aux protocoles de gestion. En effet, les cérémonies funéraires constituent, des moments de haut risque de contamination en particulier pour les filovirus. Les différents pratiques et rites associés à la cérémonie funéraire impliquent des moments de contact avec le corps (lavage, habillage, transport, etc.). Par contre même si le risque biomédical est aussi bien décrit, la déclinaison d’un risque socio-culturel reste non négligeable (Anoko, 2014 ; Anoko et al, 2014 ; Epelboin et al, 2014 ; Epelboin et al, 2012 ; Epelboin et al, 2011, Epelboin, 2009, Epelboin et al, 2008, Paulme, 1970, 1954). Dans les deux cas de figure, un risque se profile et il faut choisir de protéger les communautés d’une manière ou d’une autre. Dans la société Kissi, la mort d’une femme enceinte fait courir un risque à toutes les femmes en âge de procréer de mourir pendant la grossesse (Fairhead, 2014 ; Anoko, 2014 ; Le Marcis, 2015).

Dans les trois villages limitrophes à Yérédou, il va s’observer un déplacement important des femmes en âge de reproduction suite à cet événement. En plus, la famille de la défunte est sommé de procéder au rituel qui implique une séparation de la mère et du fœtus conformément à la tradition et à défaut est menacée d’expulsion si elle adhère à la décision des autorités sanitaires qui au nom du risque biomédical refusent l’opération de séparation. La médiation réalisée par une équipe d’anthropologues va permettre donc de faire accepter à la famille de la défunte d’enterrer le corps dans son état et de procéder à un rituel de réparation pour conjurer la malédiction. Il s’agissait donc de procéder à un rituel appelé « Wolilé » (l’apaisement) chez les Kissis et qui « permet de “laver” le village des malédiction, de demander et d’obtenir le pardon des ancêtres pour l’opprobre commis. » (Anoko, 2014, p.8).

1.1.2.2 Collaborer avec les communautés dans la réponse à Ebola : quand les apories de la participation influencent les modes de gouvernance

Pour avancer sur la gestion de l'épidémie, la Riposte va, vers le mois d'octobre 2014, introduire la participation communautaire comme nouveau mode de gouvernance de l'épidémie. En d'autres termes, il s'agit d'impliquer les communautés dans les efforts engagés par les différents acteurs. À partir de la fin de l'été 2014, les avancées obtenues par la Riposte à travers les CTE et l'application des EDS ont permis de réduire de manière significative l'ampleur de l'épidémie. Les résultats des traitements spécifiques (symptomatiques) ont motivé les changements dans le discours avec un accent beaucoup plus mis sur les possibilités de guérison. Cependant, la reprise de l'épidémie en août 2014 avec la multiplication de nouveaux foyers en Guinée-Forestière (Macenta, N'Zérékoré, Beyla, Lola), en Basse-Guinée (Forécariah, Coyah, Dubréka) ainsi que dans la capitale Conakry va remettre en cause l'ensemble des progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre l'épidémie. Cette dégradation progressive est concomitante de celle observée au Liberia et en Sierra Leone, facilitée par d'importants mouvements de populations.

Les différentes attitudes de défiance des équipes d'intervention qui s'expriment par la fuite des cas contacts qui refusent d'observer la période de suivi de vingt et un (21) jours, le recours tardif des cas de malade aux structures de prise en charge, les enterrements réalisés dans la clandestinité, le recours aux tradipraticiens, et même les attitudes de violence envers les symboles de la Riposte constituaient un ensemble de comportements des populations qui annihilent l'impact des différentes interventions. L'observation de ces comportements a impulsé l'intérêt pour le dispositif à faire des communautés des collaborateurs afin de mieux leur faire accepter les protocoles de lutte contre l'épidémie et de réussir à rompre les chaînes de transmission.

À cet égard, la question de l'engagement des communautés occupe une place importante dans la lecture de l'épisode d'épidémie d'Ebola en Guinée. L'agencement ou l'usage d'un ensemble de concepts et d'expressions qui se chevauchent dans le discours des acteurs rend compte de la complexité de la question de l'implication de la communauté comme acteur de la Riposte : mobilisation sociale, engagement communautaire ou encore participation communautaire sont un ensemble de terminologie que les différents acteurs mobilisent pour caractériser les formes d'interactions qu'ils développent vis-à-vis des communautés. Or comme le souligne Bresson 2014,

la mobilisation sociale et l'engagement communautaire constituent plutôt les différentes modalités du processus général de la participation communautaire. Pourtant, l'usage contemporain du principe de la participation dans le cadre de l'action publique n'en fait pas pour autant une nouveauté (Chauveau, 2006). Par contre, les usages ou pratiques différemment observées de ce principe renvoient du point de vue de Bresson « aux différentes manières possibles de mettre en œuvre l'idéal démocratique et le principe d'égalité des citoyens, insistant sur l'impératif que les gens d'en bas » puissent peser sur les décisions qui les concernent » (Bresson, 2014, p.1). À ce titre, Bresson distingue trois modèles de la participation :

- ✚ La participation comme action publique qui se présente comme une injonction à mettre en œuvre des projets décidés par les pouvoirs élus et la puissance publique.
- ✚ La participation comme action collective qui se réfère aux luttes urbaines des années 1960-1970 et l'émergence de mouvements sociaux spontanés, autonome.
- ✚ La participation comme mobilisation qui est fondée sur l'idée de coproduction de projets entre les décideurs, les professionnels et les « gens d'en bas », mais avec une impulsion donnée par les premiers et une ambition limitée à la proximité voire à l'individu

Il se distingue ainsi selon Bresson, différentes acceptions de la participation qui ne donnent pas la même position à la population dans le processus et qui en cela produisent des effets diversifiés. C'est dans cette capacité d'adaptation du concept aux différentes formes d'interaction que réside le qualificatif de « constamment réinventé » que Bresson associe au concept de participation. Ce principe est devenu depuis les années 90 une condition préalable aux projets de développement et un moyen de réaliser l'implication des communautés. Dans le domaine de la santé en particulier, l'implication des communautés est devenue une caractéristique sine qua non des politiques de santé. Elle a été impulsée depuis la conférence internationale sur les soins de santé primaires²⁰ en

²⁰Le concept de soins de santé primaire (SSP) est une résultante des expériences positives réalisées par le système de santé au Cuba et en Chine où, malgré les ressources limitées, les populations sont toutefois parvenues à établir des mécanismes de gestion du système de santé et arriver à améliorer sensiblement les conditions d'accès aux soins. La conférence organisée à Alma Ata en 1978 par l'UNICEF et l'OMS a été donc une occasion pour vulgariser ce modèle en particulier à l'endroit des pays en voie de développement où les contextes socio-économiques rendent difficile l'accès aux soins de santé pour les populations de manière générale. Cependant il importe de préciser que ce modèle est basé sur la place centrale qu'occupent les populations dans le dispositif qui dès lors prennent part à la décision, le financement, le fonctionnement et l'évaluation des systèmes de santé.

1978 à Alma Ata et a été confortée à travers l'Initiative de Bamako en 1987. Ces différents engagements des institutions internationales et des pays ayant ratifié ces conventions vont conduire ces derniers à faire des communautés, des acteurs dans la définition, la planification et le fonctionnement des programmes de soins. Toutefois, les processus par lesquels elle se réalise posent encore aujourd'hui des défis dans le cadre de l'action publique. En ce sens, nous nous intéressons ici à la manière dont la Riposte pense, construit et met en œuvre le principe de la participation communautaire.

L'intérêt manifeste de la recherche autour de la question de la participation depuis les années 70 est fonction de la dimension forte des dynamiques sociales observées durant cette période marquée par un courant de démocratisation des sociétés humaines. En d'autres termes, si la démocratie renvoie à cet espace de pouvoir partagé entre le peuple et ses représentants, ou encore en reprenant la célèbre expression « le gouvernement du peuple, par le peuple et pour le peuple » d'Abraham Lincoln, la participation devient donc un baromètre pouvant permettre d'apprécier l'implication des citoyens dans le fonctionnement de cet espace de pouvoir.

Dans la fin des années 70, Cohen et Uphoff inscrivent l'analyse du principe de la participation dans la lecture des politiques de développement local (Cohen et Uphoff, 1980). Cette période marque un tournant dans la réflexion sur les politiques de développement notamment impulsée par le changement des modèles de croissance des investissements en capital des années 1960 vers des approches plus centrées sur les besoins fondamentaux des populations. Deux constats particuliers vont retenir l'attention de ces chercheurs. D'un côté la participation populaire dans le développement, conçu comme une implication des populations dans les processus ou interventions dont l'objectif est d'améliorer leur condition de vie devrait se distinguer de cette conception fondée sur une théorie privilégiant l'initiative des agences de développement et le recours à leur capital qui implique une passivité de la population. En d'autres termes, la participation populaire dans le monde du développement devrait plus être une condition qu'une conséquence d'un processus, ce qui par conséquent dénature même la notion de participation. Le second constat concerne le glissement observé à partir des années 70 avec l'accent mis sur les besoins fondamentaux des populations et leur capacité d'organisation et qui marque une nouvelle aire des pratiques de la participation dans le monde du développement.

« Plus de dix ans après l'article de Cohen et Uphoff, les débats actuels laissent penser que leur constat s'est largement vérifié. D'une part la philosophie du "modèle participatif" de développement rural s'est imposée auprès des catégories les plus diverses d'agents intervenant dans le développement. Les ONG, mais aussi les institutions internationales d'aide et de financement du développement, les services de coopération des principaux pays industrialisés, les universitaires, les publicistes tiennent pour évidence que les populations et, au premier chef, les agriculteurs doivent être associés à la définition des objectifs des projets et doivent participer à la mise en œuvre des moyens adaptés à ces objectifs. D'autre part, la très grande majorité des agents et des agences de développement se réfèrent à la participation comme à une conception alternative récente et désormais incontournable, à la fois en tant que modèle intellectuel et en tant que modèle d'action. »^[1]_{SEP} (Chauveau, 2006, p.1)

Inscrit dans la même dynamique de la recherche autour de la notion de participation, Sherry Arnstein (1969) a proposé un modèle d'évaluation de la participation (1969) qui distingue huit (8) niveaux allant de la manipulation à la gestion autonome des projets par les communautés. L'échelle d'Arnstein rend compte également des niveaux extrêmes de la participation avec des niveaux intermédiaires. Ainsi, plus on tend vers le bas de l'échelle, plus on se retrouve dans une forme de faible ou absence de participation et vice-versa. Ainsi, les deux dernières marches, qui renvoient à la manipulation et la thérapie, constituent pour Arnstein les formes les plus explicites de non-participation. Les trois niveaux au-dessus, c'est-à-dire l'information, la consultation et l'apaisement, sont considérés comme une forme symbolique de la participation et permettent aux populations d'exprimer leur point de vue, mais qui ne signifie pas forcément qu'il sera pris en compte. Les trois niveaux supérieurs, c'est-à-dire le partenariat, la délégation du pouvoir et le contrôle des citoyens, constituent les formes les plus abouties de la participation. À ce niveau, Arnstein parle même de participation active.

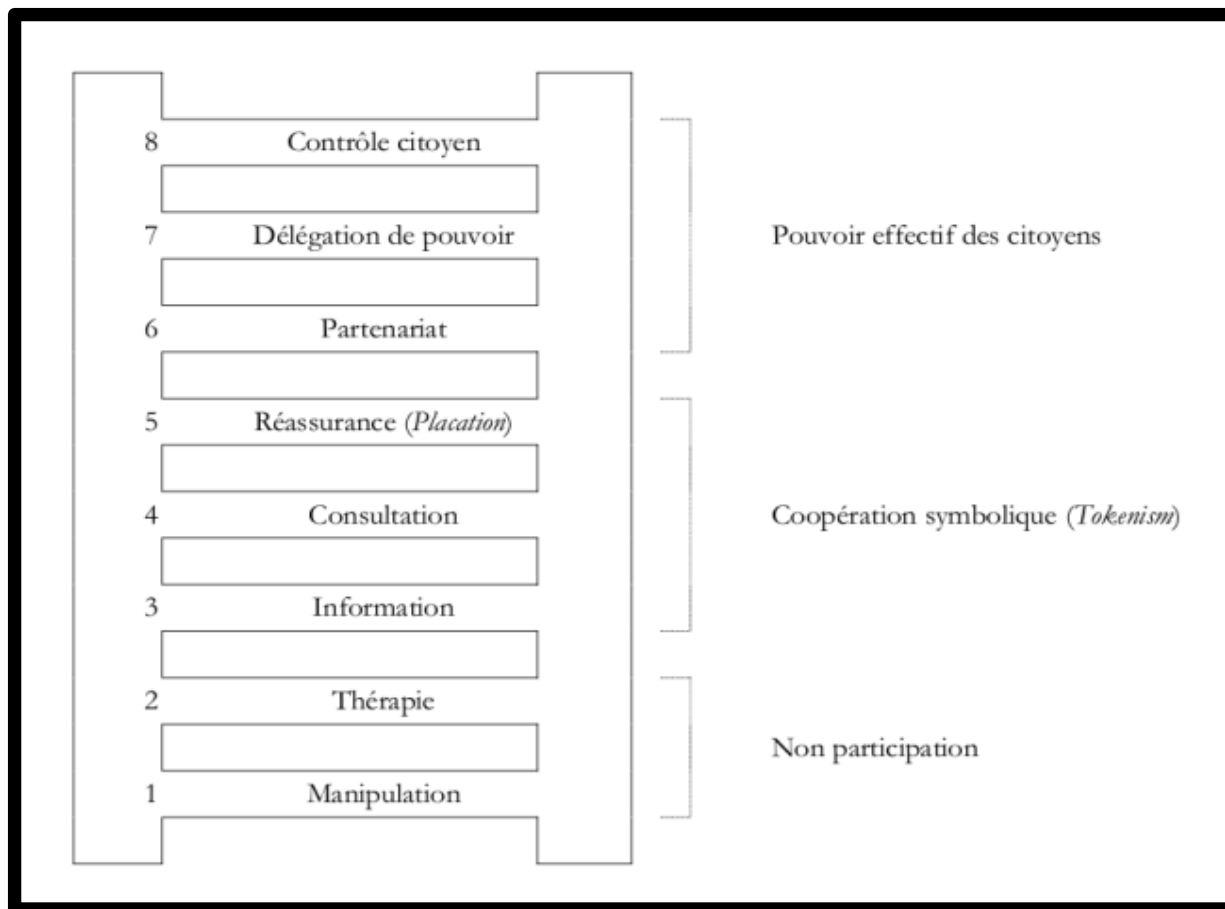


Figure 1 : Échelle de la participation de Sherry Arnstein (1969)

Cette échelle a inspiré les travaux de Roger Hart dans ses études sur la participation des enfants aux projets de développement en particulier sur la question du partage de la décision et la notion de co-construction des projets (Hart, 1992). Du point de vue de Hart, la participation devient le cadre par excellence d'expression de la citoyenneté dans le sens où elle permet aux citoyens d'exercer leurs droits civils, politiques et sociaux tout en s'acquittant de leurs obligations. Hart va affiner le modèle en l'appliquant au domaine spécifique des projets de développement communautaire. Dans réalisation de l'action publique, on identifie différentes phases des projets d'intervention sociale qui correspondent à : la conception, la concertation, la décision, la mise en œuvre et l'évaluation. Le niveau d'implication des catégories d'acteur sur ces différentes étapes permet de les situer dans l'échelle que dresse Hart. Ainsi, ce dernier décrit au regard des différentes formes pratiques de mise en œuvre du principe de la participation, huit (8) niveaux répartis en deux grands groupes :

Au bas de l'échelle, il situe trois (3) niveaux de non-participation :

- ✚ La manipulation : notion qui décrit les situations où les enfants sont entraînés à participer à un projet d'adultes sans comprendre les problèmes qui se posent.
- ✚ La décoration : les enfants chantent, dansent, portent des T-shirts en faveur d'une cause quelconque, alors qu'ils n'ont qu'une idée très vague des objectifs de cette manifestation. Ils sont utilisés.
- ✚ La politique de pure forme : dans cette situation, les enfants ont apparemment la parole, mais ils n'ont pas pu choisir le sujet du débat ou le mode de communication et ils n'ont qu'une possibilité limitée d'exprimer leurs opinions. S'ils sont les représentants d'autres enfants, ils n'ont pas pu s'entretenir avec eux, au préalable, du thème du débat.

Cependant, Hart définit cinq (5) niveaux de participation véritable :

- ✚ Désignés, mais informés : les enfants se portent volontaires après avoir pris connaissance des objectifs du projet, du pourquoi de leur participation, de qui en a décidé et de leur rôle.
- ✚ Consultés et informés : les enfants comprennent le processus de réalisation du projet conçu et dirigé par les adultes. Ils ont été consultés et leurs opinions sont sérieusement prises en considération.
- ✚ Projet initié par des adultes, décisions prises en concertation avec des enfants : ici, les enfants participent à la prise de décision
- ✚ Projet initié et dirigé par des enfants : il s'agit ici de la production et de manière spontanée d'un projet ou d'une activité par les enfants eux-mêmes. Dans ce cadre, ils en sont les initiateurs et contrôlent le processus de mise en œuvre.
- ✚ Projet initié par des enfants, décisions prises en accord avec les adultes : ici, les enfants sont initiateurs du projet et y intègrent les adultes. Dans ce contexte, les enfants et les adultes se considèrent comme des partenaires égaux.

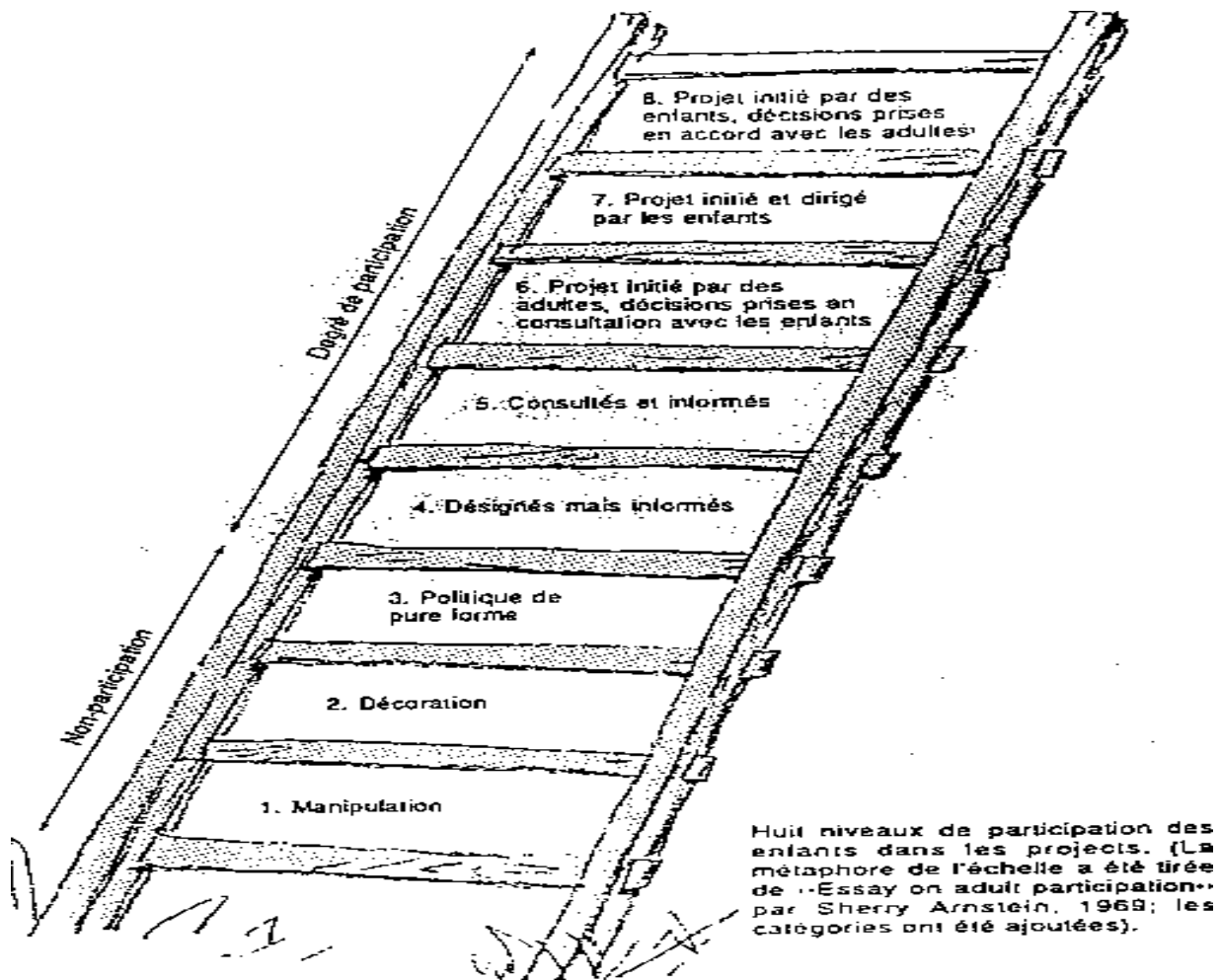


Figure 2 : Échelle de la participation de Roger Hart (1992)

Si l'on remplace dans cette lecture de Hart, les adultes par les acteurs de la Riposte et les enfants par les communautés, on se retrouve dans la même configuration des formes pratiques du principe de participation communautaire qui rend compte des grammaires multiples de la participation en Guinée (Faye, 2017b). Appliqué aux différentes formes d'implication des communautés dans le cadre de la lutte contre Ebola en Guinée, cet outil nous permet de discuter des différents mécanismes ou formes de mobilisation à travers lesquels le principe de la participation prend corps dans le cadre de l'urgence sanitaire qui, contrairement au projet de développement, constitue un contexte spécifique (Faye, 2017b). La déclinaison des pratiques d'engagement des communautés en Guinée, développées par l'UNICEF durant l'épidémie à travers la mise en place d'un ensemble de structures communautaires (CVV, CVQ, unité opérationnelle, comité de levée de crise, etc.) ou encore la contractualisation avec la société civile locale, conduit à s'interroger sur les productions

des différentes manières de pratiquer la participation communautaire en Guinée dans la lutte contre Ebola.

À partir de ces différentes observations, il devient légitime de s'interroger sur la manière dont la Riposte met en œuvre la gouvernance de la lutte d'Ebola en Guinée à partir de cadres regroupant différentes catégories d'acteurs, mais également la mobilisation de technologies qui même si elles ont permis de venir à bout de flambée d'Ebola dans d'autres pays, peinent à être implémentées en Guinée. Il s'observe également que les différents acteurs venus en réponse à la Guinée face à une situation d'urgence de santé publique interviennent à partir d'approches et de technologies formatées à partir des expériences de la lutte contre Ebola dans d'autres pays, et qui dans le cas d'Ebola sont appliqués en modèle. On peut à ce titre citer l'exportation des protocoles de gestion d'Ebola, mais également les outils de communication développés en RDC vers la Guinée opérée par l'OMS dans le cadre des premiers mécanismes de gestion de l'épidémie.

Pourtant il existe une certaine production anthropologique qui est très critique à l'égard de cette forme de gouvernance et de production de l'action publique. Jean P. Olivier de Sardan est très présent dans cette littérature critique par rapport à ce qu'il qualifie de modèles voyageurs. À partir de l'observation d'un ensemble de politiques publiques en matière de santé promu par les organisations internationales, la coopération bilatérale et les organisations non gouvernementales (ONG) dans les pays dits sous-développés ou en voie de développement en particulier en Afrique, Olivier de Sardan constate une certaine forme de standardisation dans leur conception. La lecture globalisante sur les faiblesses des systèmes de santé dans ces pays conduit les différents acteurs qui développent des politiques à l'endroit de ces derniers à développer ce que Sardan appelle les « modèles voyageurs », terme qu'il emprunte à Rottenburg (2014) et qui renvoie aux programmes d'intervention standardisés développés par les différents organismes du monde du développement dans l'optique d'opérer des changements de comportement chez les destinataires de ces interventions.

« For our part, we define it as any standardised institutional intervention, whatever the scale or field (a public policy, a programme, a reform, a project, a protocol), with a view to producing any social change, through changes in the behaviour of one or more categories of actors, and based on a 'mechanism' and 'devices' (see below) supposed to have intrinsic

properties allowing this change to be induced in various implementation contexts.»
(Olivier de Sardan et al., 2017, p.74)

Par contre dans la suite de ses observations, Sardan met en évidence les difficultés de mise en œuvre de ces modèles dans des contextes où les aprioris d'homogénéité, conduisant les développeurs à dessiner des modèles standards pour eux, cachent une hétérogénéité manifeste. À cet effet, « les modèles voyageurs » comme le décrit Olivier de Sardan dans ses travaux font l'objet d'une « revanche des contextes ». Pourtant, même s'il existe dans la littérature en sciences politiques et en anthropologie du développement une grande critique autour de ces types d'approches et de mise en œuvre des politiques publiques, le monde de la santé publique semble s'enraciner dans son ontologie paradigmatique fondée sur les évidences scientifiques. En d'autres termes, la formulation des politiques en santé publique s'articule autour « des données essentiellement quantitatives et expérimentales, ce qui favorise et justifie la standardisation des interventions » (Olivier de Sardan et al., 2017).

Or les études récentes sur les politiques publiques de santé rendent compte de l'intérêt de l'analyse des contextes. Ainsi, qu'il s'agisse des approches réalistes de l'évaluation ou des études d'implémentation des politiques de santé, la nécessité de la prise en compte du contexte d'intervention se décline en une condition essentielle de sa bonne mise en œuvre. À partir donc d'un ensemble de recherches menées en Afrique de l'Ouest sur les politiques de santé en particulier sur la santé maternelle avec les soins prénataux ciblés, les politiques de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), ainsi que les interventions dont le financement est basé sur les résultats, Olivier de Sardan arrive à mettre en exergue les difficultés d'implémentation de ces interventions construites à partir d'environnements qui sont le plus souvent différents de ceux où elles veulent être mis en pratique. En d'autres termes, il s'agit pour ce dernier d'apprécier les facteurs qui expliquent les pratiques d'adoption sélective ou de rejets déguisés, de contournement et même dans une certaine mesure de désarticulation de ces modèles voyageurs implémentés dans des contextes différents de leur contexte de conception.

À partir de l'exemple de l'introduction du partogramme²¹ dans les services santé maternelle, Olivier de Sardan essaye d'appréhender les pratiques d'usage de ces outils par les sages-femmes. Les différentes études conduites auprès des services de santé au Niger et dans des pays voisins font observer des pratiques décalées en rapport avec le partogramme : « in most cases in Niger (but also in neighbouring countries), the partogram is not filled out during labour, but afterwards, often at the end of the service, using standard figures. When a midwife decides to make a referral, it is generally based on her judgement alone and not on a partogram. She then fills it out before the evacuation (it must be attached to the file), taking care to enter the 'right data' (false, but standardised) to justify the referral. » (Olivier de Sardan et al., 2017, p.72). Ces constats ont été établis dans d'autres recherches (Jaffé et al., 2009 ; Jaffré et al., 2012).

Dans une étude réalisée pour comprendre les raisons du remplissage des partogrammes après les accouchements, une des raisons principales avancées par les sages-femmes est la surcharge de travail qui contraint ces dernières à prioriser les actes médicaux. Par contre, les études qualitatives approfondies réalisées auprès de ces dernières ont permis de documenter d'autres facteurs explicatifs de ces pratiques. Sur la liste des raisons explicatives des pratiques de celles-ci, on peut noter comme le cite Olivier de Sardan et al. dans l'article, « the primacy granted to experience (and the resulting flair) is another, more credible, explanatory factor. We can also cite a weak culture of writing among midwives, a profound reluctance in the face of 'bureaucratic' tasks, a professional ethic that is often lacking, subcontracting of births to matrons, trainees or attendants, and the absence or non-functionality of the instruments (tensiometer, thermometer) needed to measure variables (Souley A., 2001; Moussa H., 2004.). Par contre la caractéristique d'outils d'évaluation associée au partogramme dans le cadre des activités de supervision se décline d'après l'analyse des données de l'étude comme un des facteurs spécifiques qui encouragent les normes

²¹ Le partogramme permet un enregistrement graphique, méthodique et synthétique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. Il sert de « système d'alarme précoce » pour toute anomalie dans la progression du travail autorisant la mise en œuvre de mesures de prévention, de transfert de la patiente ou d'accélération ou de terminaison du travail. Il permet de réduire sensiblement le risque de dystocie, de souffrance fœtale, de rupture utérine et les risques ultérieurs d'hémorragie de la délivrance et de septicémie., source <http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10889.html>.

pratiques consistant en l'écriture des "bonnes données", ou données standard, plutôt que les données réelles (qui pourraient indiquer des échecs sur la partie de la sage-femme). » (Olivier de Sardan et al., 2017, p.73).

« Le partogramme est en fait un instrument d'ingénierie sociale (pas un génie biomédical, tel qu'une molécule ou un vaccin), comme c'est le cas de nombreux éléments qui constitue une politique de santé nationale ou internationale. En d'autres termes, son utilisation et son efficacité dépendent essentiellement de la manière dont il est mis en œuvre (ou non) par un système de santé et par les travailleurs de première ligne. Tout dépend, enfin, du comportement des sages-femmes, de leur motivation, de leur compétence, de leur culture professionnelle et de leurs "normes pratiques". En outre, plusieurs autres acteurs sont impliqués dans la diffusion et la mise en œuvre (ou non) du partogramme, tels que les directeurs de maternité (et le type de direction qu'ils exercent), les équipes de gestion des districts sanitaires (et leur mode de supervision), les formateurs de partogrammes, la hiérarchie sanitaire du système de santé national et les organisations internationales et les ONG travaillant dans le domaine de la santé maternelle. Même si les sages-femmes sont les premières concernées, le non-usage du partogramme lors de l'accouchement est le résultat des comportements de toutes ces catégories d'acteurs. » (Olivier de Sardan et al., 2017, p.73).

Le partogramme, comme le décrit Sardan, se distingue par le fait d'être un instrument de l'ingénierie sociale. Pourtant dans la logique des experts qui le développe, le partogramme est conçu comme un outil pour faciliter le travail des sages-femmes dans les zones qui se distinguent par une faiblesse des systèmes de santé. Elle cherche donc à partir d'un regard croisé entre les systèmes sanitaires des pays du Nord bénéficiant d'une technologie de pointe et de l'autre côté ceux des pays à faibles capacités de combler le gap en mettant à disposition des instruments jugés adaptés au problème identifié par ces derniers. Ce regard globalisant des situations socio-économiques des zones d'implémentation de ces outils ignore les contextes spécifiques à l'œuvre dans ces espaces.

« International institutions play a central role as "travel agencies" for models, particularly in the field of health; however, they are not the sole actors—social engineering consultants,

think tanks, communities of practice and medical NGOs are also involved. These institutions justify their interventions based on the intrinsic effectiveness of the model they promote and tend to ignore or minimise the unexpected effects of its implementation in complex contexts little known in the world of the experts and decision-makers. » (Olivier de Sardan et al., 2017, p.76).

L'intérêt accordé à cette approche que développe Olivier de Sardan dans le cadre de notre thèse correspond au besoin de faire une lecture de manière globale des pratiques de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée. La situation d'urgence sanitaire produite par l'épidémie d'Ebola a conduit l'État de la Guinée à faire appel à la communauté internationale au regard de ses faibles capacités à répondre à une maladie dont elle fait la première expérience. Ainsi, l'organisation de la Riposte s'est faite autour d'un dispositif regroupant un ensemble d'acteurs et une transplantation de mécanismes et de technologies pour faire face à l'épidémie qui du fait de son ampleur devenait une menace à l'échelle internationale. Il s'agit par exemple des CTE, des protocoles EDS, des pratiques de communication déjà développées dans le cadre de la gestion de flambée antérieure d'Ebola. De manière particulière, on constate également l'introduction par l'UNICEF d'une approche de mobilisation sociale inspirée des pratiques développementalistes dans la gestion d'une urgence de santé publique qui se distingue par ses caractéristiques et logiques spécifiques.

Cependant, les différentes attitudes et réactions des populations face à l'implémentation des mécanismes et technologies par ces acteurs nous conduisent à investiguer les processus sociotechniques à partir desquels elles ont été introduites. De prime abord, il convient de constater que même si ces technologies ou mécanismes ou connues des expériences dans la gestion d'épidémie d'Ebola, il importe de préciser que l'épidémie de 2014 se développe dans un espace géographique qui fait sa première expérience de cette maladie et se caractérise par un contexte sociopolitique, économique ou culturel distinct des pays de l'Afrique centrale qui ont eu des expériences multiples d'Ebola. L'enjeu est alors de sortir des seuls modèles explicatifs des réactions communautaires basées sur les facteurs socioculturels et d'interroger les aspects contextuels qui ont pu conduire à donner des résultats différents face aux mêmes technologies. Dans cet ordre d'idée, nous nous posons la question de savoir : **dans quelle mesure, les mobilisations communautaires face aux technologies de la Riposte peuvent être mises en relation avec les pratiques de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée ?**

1.1.3 Problématique de l'engagement citoyen dans un contexte post-épidémique

« En ce jour, 1er juin 2016, je déclare au nom de l'Organisation mondiale de la Santé, la fin de la flambée de la maladie à virus Ebola survenue le 17 mars 2016 dans les préfectures de N'Zérékoré et Macenta. Le dernier cas sorti du Centre de traitement Ebola de N'Zérékoré a été déclaré guéri il y a 42 jours, délais recommandés par l'OMS pour déclarer la fin d'une épidémie de la maladie à virus Ebola »²².

C'est en ces mots que Dr Abou B. Gaye, représentant par intérim de l'OMS en Guinée déclare la fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée suite à la résurgence connue en mars 2016 à partir la sous-préfecture de Koropara. Voilà donc presque trois années où la population guinéenne a été confrontée à l'épidémie d'Ebola la plus importante. L'épidémie dite de 2014 connaît un caractère exceptionnel du fait de sa durée, de l'importance des foyers qui ont atteint même le milieu urbain et les capitales des pays les plus touchés. La forte létalité de la flambée, son caractère transnational allant même jusqu'à provoquer des cas hors de l'Afrique, a motivé la communauté internationale en particulier l'OMS à adopter une mobilisation inédite de ressources humaines, logistiques et financières pour mettre fin à l'épidémie qui a menacé la sécurité sanitaire mondiale. On verra même la mobilisation de vaccins et autres formes de traitements non homologués ou à l'état expérimental.

« Nous nous sommes aperçus que cette flambée était différente et que l'approche adoptée avec succès lors des flambées précédentes (détecter et isoler les cas, rechercher les contacts et inhumer sans risque les personnes décédées) ne fonctionnait pas » **Dr Ripley Ballou, vice-président de GlaxoSmithKline (GSK) Biologicals.**

Pourtant les premiers appels pour l'utilisation des candidats vaccins contre la maladie Ebola ont reçu une réponse négative de l'OMS qui décline toute utilisation de vaccin au stade expérimental à l'absence de données humaines et préfère à ce stade se focaliser sur l'approche habituelle durant les premiers moments de son intervention. Cependant le développement de l'épidémie a conduit

²² « OMS | Ebola : course contre la montre pour les vaccins ». WHO. Consulté le 7 février 2017. <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/15-020115/fr/>.

l'OMS à organiser des conférences à Accra et à faire appel à l'expertise internationale et sous régionale africaine en particulier afin de définir la politique de lutte contre l'épidémie. Cependant le développement rapide de l'épidémie avec l'accroissement des foyers, l'éclatement de la chaîne de transmission, mais aussi la forte mortalité au niveau du personnel de santé conduit l'OMS, suite à une réunion organisée les 4 et 5 septembre 2014 avec les principaux spécialistes des vaccins issus des industries pharmaceutiques, du milieu universitaire et des autorités de réglementation, à revoir sa position et de mettre à l'essai quelques vaccins candidats prometteurs pour contribuer à enrayer la flambée de 2014. L'OMS en prenant cette option a sauté une étape du processus d'élaboration d'un vaccin en faisant passer les candidats vaccins à une phase III, c'est-à-dire une utilisation en situation réelle. Le candidat vaccin rVSV-ZEBOV par exemple, passe ainsi à une phase III alors qu'il n'avait pas encore fait l'objet d'une étude de phase II.

Cependant, il convient de rappeler que la mise en œuvre des essais vaccinaux en Guinée durant l'épidémie en particulier dans les CTE (Zmapp, Favipiravir, TKM-Ebola, plasma convalescent, etc.) par différentes institutions de recherche ont également été à l'épreuve des formes d'engagements citoyens pluriels en Guinée. S'il a été observé une mobilisation de certains malades guéris dans la réalisation des essais sur l'immunothérapie par plasmaphérèse de convalescents, on observe dans les mêmes espaces que sont les CTE, une résistance de certains malades à participer aux essais consistant à prendre des molécules thérapeutiques (Favipiravir, Zmapp, TKM-Ebola, etc.).

Ces situations déclinent le prolongement du climat de méfiance entre les populations et les acteurs de la lutte contre Ebola. Les vagues de résistance ont également été observées dans différentes localités dans le cadre de la mise en œuvre du Ring Trial qui est un essai vaccinal visant à prévenir la transmission de l'épidémie d'Ebola par la vaccination des différents contacts et contacts de contacts. Le développement de cet essai s'observe dans un contexte où les différentes technologies mobilisées par la Riposte sont confrontées à la résistance des populations. Autrement dit, la mise en œuvre du Ring Trial a été teintée de réactions négatives de la part de la population avec des discours populaires qui construisent les technologies vaccinales comme les nouveaux mécanismes de diffusion de l'épidémie.

Les succès observés à la suite de l'utilisation du candidat du rVSV de Merck dans la lutte contre l'épidémie, en particulier dans le contrôle de la résurgence de l'épidémie en mars 2016 en Guinée, ont conduit l'OMS à déclarer son efficacité au regard des analyses faites autour de ces résultats. Cependant, si l'utilisation du rVSV ainsi que d'autres candidats vaccins a permis de rompre la chaîne de transmission de l'épidémie notamment avec le ring trial développé par l'OMS et MSF, les vaccins restent également soumis à des passages obligatoires avant leur autorisation de mise en vente. C'est dans la continuité de la recherche du vaccin contre la maladie à virus Ebola que s'inscrit le projet de Partenariat pour la Recherche sur les Vaccins contre Ebola (PREVAC).

L'objectif de l'essai vaccinal est d'apprécier la réaction de l'organisme suite à l'administration du vaccin, de mesurer la précocité de la réponse immunitaire et d'appréhender la durabilité des candidats vaccins concernés. Elle permettra aussi de collecter des informations sur différentes catégories d'âge, en particulier les enfants, qui n'ont pas été intégrées dans les essais au cours de l'épidémie alors qu'ils ont constitué un taux important de la mortalité occasionnée par Ebola. L'essai PREVAC a donc pour objectif de faire une étude comparative de différentes stratégies vaccinales à partir de trois (3) candidats vaccins (Ad26, MVA et rVSV) afin d'améliorer la connaissance autour des effets secondaires relatifs à la prise d'un de ces vaccins, mais également d'apprécier la durabilité du vaccin et la précocité de la réponse immunitaire.

La mise en œuvre de cet essai vaccinal en Guinée intervient dans un contexte très particulier marqué par la résurgence d'Ebola en mars 2016, c'est à dire trois (3) mois après la déclaration de la fin de l'épidémie, mais également un ensemble de dynamiques citoyennes exprimées par les populations. Le contexte post-épidémique est également caractérisé par la peur de la résurgence de l'épidémie au regard des limites exprimées par les différentes technologies disponibles, mais également de la reprise d'Ebola en RDC, pays qui faisait l'objet de sa huitième flambée épidémique. L'essai vaccinal PREVAC est également construit sur la base d'un changement de paradigme qui est passé de la mobilisation des communautés à celui de l'engagement communautaire et la valorisation de la communication sur les risques, piliers forts recommandés dans le Règlement Sanitaire International (RSI). La définition de l'essai PREVAC autour du principe de partenariat en particulier celui communautaire apparaît comme une innovation par rapport au passé des essais cliniques. Il convient de notifier qu'avec la fin de l'épidémie, les Guinéens sont devenus plus mobilisés et engagés à avoir un regard sur les questions de santé. La

preuve, lors des essais vaccinaux développés pendant et en marge de l'épidémie, les attitudes ont aussi été différentes allant du refus à l'acceptation au nom d'une certaine citoyenneté sanitaire.

Dans la continuité de notre thèse, il devient intéressant, au-delà de l'analyse des formes de citoyenneté observées pendant l'épidémie, de faire une lecture contemporaine de la problématique de la citoyenneté. L'intérêt ici est de montrer comment se configure la question de la citoyenneté dans un contexte post-épidémique. Il importe de préciser que même si les vaccins sont au bénéfice des populations, les expériences de mise en œuvre d'essais vaccinaux, durant la période d'épidémie de 2014, conduisent à prendre en compte les effets du contexte post-épidémique récent qui charrie la peur de sa résurgence. Le constat est que paradoxalement, malgré l'histoire récente d'Ebola marquée par les dégâts en vies humaines et la déstabilisation sociopolitique et économique de la Guinée, les populations ont accepté de participer dans l'essai vaccinal PREVAC en s'impliquant en tant que personnes vaccinées, mais également dans les activités de promotion et d'engagement des communautés. La lecture de cette expérience innovante d'engagement des communautés dans les questions de santé nécessite la mobilisation d'une approche d'anthropologie symétrique qui observe à la fois du côté des communautés, mais également du dispositif technique qui met en œuvre l'essai les facteurs explicatifs des dynamiques observées. Sous ce rapport, nous nous posons la question de savoir : **dans quelle mesure l'expérience de l'épidémie a pu influencer les attitudes et réactions communautaires face aux technologies vaccinales proposées à la fin de l'épidémie ? Est-ce que l'expérience d'Ebola, l'histoire de sa gestion ainsi que les réactions communautaires ont une influence sur la manière dont les populations parlent de santé, adoptent des méthodes préventives, acceptent en particulier de participer à un essai vaccinal contre Ebola ? Dans quelle mesure l'expérience de l'épidémie et les formes d'engagement citoyen influencent les modes de gouvernance de l'action publique un contexte post-épidémique marqué par le développement des technologies vaccinales en Guinée ?**

1.2 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

1.2.1 Hypothèse principale

Dans le cadre de cette thèse, nous avançons l'hypothèse selon laquelle : les modes de gouvernance de l'épidémie et les contextes socio-politiques et historiques ont eu une influence sur les réactions communautaires qui ont ainsi produit un engagement citoyen, engagement citoyen qui à son tour a conduit à modifier les pratiques de gouvernance de l'épidémie et de l'action publique en République de Guinée de manière générale.

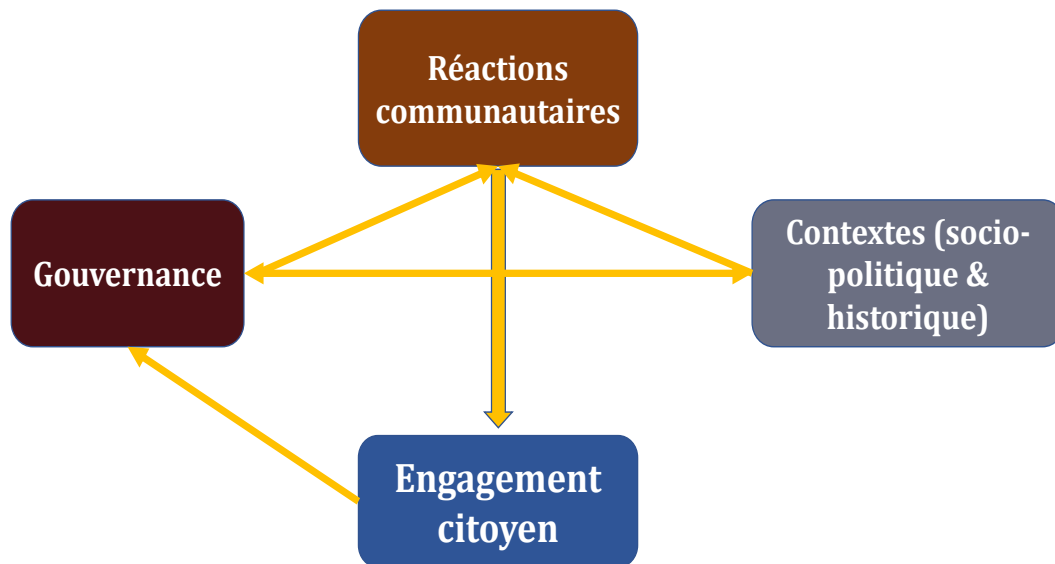


Figure 3 : Schéma opératoire de l'hypothèse (Waly DIOUF, 2016)

1.2.2 Hypothèses secondaires

Afin de mieux étayer le postulat que nous exprimons dans l'hypothèse principale, nous allons proposer des hypothèses secondaires en réponse aux questions secondaires que nous avons adressées et qui permettent de mieux répondre à la question principale de cette recherche. Ce faisant nous considérons dans la suite de ce travail que :

- Les contextes sociopolitiques et ethnico-culturels des différentes zones endémiques de la Guinée construisent des identités citoyennes et favorisent des engagements citoyens différents face aux réponses standardisées de l'épidémie d'Ebola.
- Les cadres multi-acteurs à partir desquels se coordonnent la gouvernance d'Ebola en Guinée ainsi que les pratiques d'importation et d'implémentation de manière mécanique des technologies de gestion de l'épidémie ont une influence sur les réactions ou types d'engagement citoyen des populations à l'égard des activités de la Riposte.
- L'expérience sociopolitique de l'épidémie, les changements de paradigmes de lutte, le focus sur l'engagement communautaire expliquent les formes de participation communautaires et les résistances à l'égard des technologies vaccinales de manière global et de l'essai vaccinal PREVAC en particulier dans une situation post-épidémique.

En résumé, notre hypothèse de travail se décline en un triangle où les différents sommets sont interdépendants. Autrement dit, il existe une interrelation entre les formes d'engagement citoyen développées par les populations en Guinée durant l'épidémie, les contextes sociopolitiques et ethnico-culturels des différentes zones où s'observent ces formes particulières et pluriel de réactions communautaires et les modes de gouvernance de l'épidémie. Sous ce rapport, on peut distinguer dans cette hypothèse, une variable à expliquer c'est-à-dire les formes d'engagement citoyen et deux variables explicatives à savoir les contextes sociopolitiques et ethnico-culturels des zones endémiques et les modes de gouvernance de l'épidémie.

Afin de rendre ces différents concepts observables et mesurables, nous avons à travers l'opérationnalisation défini les dimensions et les indicateurs à partir desquels nous pouvons appréhender ces concepts dans le cadre des activités de collecte d'information. De manière pratique, il s'agit d'un travail de fond visant à rendre saisissables et mesurables les concepts qui sont mobilisés dans cette recherche. Pour ce faire, nous avons proposés à partir du schéma ci-dessous, les différents concepts qui structurent les questions de recherche et les hypothèses de recherche. En d'autres termes, le schéma permet de décliner à la fois la variable à expliquer et la variable explicative. En outre, il met en exergue les différentes dimensions et indicateurs mesurables à partir desquels nous pouvons appréhender notre objet d'étude.

1.3 CONCEPTS OPÉRATOIRES DE RECHERCHE

1.3.1 ENGAGEMENT CITOYEN

De manière générale, on peut définir la citoyenneté comme un ensemble de rapports de droits et de devoir entre un individu et une institution. D'après une certaine production littéraire, cette terminologie ou ce concept trouve son histoire dans la société grecque antique où elle désignait à la fois l'appartenance à un corps politique souverain (démos) qui délibère et établit des lois gouvernant la cité, mais également un ensemble de droits et de protections des personnes que ce corps politique devrait garantir (Bickel, 2007). La référence à cette définition classique de la citoyenneté occulte d'une certaine manière les dynamiques connues par le concept en termes de contenu sémantique.

L'expression ou concept d'engagement citoyen est composé de deux termes qu'il convient de définir de manière distincte afin de mieux l'appréhender sous sa forme composée. Le terme citoyen, qui vient à la base du latin *civis* c'est-à-dire *celui qui habite la cité*, va durant l'antiquité être repris par la terminologie grecque pour désigner les qualités d'un homme libre et jouissant dans l'État dont il relève, des droits civils et politiques lui permettant de participer à la gestion des affaires publiques, et notamment du droit de vote, par opposition aux étrangers. La citoyenneté qui désigne l'ensemble des formes d'expression de la notion de citoyen implique également en dehors des droits, un ensemble de devoirs et d'obligations dont le citoyen doit s'acquitter. Aristote considère dès lors que le citoyen est celui qui a la faculté de participer au pouvoir délibératif et judiciaire, mais également qui participe également à la vie de la cité. En d'autres termes, le fait d'être citoyen offre par contre le développement d'une identité et une appartenance à une communauté avec qui, on partage la commune volonté de vivre ensemble.

Dans le cadre de cette thèse, nous utilisons ce concept pour rendre compte des différentes formes d'expression de la citoyenneté en Guinée durant l'épidémie de maladie à virus Ebola. De manière concrète, la notion d'engagement citoyen renvoie aux réactions communautaires qui se déclinent à travers les discours, les attitudes, mais également les pratiques ou comportement des populations face à Ebola et aux technologies de sa gestion. Autrement dit, la notion d'engagement citoyen ne renvoie pas ici seulement au droit de vote et à une commune volonté de vivre. Elle renvoie aussi à la volonté de construire son mode de vie, d'exiger et de jouir de ses droits, de défendre son

territoire, sa collectivité, ses convictions politiques et religieuses, ses concitoyens. Deux dimensions permettent d'observer le phénomène :

- La dimension idéale, imaginaire qui se reflète à travers les discours et les attitudes.
- La dimension pratique qui se traduit par les actes de contestations, de mobilisation, de participation à toute activité ou action collective (politique, sanitaire, religieuse) présidée par une idée de citoyenneté, de patriotisme et de solidarité.

L'engagement citoyen peut se traduire par les actes (participation aux activités, aux mobilisations, aux actions) ou par les idées, adhésion à une philosophie, une idéologie, une politique. L'engagement citoyen peut être positif ou négatif, individuel ou collectif. Il peut concerner plusieurs champs (sanitaires, sociaux, politiques, etc.) et peut se manifester à travers différentes catégories sociales (jeunes, femmes, personnes âgées, politiciens, leaders communautaires, religieux, etc.).

Plusieurs types de faits sont à mettre en lien avec ce que nous nommons engagement citoyen. Par exemple, sur le plan discursif, nous notons un imaginaire d'action lié à l'étiologie de la MVE, les théories de complot/soupçon ou de représailles mystiques qui conduisent à des attitudes revendicatives et contestataires lesquelles, à leurs tours, mènent à la dimension pratique du concept : l'engagement et la participation active à des mobilisations sociales ou politiques, à des actes de violences ou de solidarité, à des actions de prévention, de conscientisation, de sensibilisation, de sécurisation, de pillage des symboles de la lutte contre Ebola (CTE, voitures et équipements des humanitaires, infrastructures publiques, etc.).

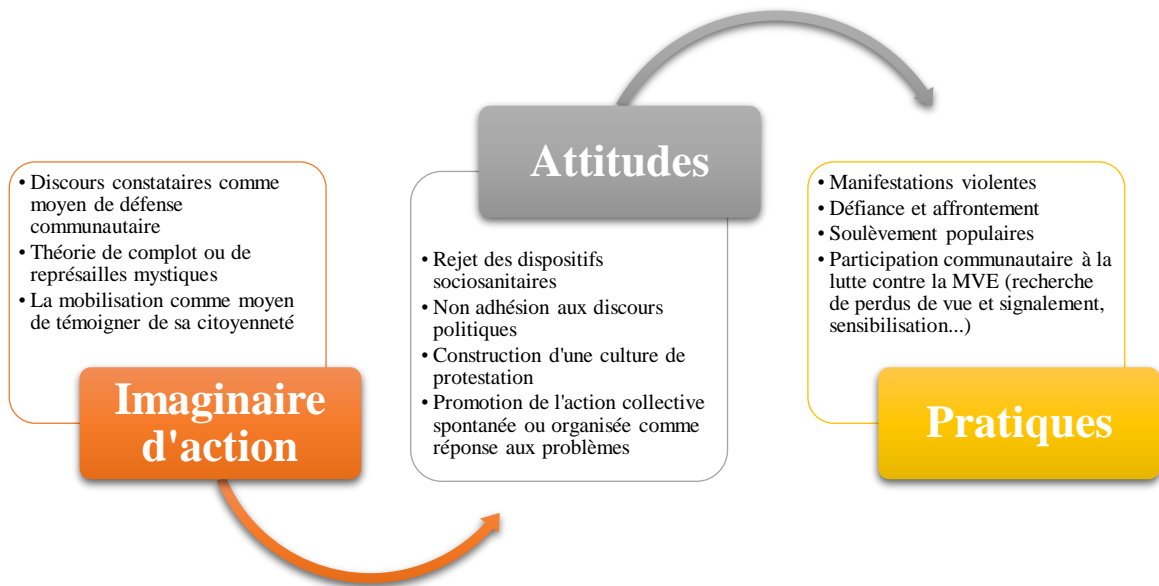


Figure 4 : Schéma opérationnel du concept d'engagement citoyen, (Waly DIOUF, 2016)

1.3.2 GOUVERNANCE

Le terme ou concept gouvernance est devenu de nos jours l'expression à la mode dans le monde du développement ou de l'action publique de manière globale. Au sens étymologique, la gouvernance renvoie aux termes grecs « kyberman » et « kybernetes » qui signifient respectivement « naviguer » et « piloter ». Il est de plus en plus difficile de s'accorder sur une définition consensuelle autour de la gouvernance au regard de la grande diversité de ses techniques et de ses acteurs (Pitseys, 2010).

En France, c'est entre le XIII^e et le XIV^e siècle que le terme gouvernance est utilisé pour désigner l'art de gouverner ; durant cette période donc, les termes gouvernement, gouvernance et gouverne renvoyait tous à la métaphore du gouvernail d'un navire et désigner ainsi « l'action de piloter quelque chose » (Gaudin, 2003, p.27). Cependant avec l'émergence de la notion d'État moderne à partir du XVI^e siècle impulsé par les réflexions de Machiavel (1513) et Jean Bodin (1576), on assiste à une forme d'assimilation de cette forme d'État au terme gouvernement pour distinguer son monopole du pouvoir dans la conduite des politiques publiques.

C'est vers les années 90 que le concept de gouvernance est réintroduit à partir des pays anglo-saxons en particulier aux États-Unis par des économistes et politologues dans l'analyse des politiques publiques, mais également dans la sociologie des organisations. Le concept sera également mobilisé par les institutions internationales (ONU, Banque Mondiale, FMI, etc.) pour désigner « l'art ou la manière de gouverner, mais avec deux préoccupations supplémentaires ; d'une part, bien marquer la distinction avec le gouvernement en tant qu'institution ; d'autre part, sous un vocable peu usité et donc peu connoté, promouvoir un nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la société civile à tous les niveaux » (Paye, 2005, p.1-2).

La notion de gouvernance est donc appréhendée sous l'idée de gestion contrairement à celle d'exercice d'un pouvoir. Le terme anglais *governance* renvoie aux pratiques de gouvernement des entreprises, c'est-à-dire l'ensemble des principes qui permettent d'avoir une répartition des pouvoirs au sein de l'entreprise. On constate dès lors une réappropriation du concept par la littérature managériale. Sous ce rapport, la gouvernance consiste donc, selon sa nouvelle appréhension, en un ensemble de dispositifs mis en œuvre afin d'assurer la coordination entre les différents acteurs détenteurs de pouvoir et qui ont la charge de prendre des décisions pour la réalisation d'une action collective.

De nos jours, le terme gouvernance est très fréquemment utilisé pour parler de la gestion des politiques publiques, et même dans le monde des relations internationales. C'est un terme qui est utilisé par différentes disciplines pour traiter de sujet comme la manière dont les États définissent et conduisent des politiques publiques en relation avec d'autres catégories d'acteurs. Même si traditionnellement l'État avait le monopole de la mise en œuvre des politiques publiques, les différents échecs observés au cours de l'histoire de cette forme d'approche vont conduire à une réflexion sur une nouvelle approche managériale qui implique la participation d'autres catégories d'acteur. Cette nouvelle approche va se distinguer de la notion de gouvernement qui se caractérise par la centralité du pouvoir, sa configuration hiérarchique, autoritaire et coercitive vis-à-vis des espaces où il s'applique. La gouvernance, en tant que nouvelle approche, va plutôt avoir un caractère horizontal permettant l'implication de plusieurs catégories d'acteur étant différentes formes de pouvoir et de ressources.

Son usage actuel tient du contexte de crise de l'État-providence entre les années les 1970 et les 1990 marquées par les changements sociaux, économiques et politiques ayant conduit à un changement de paradigme et une évolution de l'appareil d'État. En effet, les difficultés connues par les États, durant cette période sur la réponse aux demandes sociales multiformes, favorisent l'émergence des approches territoriales de développement ainsi que l'implication de nouveaux acteurs (partenaires privés, associatifs, etc.) traduisant une rupture par rapport aux formes traditionnelles de participation politique des citoyens à l'action publique (Hamel et Jouve, 2014). En d'autres termes, la gouvernance va renvoyer à partir de ce moment à une « réappropriation » du politique par des acteurs sociaux en raison de la crise de l'État-providence entraînant une diminution progressive de ces capacités (Ayeva, 2003). C'est à ce titre que Jean Pierre Gaudin considère que « la gouvernance serait le dépassement des politiques antérieures qui ont montré leurs limites et leurs insuffisances » (Gaudin, 1999 :9).

Cette nouvelle approche de la notion de gouvernance interroge également les rapports entre ces différents acteurs, mais également la multiplicité des cadres de pouvoir sur lesquels l'analyse classique semble inopérante. Cannet (2004) considère à ce titre qu'une analyse actuelle de la notion de gouvernance en raison des dynamiques connues par le concept devrait « privilégier plutôt l'analyse en réseaux, au sein desquels une pluralité d'acteurs échange et interagisse sur le mode de la coopération ou de la concurrence, ce qui implique une nouvelle forme procédurale à la fois de la prise de décision, mais aussi de l'action publique » (Cannet, 2004, p.3). C'est dans cette même logique que Thuot (1998), dans sa définition de la gouvernance, la considère comme un ensemble de mécanismes de coordination d'une action collective inscrits dans un « ordre organisationnel qui est davantage négocié entre les acteurs du système ». Cette notion de négociation entre les parties prenantes ou stakeholders selon la terminologie anglo-saxonne dont tient compte le concept de gouvernance met en exergue la rupture du caractère unilatéral et vertical de la prise de décision et rend mieux compte des différentes interactions qui constituent les processus horizontaux par lesquels les champs de la gouvernance devenue multi acteur se configurent et s'organisent (Le Galès, 2004).

« La gouvernance, comme la globalisation et la mondialisation, est une notion des années 1990. Cette notion de gouvernance marque l'émergence de nouveaux modes d'administration des sociétés et des relations internationales. La gouvernance implique des

négociations permanentes, sur un pied d'égalité, entre les grands acteurs du système : États, organisations, entreprises... Avec la gouvernance, le champ social devient un terrain de jeu. Le pouvoir ou l'autorité au lieu de dicter d'en haut ses priorités se contente de réguler, d'arbitrer. Le but de la collectivité ou de la société n'est plus quelque grand dessein transcendant, mais le libre épanouissement des activités de tous. » (Moreau Defarges, 2003, p.96)

Même sous cette configuration, il s'observe toujours une absence de consensus autour de la définition de la gouvernance qui se caractérise de plus en plus par la grande diversité de ses usages. L'émergence, par exemple, du concept de bonne gouvernance à partir de la théorie micro-économique des années 90 dans les pays anglo-saxons va conduire à une nouvelle forme d'appréhension du concept. Les institutions financières, en particulier la banque mondiale, vont s'approprier du concept pour orienter les nouvelles politiques de développement, mais également toute l'action publique de manière générale dans les pays en voie de développement. Ces nouveaux usages multiformes du concept de gouvernance ont ainsi produit un ensemble de critiques au regard de son usage permanent dans le cadre de l'action publique. Cependant, Pitseys (2010) considère que « certaines de ces critiques ne sont pas sans fondement, et il est vrai que la gouvernance représente davantage une manière de penser l'action publique qu'un dispositif précis.

Dans le cadre de notre thèse, le concept de gouvernance sera mobilisé pour rendre compte des différentes pratiques de gestion de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Ainsi nous la définissons comme l'ensemble des processus technico-politiques et sociaux à partir desquels les différents acteurs organisent et co-produisent des actions de lutte contre Ebola en Guinée. Celle-ci décline également des rapports de force dans le jeu du pouvoir dynamique et évolutif qu'entretiennent les différentes catégories d'acteurs aux agendas distincts, mais qui porte sur un objectif commun. La gouvernance est aussi en dehors des processus, le résultat d'un ensemble d'actions co-produites à différentes échelles. C'est à ce titre que nous portons un intérêt particulier sur les cadres institutionnels, les ressources (humaines, matérielles, financières et technologiques) et les résultats (adaptation, rejets, interactions conflictuelles entre acteurs, rapports de pouvoir qui en ont découlé). À ce titre, nous allons d'abord nous intéresser dans un premier niveau à faire la cartographie des différents acteurs, ensuite des cadres ou instances de gouvernance et enfin les ressources à partir desquelles se mettent

en œuvre les actions de lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée pour en apprécier les différents résultats.

L'agence canadienne de développement international (ACDI) propose une définition de la gouvernance qui met en exergue différentes dimensions essentielles du concept. Autrement dit, selon l'ACDI, « la gouvernance englobe les valeurs, les règles, les institutions et les processus grâce auxquels des particuliers et des organisations tentent d'atteindre des objectifs communs, de prendre des décisions, d'instaurer l'autorité et la légitimité, et d'exercer des pouvoirs »²³. Ceci amène à prendre en compte l'articulation des acteurs, des intérêts, des pratiques et des modes de planification, de production, de gestion des biens publics dans le cadre de la décentralisation. Et la capacité à gérer (efficacement, avec efficacité et cohérence) toute forme d'organisations et d'activités liées au domaine de la santé. Il s'agit d'un système de règles/normes et d'institutions qui supposent donc une (ré) organisation des structures de pouvoir et de gestion par les parties prenantes. C'est un processus de décisions politiques et techniques qui implique la recherche du consentement et de la négociation nécessaire à une action collective aux regards d'intérêts particuliers. Dans cette perspective, elle prend en compte la description des acteurs, des pratiques et des logiques, mais également les capacités managériales des parties prenantes dans la délivrance des biens publics (en termes de comportements, d'attitudes et de compétences). Par ailleurs, la notion de gouvernance désigne également toute une panoplie d'initiatives locales ou régionales, sociales ou communautaires qui ne s'inscrivent pas dans les cadres de fonctionnement mis en place. On pourrait distinguer les indicateurs des dimensions :

- ✚ Les institutions et cadres officiels d'intervention (Unité de coordination, Commissions, Plateforme) ;
- ✚ Les niveaux ou espaces de gouvernance : national, régional, local ou communautaire d'application

²³ ACDI. « Examen des programmes de gouvernance de l'ACDI », Site de l'Agence canadienne de développement international, [En ligne], [http://www.acdida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Evaluations2/\\$file/Review_of_Governance_Programming_in_CIDA-FR.pdf](http://www.acdida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Evaluations2/$file/Review_of_Governance_Programming_in_CIDA-FR.pdf) (Page consultée le 22 juillet 2008)

- ✦ Les acteurs impliqués ou les parties prenantes : (État, partenaires techniques et financiers, laboratoires de recherche et industriels du médicament, société civile, organisations à base communautaire) ;
- ✦ Les ressources : humaines (médecins, paramédicaux, mobilisateurs sociaux, etc.), matérielles, financières et technologique (CTE, EDS, Thermoflash, engagement communautaire, etc.)

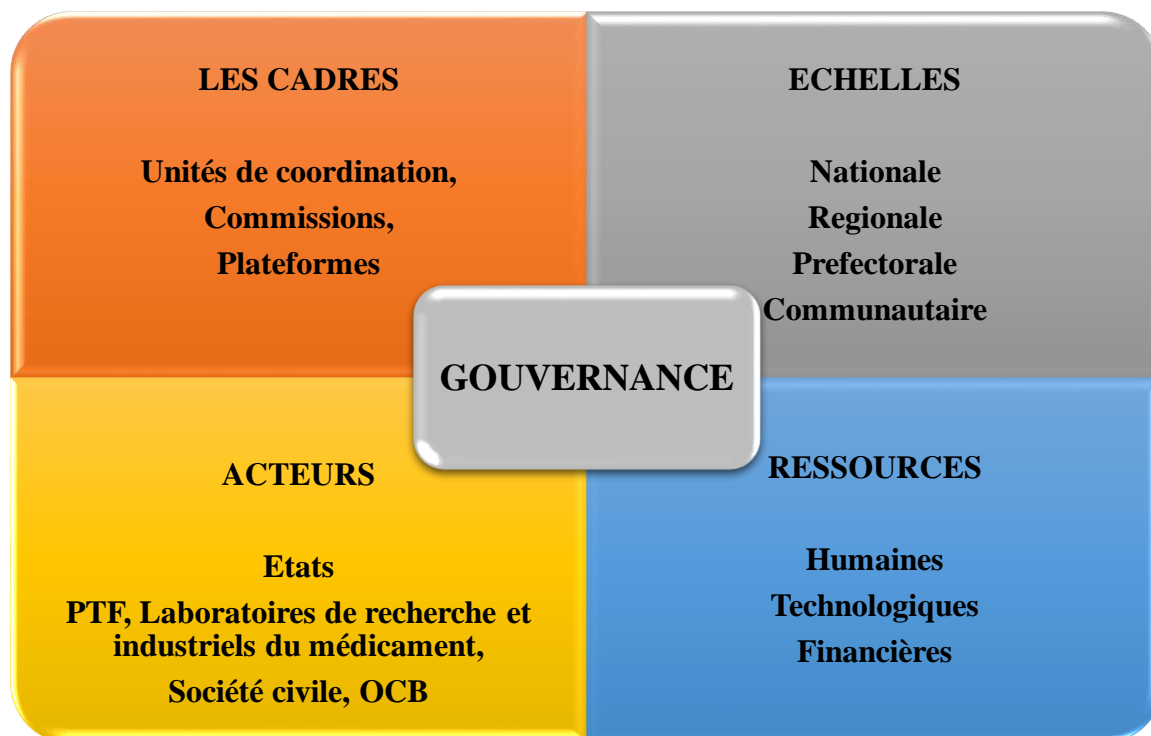


Figure 5 : Schéma opérationnel du concept de gouvernance, (Waly DIOUF, 2016)

CHAPITRE II : CADRE ANALYTIQUE DE RÉFÉRENCE

1.1 L'ANTHROPOLOGIE SYMÉTRIQUE, UNE POSTURE MÉTHODOLOGIQUE D'ANALYSE DE L'ACTION PUBLIQUE

«Lorsqu'ils analysent les projets de développement, certains anthropologues refusent d'étudier de façon symétrique les "développeurs" et les "développés", avec la même démarche compréhensive, wébérienne, qu'ils revendiquent pourtant légitimement pour les populations qu'ils étudient habituellement. » (Lavigne Delville, 2011, p.509)

Cette assertion de Philippe Lavigne Delville constitue le point de départ d'une entreprise de remise en cause de l'analyse anthropologique sur les politiques publiques et du développement de manière globale. Elle se traduit en un processus dont l'aboutissement est de dépasser cette lecture unilatérale des rapports entre développeurs et développés dans le cadre de l'analyse de l'action publique. L'implication de la recherche anthropologique dans le monde du développement s'est longtemps distinguée dans son analyse en orientant son regard sur la manière dont les populations reçoivent, expérimentent et participent au non aux différentes interventions mis en œuvre dans leur environnement dans l'optique d'améliorer leurs conditions d'existence. Cette tendance conduit dès lors à reproduire la vision d'une anthropologie engagée du côté des développeurs pour comprendre les facteurs du côté des développés qui font que les interventions mises en œuvre ne permettent pas d'atteindre les objectifs définis.

Dans son article intitulé « Pour une anthropologie symétrique entre développeurs et développés », Philippe Lavigne Delville part du constat de la rareté des études autour des dispositifs d'intervention dans le cadre de l'analyse des projets de développement ou du développement de manière globale. À ce titre, ce dernier va, à partir de deux études faites sur l'intervention d'ONG, porter plus son regard sur les dispositifs qui mettent en œuvre ces interventions. L'auteur part du postulat suivant : « l'absence d'intérêt porté aux dispositifs d'intervention et aux développeurs comme objets de recherche pose des problèmes dès lors que les anthropologues affirment analyser ces interventions et leurs effets, et ce d'autant plus qu'elle se combine avec un populisme plus "idéologique" que "méthodologique" : des problèmes méthodologiques, voire déontologiques, au sens où cela induit des lectures partielles, parfois biaisées ou hautement discutables des projets

étudiés ; des problèmes scientifiques au sens où cela laisse dans l'ombre des dimensions importantes de ce qu'est l'intervention de développement en pratique » (Lavigne Delville, 2011, p.491).

Pour faire, il cite les travaux de Claude Ardit qui dans ses études fait le constat selon lequel « développeurs d'hier et ONG actuelles, qui “conseillent” les paysans afin qu'ils deviennent plus professionnels, ont en commun une absence totale de désir de connaissance des sociétés locales » (Claude Ardit, 2004 : 841 cité par Lavigne Delville, 2011, p.492). En partant de l'exemple de l'intervention de deux ONG, l'AFDI (Agriculteurs français et développement international, ONG d'agriculteurs français), et le BELACD, une ONG tchadienne d'épargne-crédit, Ardit met en exergue l'incohérence entre les interventions ou modes d'action de ces développeurs et les stratégies paysannes des développés c'est-à-dire les paysans Sara du Tchad. Autrement dit, les objectifs de transformation des paysans en entrepreneur qui conduisent les ONG à développer un ensemble d'interventions et de conditions afin de leur permettre de produire plus et de s'inscrire dans un régime d'épargne et d'investissement se confrontent ou s'opposent à ce qu'Ardit nomme l'« éthos de la consommation immédiate intimement lié à une exigence de redistribution à laquelle sont soumis les riches » (op.cit.). Il s'observe dès lors un décalage entre l'offre des intervenants et les attentes des paysans.

La seconde intervention sur laquelle repose l'analyse de Lavigne Delville est une étude réalisée par Sophie Caratini (2005) sur l'échec d'un projet d'électrification rurale dénommé Alizés Électrique mis en œuvre par une ONG française, le Gret, entre 1995 et 1997 dans le Trarza mauritanien. À partir d'un système de pompage éolien, le projet avait pour objectif de permettre aux ménages abonnés de bénéficier de sources d'énergie pour faire fonctionner des appareils électriques. Un comité de gestion a été dès lors mis en place pour assurer le fonctionnement du service. Cependant, les enquêtes réalisées par Caratini en 2002 mettent en exergue un échec du projet qui selon l'auteur n'est rien d'autre qu'une résultante de la « logique de kit technico-gestionnaire » à partir de laquelle le projet a été défini : « Pour “réussir” ou tenter de prévenir l'échec, les schémas techniques sont doublés de schémas de transformation de la société. [...] Le financement du progrès est désormais conditionné par la soumission des populations à des modèles d'organisation issus d'une pensée technico-gestionnaire unique qui met les individus “sous contrat” et distribue les droits et devoirs de chacun, y compris celui de la sanction » (Caratini,

2005, p.75 cité par Lavigne Delville, 2011, p.495). En effet comme le souligne l'auteur, l'imposition de ce modèle a remis en cause les formes d'organisation et de hiérarchies sociales déjà à l'œuvre dans la zone du projet et fait fi des clivages opposant certaines catégories et qui sont préexistant au projet. De plus, on va ajuster dans l'évolution du projet, l'implication de nouveaux acteurs avec notamment la coopérative de maintenance qui vont avec le comité de gestion constituer un dispositif inspiré du projet Alizés Pompage développé quelque années plutôt et qui s'est avéré être un succès. Cependant, l'absence de résultats similaires entre les deux projets conduit Caratini à développer une hypothèse autour du cadre institutionnel et organisationnel du projet qui renvoie aux différents manquements dans la conception du projet qui constituent les germes de son échec certain.

Or Lavigne Delville considère que l'analyse aurait pu être complétée par une lecture comparée des facteurs explicatifs entre, d'un côté, les succès du dispositif et de l'autre ses échecs dans deux projets différents. Autrement dit « si c'est bien cette logique technico-gestionnaire imposée, couplée de démocratisation imposée, inhérente au fantasme d'ingérence de l'ONG qui explique l'échec d'Alizés Électrique, pourquoi cela n'a-t-il apparemment pas été le cas dans le cas d'Alizés Pompage ? (Lavigne Delville, 2011, p.498). En partant de cette hypothèse, il considère que Caratini aurait pu ainsi constater que les mêmes contradictions internes au dispositif ont conduit à l'arrêt des éoliennes dans le projet Alizés Pompage. Cependant, le fait qu'une partie significative des équipements, soit toujours fonctionnelle, pourrait s'expliquer selon Lavigne Delville d'un processus de réappropriation de la gestion du projet par les acteurs locaux "au-delà du modèle initial et de ses ambiguïtés éventuelles, pour en faire quelque chose de viable" (ibid, p.499) ou bien même sur un résultat pas bien exploité par Caratini : "On ne saurait mettre sur le même plan les besoins en électricité et en eau potable. En pays maure, seule l'eau peut générer une dynamique véritablement 'collective'. [...] Personne ne saurait en être privé, car, l'eau, c'est la vie, partant la survie du groupe, alors que l'électricité apparaît comme un luxe individuel" (op.cit.). Ainsi, il s'observe que la transposition d'un modèle d'intervention ayant décliné un succès sur le domaine de l'eau n'a pas pu donner les mêmes effets sur le domaine de l'électricité qui constituent deux types de service ne bénéficiant pas des mêmes représentations locales.

En faisant un recul sur les deux études, Lavigne Delville distingue une asymétrie dans l'approche développée par les auteurs. Il souligne à ce titre que "loin d'être dans une démarche inductive,

partant de l'analyse empirique fine d'un cas permettant de remonter à une interprétation plus générale, nos deux auteurs utilisent le projet qu'ils étudient comme 'illustration' de leur thèse, sous couvert d'une enquête de terrain dont la durée est ambiguë. Ils mêlent ainsi un populisme 'idéologique' à une posture de 'déconstructions du discours', qui 'permet de se livrer sans risques à des énoncés catégoriques, assésés sans souci des nuances, et sans tenir le moindre compte de contre-exemples éventuels [...] (Olivier de Sardan 2001 : 735). Dès lors que ces travaux prétendent analyser des interventions concrètes, mettent en avant des ONG précises, une telle démarche relevant alors des 'délices douteux de la stigmatisation' (Le Naëlou & Freyss 2004 : 730), pose en plus de sérieux problèmes déontologiques." (Lavigne-Delville, 2011, p.501). Pourtant si cette approche d'analyse des projets de développement a depuis un certain moment conduit la société civile et les institutions engagées dans le monde du développement à accommoder leurs interventions pour atteindre leurs objectifs, elle occulte le regard critique qui doit être fait sur les développeurs autant dans leur manière de faire, mais également les ontologies à partir desquelles se définissent et s'orientent leurs interventions. De manière générale, une anthropologie des dispositifs à partir desquelles les développeurs déroulent des programmes d'intervention sociale associée à une anthropologie des développés, c'est-à-dire ceux vers qui sont orientées les différentes interventions, paraît beaucoup plus exhaustive que "les lectures partielles" (ibid., p.491) que produit l'absence d'intérêt porté aux dispositifs d'intervention.

Cette posture a d'ailleurs été employée par Sylvain L. Faye article intitulé « L'exceptionnalité d'Ebola et les "réticences" populaires en Guinée. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique ». En effet dans son analyse des réactions communautaires qui s'observent en Guinée durant la période de l'épidémie, fait le constat d'une asymétrie dans les lectures faites autour de l'épidémie : toutes les analyses sont orientées vers les communautaires qui semblent être les porteurs des différents freins au contrôle et à la maîtrise de l'épidémie. Or Faye considère qu'il fallait sortir des communautés et s'intéresser aux dispositifs de soins, aux soignants et aux "lieux de soins", aux politiques et aux différents cadres à partir desquels se discutent, se coordonnent et se définissent les différentes actions de lutte contre l'épidémie. Par ailleurs, une telle approche, symétrique dans sa forme considère que l'anthropologue doit se situer au point médian où il peut suivre des deux côtés les protagonistes sans concéder de privilège épistémologique ou ontologique à l'un d'entre eux (Latour, 1991, Faye 2015). En outre, cette approche permettrait de sortir des seuls discours et vision culturalistes de la maladie et considérer

les attitudes et les pratiques des acteurs comme des “situations du quotidien” qui prennent corps dans une histoire, un contexte social, des jeux de pouvoir à documenter aussi.

L’intérêt pour nous de convoquer cette posture méthodologique répond dans le cadre de notre thèse au besoin de prendre en compte les dimensions implicites et explicites des facteurs pouvant permettre de comprendre notre objet d’étude. Une large littérature disponible autour de l’épidémie d’Ebola en Guinée s’articule à discuter les facteurs socioculturels et le contexte politique qui structurent l’environnement où se développe la nouvelle épidémie pour en comprendre la production importante de dynamiques observées durant la période de l’épidémie. Il convie pour nous de lire les différents événements qui se produisent en Guinée durant la période de l’épidémie d’Ebola en tenant compte autant des contextes socioculturels et politiques en œuvre dans les zones concernées par l’épidémie, mais également de porter un regard critique sur la manière dont le dispositif, en charge de conduire les actions, met en œuvre la gouvernance de la lutte contre Ebola. En d’autres termes, d’interroger la gouvernance de l’épidémie, est un des moyens pour appliquer une approche symétrique en discutant dans quelle mesure le fait de regarder aussi du côté du dispositif de la lutte peut être productif.

1.2 MODÈLE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE

Le modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques

Les études sur les politiques publiques ont débuté vers les années 50 aux États-Unis avec les « political studies » ou « government studies » réalisées par des sociologues au compte de l'État pour l'aider à évaluer et améliorer ses politiques publiques. En France, vers les années 80, c'est sous la houlette de Bruno Jobert et Pierre Muller que va s'ouvrir dans le champ des sciences politiques l'intérêt vers l'analyse des politiques publiques à travers la production du premier ouvrage *L'État en action* (Jobert et Muller, 1987) qui marque l'ouverture vers une tradition française de l'analyse des politiques publiques. Contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, l'école française est restée dans une science politique peu ouverte à l'interaction avec l'État qu'elle considère plutôt comme un objet de recherche. Pour intégrer la dimension contemporaine de l'analyse des politiques publiques au regard des évolutions du champ de recherche, Jobert et Muller (1987) vont concilier l'analyse de l'action publique et l'analyse de l'État prendre en compte les différentes composantes nécessaires au nouveau champ de la science politique en France que constitue l'analyse des politiques publiques.

Aux États-Unis, Charles O. Jones (1970) va être un des grands auteurs à promouvoir une méthode d'analyse des politiques publiques à partir de ce qu'il nomme l'approche séquentielle. L'auteur considère que, quel que soit le type de politique publique qu'on tente d'analyser, il incombe d'identifier les différentes séquences qui la composent pour mieux en comprendre la substance et les effets. Même si dans la littérature il existe une importante production autour de l'approche séquentielle de l'analyse des politiques publiques, le modèle que propose Jones dans son manuel intitulé *An Introduction in Study of Public Policy*, est celui qui est le plus cité comme modèle. Jones dans cet ouvrage divise le processus de politique publique en cinq (5) séquences :

- ✚ L'identification du problème : cette phase est celle où le problème est porté à l'attention du gouvernement. Elle englobe la perception des événements et leur définition en matière de politique publique, l'agrégation des intérêts et l'organisation des demandes et enfin, la représentation et l'accès aux autorités. On peut remarquer que cette séquence recouvre à la fois les questions de l'émergence du problème et de son inscription sur l'agenda.

- ✚ Le développement du programme : ici, le problème est pris en charge et traité par le gouvernement et se transforme en programme ou politique publique ; il devient objet d'action publique et se trouve par conséquent formalisé. Des solutions au problème sont formulées, légitimées (par le biais d'un consentement politique) et le gouvernement se les approprie afin de définir le cours de son action. Afin de clarifier encore le modèle, il est possible de diviser cette séquence en deux étapes distinctes : celle de la production de solutions ou d'alternatives, et celle de la décision proprement dite.
- ✚ La mise en œuvre du programme : la mise en œuvre de la politique décidée suppose l'organisation des moyens à disposition pour y parvenir, l'interprétation par l'administration de la politique telle que définie par les autorités publiques et, enfin, son application sur le terrain.
- ✚ L'évaluation du programme : il s'agit, au cours de cette séquence, d'apprécier les effets compris comme étant ceux dus à l'action gouvernementale en question. Cela inclut la spécification des critères de jugement à retenir, la mesure des données à disposition ainsi que leur analyse.
- ✚ La terminaison du programme : cette phase est celle de l'arrêt de l'action publique étudiée. Elle est consécutive de la résolution du problème, et suppose donc l'abandon du programme ou la mise en place d'une nouvelle action et constitue une phase de changement.

De manière globale, Jones considère en gros que faire l'analyse d'une politique publique consiste à répondre aux questions suivantes : comment est née la politique publique, comment elle arrive dans l'agenda politique et comment elle est mise en œuvre. L'intérêt de la première question sur les conditions d'émergence des politiques publiques rend compte du fait qu'il n'existe pas très souvent de lien de cause à effet entre un problème social (économique, sanitaire, etc.) et la manière dont elle se traduit sur les agendas politiques. L'observation donne plutôt lieu le plus souvent à des scènes de négociation où se confronte un ensemble d'acteurs aux logiques, ontologies et objectifs différenciés avant d'arriver à son inscription dans un agenda politique. Ce qui implique de préciser ici qu'une question peut constituer un problème de société sans forcément donner lieu à sa traduction dans l'agenda politique. En guise d'exemple on peut convoquer le programme Fonds mondial qui est spécifiquement orientée vers certains types de maladies (SIDA, paludisme, tuberculose) au détriment d'autres (Hépatite, Cancer, maladie cardio-vasculaire, etc.) qui

constituent également des problèmes de santé publique, mais qui par absence de mise à l'agenda se retrouvent dans le lot des maladies négligées.

Dans son article intitulé « de l'intime au politique : le sida en Afrique, objet en mouvement », Fred Eboko partage l'analyse autour de ce qu'il nomme un modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques (2004). Généralement, la question de l'émergence des politiques publiques avait le plus souvent un caractère national ou local, c'est-à-dire porté par les populations ou des acteurs au niveau local qui arrivaient à en faire une politique publique. Cependant, à travers ses études sur le Sida en Afrique, Fred Eboko va chercher à montrer que la question de « la mise à l'agenda d'une politique de santé ne correspond pas toujours à l'existence d'un problème social, mais elle répond aux intérêts et mobilisations de divers acteurs dans un contexte spécifique » (Eboko, 2015). En effet, en faisant une comparaison des différentes politiques et programmes développés en Afrique dans le domaine de l'éducation, l'environnement et la santé, Eboko distingue une uniformisation des processus et des partenariats multiples promus par les mêmes catégories d'acteurs qui interviennent dans l'action publique en Afrique dans le contexte post ajustement structurel.

En appliquant le modèle d'analyse séquentielle à l'analyse des politiques de lutte contre le SIDA en Afrique par exemple, Eboko arrive, en questionnant les conditions d'émergence de ces politiques, à distinguer qu'elles ne sont pas forcément liées aux contextes épidémiologiques des pays africains. Le premier constat de Eboko est que la question de l'émergence des politiques de lutte contre le SIDA ne s'est pas faite sur le continent africain même si elle reste l'espace géographique le plus concerné par la pandémie. Par contre, c'est au niveau international que la question a été remontée, d'un point de vue politique, au niveau de l'OMS et a donné suite à un programme mondial de lutte en 1986 et a inspiré les programmes nationaux de lutte contre le SIDA au pays du Sud avec le Sénégal comme premier pays africain à mettre en place ce programme dans la même année. Dès lors, l'usage du concept de modèle dissonant permettait de rendre compte de ces nouvelles conditions d'émergence des politiques publiques qui constituent une perspective intéressante.

Eboko, va également s'intéresser aux conditions de développement et à la mise en œuvre des programmes qui constituent le second et le troisième palier de l'analyse de la politique publique. Cependant la transplantation de la politique de lutte contre le SIDA dans les pays du Sud pose de

nouveaux défis à l'analyse. Les différents pays où se mettent en œuvre les programmes de lutte contre le SIDA, présentent des profils épidémiologiques différents avec des pratiques de mise en œuvre diversifiées. Dans l'optique de faire une analyse de la mise en œuvre de la politique de lutte contre le SIDA dans les différents pays de l'Afrique, Eboko va employer une approche comparative des différents pays, basée sur une lecture de l'histoire de la mise en œuvre de la politique publique. Ainsi pour chaque pays investi, il s'agit de documenter la situation socio-économique et politique du pays au moment où les premiers cas de personnes infectées sont découverts, d'identifier les actions entreprises dans chaque pays ainsi que les acteurs impliqués, les résultats enregistrés et les types de leadership produits. À partir de ces différentes cartographies, Eboko procède à une classification des pays selon quatre modèles :

- ✚ Participation active : modèle des pays (exemple du Sénégal et de l'Ouganda) où la mobilisation s'est déroulée de manière proactive face à l'épidémie avec une mise en œuvre ponctuelle des programmes et standards élaborés à partir du programme mondial.
- ✚ L'adhésion passive : modèle beaucoup plus diffus dans les pays africains suite aux programmes verticaux institués par l'OMS, se traduisant par l'absence de mobilisation au niveau interne laissant ainsi le champ à l'État comme acteur singulier qui met en œuvre les programmes de lutte en signe de son adhésion aux normes internationales qu'on lui demande de respecter.
- ✚ Le modèle de la dissidence active : inspiré de l'expérience de l'Afrique du Sud qui décide à partir d'avril 2000 de promouvoir une approche locale de la lutte contre le SIDA au détriment des recommandations et discours internationaux sur la manière de conduire et de mettre en œuvre les programmes de lutte contre le SIDA.
- ✚ État militant : modèle développé par le Botswana avec un leadership des autorités politiques, mais également le développement d'un programme gratuit au traitement contre le SIDA pour tous les citoyens du pays avec un financement à 90 % réalisé par le gouvernement du Botswana et 10 % par des partenaires financiers internationaux.

Ces différents modèles rendent compte des expériences diverses de gouvernance de la lutte contre le SIDA en Afrique. Ce modèle d'analyse des politiques publiques de Eboko qui s'inspire de la tradition de l'approche séquentielle de Jones constitue, dans le cadre de notre thèse, une grille de lecture à partir de laquelle nous comptons faire une analyse de la gouvernance de la lutte contre

Ebola en Afrique de l'Ouest, et en particulier en Guinée, que nous considérons comme une forme d'action publique. La notion de politique publique renvoie à un programme d'action gouvernementale doté d'un budget et qui va mobiliser des acteurs avec qui il entretient un lien. De manière générale, l'analyse des politiques publiques renvoie à cette action ou processus par lequel l'État définit et oriente des interventions en direction de la population en mobilisant des ressources.

Toutefois, dans le cadre des politiques publiques, il s'observe aujourd'hui la présence d'une constellation d'acteurs (société civile nationale et internationale avec les organisations non gouvernementales et les associations, la coopération bilatérale, etc.) qui ne dépendent pas de l'État et qui sont impliqués dans ce processus. Cette situation est explicative du glissement sémantique induisant un usage de l'expression action publique au détriment de politique publique qui tient beaucoup plus compte de la pluralité d'acteurs. Ce changement est aussi consécutif à l'évolution observée dans le monde du développement à partir des années 90, qui marque la période où les États africains sont accompagnés, formatés et encadrés à partir des programmes verticaux initiés par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire Internationale en réponse à la situation de sous-développement des pays du Sud, mais également des politiques d'ajustement structurel.

Ainsi, à partir de la combinaison de l'approche séquentielle de Jones (1970) et du modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques de Eboko (2015), nous allons dans cette thèse faire une analyse du dispositif de lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée afin d'apprécier son incidence sur l'expression inédite de la maladie à virus Ebola en Guinée durant la période comprise entre la fin de l'année 2013 et l'été 2016. L'intérêt accordé à ce modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques tient du fait qu'il nous permet d'interroger la manière dont la gouvernance de la lutte contre l'épidémie d'Ebola est définie et organisée. De manière concrète, il s'agira de faire une cartographie des différents acteurs et de décrire les formes d'interaction entre l'État, les partenaires et les populations qui constituent le réseau d'acteurs de la gouvernance de l'épidémie. L'objectif est ici pour nous de voir en quoi les modes de gouvernance de cette action publique peuvent porter en elles-mêmes les germes d'engagement citoyen participatifs, contestataires ou encore revendicatifs observés chez les communautés.

1.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.3.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est d'analyser et comprendre les formes de mobilisations communautaires face à Ebola et aux technologies de sa gestion qualifiées de « réticence » à la lumière des contextes socio-politiques et historiques, mais aussi des pratiques de gouvernance de l'épidémie en République de Guinée

1.3.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agira dans le cadre de cette thèse de :

- ✚ Décrire et analyser les contextes sociopolitiques et historiques de la Guinée-Forestière et de la Basse-Guinée et leurs liens avec les discours sociaux sur l'épidémie, les attitudes et les pratiques des populations face à Ebola et aux technologies de la Riposte ;
- ✚ D'analyser les modes de gouvernance de l'épidémie à partir d'un dispositif regroupant un ensemble d'acteurs nationaux et internationaux et les formes produites d'engagements citoyens en Guinée face à la Maladie à Virus Ebola et aux technologies de la Riposte ;
- ✚ Identifier ce que les pratiques de gouvernance d'Ebola produisent comme formes d'engagements citoyens durant l'épidémie et dans un contexte post-épidémique.

CHAPITRE III : TERRAINS ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1 TERRAINS DE L'ÉTUDE

L'approche que nous proposons dans cette partie est de faire un chapitre réflexif sur la manière dont nous avons mené notre étude. Au préalable, il est important de préciser que la recherche que nous avons eu à mener en Guinée a connu différentes temporalités qui se reflètent dans les processus de collecte d'informations et des outils mobilisés à cet effet. Sous ce rapport, la présente étape va nous permettre de préciser de manière concrète, l'approche que nous avons développée dans le cadre de la collecte de nos données. Nous allons également dans cette partie faire une présentation des terrains de l'étude, mais également des procédures d'identification et d'échantillonnage des cibles de notre recherche.

1.1.1 Cadre d'étude

Les recherches que nous avons eu à mener dans le cadre de notre thèse ont eu pour cadre la Basse-Guinée. Dénommée également Guinée-Maritime, elle est l'une des quatre régions naturelles de la Guinée, située dans la partie ouest du pays et limitée au nord-ouest par la Guinée Bissau, au Nord par la Moyenne Guinée, au Sud-Est par la Sierra Leone et au Sud par l'océan Atlantique. La région naturelle est, au plan administratif, répartie en trois régions (Boké, Kindia et la zone spéciale de Conakry qui est de surcroît la capitale de la Guinée), 7 préfectures et 45 sous-préfectures. La Basse-Guinée a un climat maritime appelé climat sub-guinéen. La zone est balayée par la mousson et l'alizé maritime occasionnant une importante pluviométrie avec une moyenne de 1800 mm et des températures élevées dans la plus grande partie de l'année. Ces caractéristiques climatiques font de cette zone un domaine à fort potentiel pour les cultures vivrières (riz, patate, manioc) et les cultures de rente (banane, ananas, palmier à huile). La position côtière de la région naturelle offre également un potentiel en matière de pêche. Pour finir, la région naturelle de la Basse-Guinée dispose d'un sous-sol riche en ressources minières en particulier la bauxite, ce qui explique la présence d'industrie d'exploitation minière à l'instar de la Compagnie de Bauxite de Guinée à Boké, ou encore la Compagnie de Bauxite de Kindia (CBK) à Kindia ainsi que la Compagnie RUSAL à Fria.



Figure 6 : carte de la Guinée avec un découpage en fonction des quatre (4) régions naturelles²⁴

La Basse-Guinée s'étend sur une superficie de 44 000 km² avec une population totale estimée à 2 316 180 habitants soit 21,79 % de la population générale et constitue la seconde densité après la Haute-Guinée, qui regroupe une population de 2 645 453 habitants, soit 24,89 % de la population du pays. La population est en majorité composée par la communauté Soussou avec une bonne représentation des autres communautés du fait de la proximité de la capitale, Conakry, zone de forte dynamique économique et qui favorise un exode rural. Au-delà du français qui constitue la langue officielle, le Soussou est la langue la plus parlée par les populations même si les langues Peul et Malinké y sont bien véhiculées. Plus de 85 % de la population pratique la religion musulmane.

La figure particulière de la Basse-Guinée est d'avoir été concernée par la phase critique de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée. Au moment où les différentes interventions ont permis une maîtrise des foyers épidémiques et un recul drastique des cas d'infection en Guinée-Forestière, la Basse-Guinée va devenir à partir de ce moment le nouvel épice de l'épidémie. La forte dynamique démographique associée à différents autres facteurs va favoriser une

²⁴ <http://www.ambaguinee-france.org/wp-content/uploads/2015/05/CarteGuinee.png>

amplification de l'épidémie dans la région naturelle. La Basse-Guinée va ainsi inscrire l'un des plus grands scores de l'épidémie avec à son compte 1762 cas cumulés (cas suspects, probables et confirmés), soit 46,3 % et 1079 décès, soit une létalité, 61,2 %, un peu en dessous de la moyenne nationale estimée à hauteur de 66,7 %. La capitale Conakry, la préfecture de Forécariah et la préfecture de Coyah arrivent successivement en tête de liste sur le tableau du nombre de cas cumulés d'infection et de décès dus à la maladie à virus Ebola.

Préfecture	Cas cumulés	Décès	Létalité	Date confirmation dernier cas
Boké	36	22	61,1%	01/07/2015
Boffa	53	43	81,1%	21/04/2015
Dubréka	160	101	63,1%	25/08/2015
Fria	17	10	58,8%	11/07/2015
Coyah	244	140	57,4%	21/07/2015
Forécariah	485	336	69,3%	29/10/2015
Télimélé	43	20	46,5%	30/12/2014
Kindia	113	85	75,2%	20/04/2015
Conakry	611	322	52,7%	13/10/2015
Total Basse-Guinée	1762	1079	61,2%	////
Total Guinée	3804	2536	66,7%	29/10/2015

Tableau 1 : Situation de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2014-2015 (René Migliani, 20 Décembre 2015)²⁵

Les différentes activités de recherche et de collecte de données réalisées dans le cadre de cette thèse ont été menées dans les préfectures de Coyah et Forécariah, mais également au niveau de la capitale Conakry. Les différentes localités visitées ont concerné différents moments de collecte, mais également différents éléments constitutifs de notre problématique de recherche. De manière spécifique, la sous-préfecture de Maférinyah (Forécariah) et la commune de Dixinn (Conakry) ont

²⁵ https://www.mesvaccins.net/textes/Situation_epidemie_Ebola_Guinee_20_decembre_2015_.pdf

été investies en raison du fait qu'elles abritent les sites de vaccination de l'essai PREVAC. Nous nous proposons donc dans ce qui suit de faire un travail de description des différentes localités qui ont constitué notre cadre d'étude.

1.1.1.1 Coyah

La préfecture de Coyah est une subdivision administrative de la République de Guinée. Située à l'ouest du pays, dans la région naturelle de la Basse-Guinée, cette préfecture fait partie de la région administrative de Kindia. Elle est limitée Nord par la préfecture de Dubréka, au Sud la préfecture de Forécariah, l'Est par la préfecture de Kindia et à l'ouest par la zone spéciale de Conakry. Le territoire de cette préfecture est traversé par les axes routiers reliant la capitale Conakry aux principales villes du pays. Elle est l'une des plus grandes agglomérations du pays avec à son compte trois (3) sous-préfectures (Manéah, celle de Kouriah et de Wonkifong) en plus de la commune urbaine. Elle regroupe en 2010-2011 une population estimée à plus de 158 000 habitants, soit une densité de 74 habitants au km². Sa superficie actuelle est de 217 000 ha soit 2 177 km.

À partir de mars 2015, nous nous sommes intéressés à cette zone qui se distingue de par sa position géographique. Coyah est la porte d'entrée pour la capitale et constitue également une zone carrefour et de transit. Desservant l'ensemble du pays, elle subit une dynamique démographique largement déterminée par l'accroissement urbain de la capitale. L'intérêt porté sur cette préfecture est qu'elle constitue l'une des préfectures qui ont enregistré le plus de cas d'infection à la maladie à virus Ebola dans la région naturelle de la Basse-Guinée. La zone active constituée par les préfectures de Forécariah et Dubréka ainsi que la capitale Conakry va faire de Coyah, une zone à haut risque de contamination. Dans cette optique, la préfecture s'est, dans le cadre de lutte contre l'épidémie, bonifiée d'une importante présence d'acteurs venus appuyer le dispositif local de lutte porté par les services techniques déconcentrés et décentralisés. Les différentes ONG et les institutions nationales et internationales y ont pour la plupart une représentation.

Si les premiers cas sont notifiés vers le mois d'août 2014, la préfecture restera une zone active pendant presque une année : le dernier cas confirmé est enregistré en la date du 21 juillet 2015 et la fin de l'épidémie déclarée quarante-deux (42) plus tard conformément aux dispositions de l'OMS, précisément le 21 septembre 2015. Au total, 244 cas cumulés sont enregistrés avec 140 décès, soit une létalité de 53,4 %. Pour faire face aux difficultés d'accès du CTE de Donka à

Conakry au regard de l'état des routes, mais également les embouteillages, caractéristique particulière de Conakry, un CTE va être construit au niveau de Coyah dans la sous-préfecture de Wonkifong à partir du mois de décembre 2014 pour faciliter la prise en charge des malades de la Basse-Guinée.

L'installation de cette technologie de la Riposte contre Ebola va pourtant faire l'objet de vives contestations et d'affrontement même entre les acteurs et les communautés en particulier de la sous-préfecture de Wonkifong. Cet événement qui s'inscrit dans un cadre global de rapports difficiles entre les communautés et les acteurs du dispositif de lutte contre l'épidémie rend fertile l'analyse des formes de mobilisation communautaire au regard du contexte géographique et culturel différent de la Guinée-Forestière. La préfecture de Coyah, en particulier les localités de Bonfé et Nasser dans la commune rurale de Wonkifong, a fait aussi l'objet de la mise en œuvre des activités de vaccination avec le ring trial promu par l'OMS en partenariat avec MSF. Les expériences de l'implémentation de l'essai vaccinal autour des cas contacts ont été également un élément intéressant à documenter pour nous dans un contexte d'épidémie afin d'apprécier les pratiques d'implication des communautés face à ces innovations sanitaires.

1.1.1.2 Forécariah

La Préfecture de Forécariah est une subdivision administrative de la Guinée. Cette préfecture, située en Basse-Guinée, au Sud-Ouest du pays, est limitée au Nord par la préfecture de Coyah, à l'ouest par l'océan Atlantique, à l'Est par la préfecture de Kindia et au Sud par la Sierra Leone. Sur le plan administratif, elle dépend de la région de Kindia et est subdivisée en neuf (9) sous-préfectures : Allasoyah, Kaléyah, Farmoriah, Moussayah, Sikhourou, Kakossa, Kaback, Benty et Maférinyah. La partie ouest est une zone côtière basse, caractérisée par des mangroves et des rizières, traversée par de petits fleuves côtiers. Au nord-est, le relief s'élève (jusqu'à 1124 mètres près de Sikhourou), annonçant le massif du Fouta Djalon. Couvrant une superficie de 4 250 km², elle compte une population estimée à 116 464 habitants, soit une densité de 27 habitants/km². Forécariah est arrosée par le fleuve Kissi-Kissi long de 25 km se jetant dans l'océan Atlantique, traversé par un pont en fer d'une longueur de 225 m qui mène sur le centre-ville.

D'après une légende, la dénomination Forécariah viendrait de la déformation du nom du marabout Fadé Katiby Touré, fondateur de ladite préfecture ; en d'autres termes Forécariah signifierait, la

ville de Fodé Katiby Touré. Même si la religion musulmane y est dominante, les religions catholiques et protestantes sont présentes. Zone agropastorale, ses activités principales sont : la culture, la pêche, l'élevage, le maraîchage. La position de zone frontalière qu'occupe Forécariah en fait une zone de grande dynamique en termes de personne et de bien. L'activité économique y est très en essor au regard des flux d'échanges commerciaux dans cette zone, ce qui justifie le caractère cosmopolite de sa population avec une présence des communautés des pays limitrophes, notamment le Liberia et la Sierra Leone. Elle constitue également une porte d'entrée vers la Sierra Leone.

La préfecture de Forécariah a été une des préfectures les plus marquées par l'épidémie d'Ebola en Guinée. Au total, on dénombre un cumul de 485 cas d'infection à la maladie à virus Ebola, dont 336 cas de décès, soit une létalité de l'ordre de 69,3 %. La particularité de la préfecture de Forécariah a été d'avoir enregistré beaucoup de « réticence » à l'endroit des activités de la Riposte, ce qui a fait que la préfecture malgré le transfert d'un ensemble d'acteurs vers la zone a pris beaucoup de temps avant de s'affranchir de l'épidémie.

1.1.1.3 Conakry

D'après une légende très populaire en Guinée, Conakry viendrait de la déformation du prénom d'un paysan Baga, ethnie primo résidente sur l'île de Tombo, et qui produisait du vin de palme. Les usagers de ce vin disaient donc pour décrire l'endroit où il allait, « je vais chez Cona », et pour indiquer le fait qu'il se trouvait sur l'autre rive, disait « nakiri ». La contraction de ces deux termes va d'après cette légende donner le nom de Conakry qui est aujourd'hui la capitale de la République de Guinée. Ancien territoire du Royaume de Dubréka fondé par les Soussous qui ont été accueillis sur cette espace par les Baga vers 1600. À partir de 1885, le roi de Dubréka cède une partie de l'île de Tombo aux Français qui vont par la suite annexer toute l'île et en faire la nouvelle capitale de la colonie des Rivières du Sud, dénomination donnée à l'ancienne entité territoriale française établie en Afrique de l'Ouest avant de devenir la capitale de la République de Guinée à la suite de son indépendance en 1958.

On parle très souvent de Guinée pour distinguer le pays des autres pays tel la Guinée Bissau ou la Guinée Équatoriale. La ville est une presqu'île située sur la côte de l'Océan Atlantique et limitée au Sud par la préfecture de Coyah. La ville est subdivisée en cinq communes : Kaloum, Dixinn,

Ratoma, Matam et Matoto avec une population estimée à plus de trois (3) millions d'habitants. La population est majoritairement composée de Soussou avec une bonne représentativité des autres ethnies de la Guinée, notamment les Malinkés, les Peuls et le groupe des forestiers. À l'instar des autres capitales en Afrique de l'Ouest, Conakry concentre la plupart des infrastructures publiques, créant ainsi vaste mouvement démographique de l'intérieur vers la ville.

Dans le cadre de l'épidémie d'Ebola en Guinée, le caractère urbain et la dynamique des flux démographiques ont été des éléments décisifs dans la démultiplication des foyers épidémiques dans la capitale Conakry. En raison de cette situation, la capitale commence dès la fin du mois de mars 2014 à notifier ces premiers cas de malades d'Ebola qui pour la plupart sont constitués par des personnes venues de l'intérieur du pays à la recherche d'une meilleure qualité de soins dans un contexte de faiblesse de l'offre de soins en dehors des zones urbaines.

611 cas cumulés ont été notifiés au niveau de la ville dont 322 cas de décès, soit une létalité de 52,7 %. Conakry va cependant bénéficier d'un ensemble d'infrastructures, notamment le CTE installé dans le CHU de Donka, le Centre de Traitement des Soignants (CTS) géré par les services de santé de l'armée française (SSA) réservé à la prise en charge du personnel soignant infecté dans le cadre de leur exercice ainsi que le CTE de Nongo à la suite de la fermeture du CTE de Donka. Conakry va constituer également le centre des opérations de lutte contre l'épidémie avec la mise en place de la coordination nationale de lutte contre Ebola. Les différents partenaires techniques et financiers de l'État ainsi que la société civile nationale et internationale ont également eu à développer un paquet d'interventions en direction des communautés pour rompre les chaînes de transmission et endiguer l'épidémie. Cependant, les différentes interventions des acteurs vont être entravées par les attitudes et comportements de défiance des communautés participant ainsi à une démultiplication des foyers épidémiques.

L'intérêt de travailler sur la capitale Conakry tient du fait que les métropoles sont considérées le plus souvent comme les lieux de la modernité ; les populations y ont accès plus facilement aux services sociaux de base à l'opposé des localités situées à l'intérieur qui sont considérées comme moins ouvertes. Ces considérations ont été à la base des premières lectures des mobilisations communautaires face à l'intervention du dispositif de lutte en Guinée-Forestière. Quand donc quelques moments après le développement de l'épidémie des cas commencent à s'observer au

niveau de la capitale Conakry et un peu plus tard au niveau de la région naturelle de la Basse-Guinée, l'observation des mêmes formes d'attitudes de défiance de la part des communautés va relancer l'intérêt de la recherche autour des événements inédits qui se produisent en Guinée. En outre, le choix du cas de Conakry réside également dans le fait qu'on assiste pour une première fois avec la flambée de 2014 à une épidémie d'Ebola qui sévit en milieu urbain. Cette nouvelle caractéristique particulière de l'épidémie d'Ebola pose de nouveaux défis en matière de gouvernance dont l'expérience de la Guinée mérite d'être documentée dans cette thèse.

1.1.1.4 Guinée-Forestière

La Guinée-Forestière est l'une des quatre régions naturelles qui composent le territoire national de la République de Guinée. Situé sur la partie Sud du pays à la frontière avec le Liberia et la Sierra Leone, elle couvrant une superficie de 49 374 km². Au plan administratif, elle est composée par la région de N'Zérékoré, qui est subdivisé en six préfectures : Beyla, Guéckédou, Lola, Macenta, N'Zérékoré et Yomou. La région se distingue par un relief accidenté composé de collines et de dépressions profondes avec une grande partie de l'espace couverte par une forêt dense primaire qui renferme une faune et une flore ainsi que d'importants gisements de minerais notamment avec le mont Nimba qui culmine sur une hauteur de 1752 m. Au plan démographique, la région connaît la présence de différents groupes ethniques avec les Kissis, les Kpèlès (ou Guerzé), les Lomas (ou Tomas), les Manon et autres appartenant au grand groupe des ethnies communément appelés les Forestiers. On y distingue aussi la présence d'autres groupes ethniques en particulier les Malinkés et les Peuls en raison des vagues migratoires connues dans cette zone durant la période coloniale et même celle postcoloniale. La zone se distingue aussi par son statut de zone de refuges des populations déplacées des pays frontaliers en raison des troubles sociopolitiques enregistrés au lendemain des indépendances.

Préfecture	Cas cumulés	Décès	Létalité	Date confirmation dernier cas
Beyla	47	28	59,6%	08/01/2015
Guéckédou	382	316	82,7%	20/12/2014
Lola	111	84	75,7%	23/02/2015
Macenta	744	501	67,3%	26/02/2015

N'zérékoré	256	181	70,7%	23/01/2015
Yomou	11	5	45,5%	07/09/2014
Total Guinée- Forestière	1551	1115	71,9%	////
Total Guinée	3804	2536	66,7%	29/10/2015

Tableau 2 : Situation de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2014-2015 (René Migliani, décembre 2015)

L'intérêt porté dans notre thèse à la Guinée-Forestière est qu'elle constitue la zone où ont été notifiés les premiers cas d'infection au virus Ebola vers la fin du mois de mars 2014. Si des études rétrospectives ont permis de remonter le cas index en décembre 2013 dans un village nommé Meliandou dans la préfecture de Guéckédou, c'est finalement le 23 mars que l'épidémie est déclarée par le gouvernement sur cette partie du pays qui se caractérise par la faiblesse en infrastructures sociales de base. La région enregistre à elle seule plus de 40 % des cas de contamination avec des importants au niveau des grandes agglomérations telles que Guéckédou, Macenta et N'Zérékoré. Même si les différents efforts du dispositif ont permis de contenir et d'éradiquer l'épidémie vers la fin du mois de février 2015, c'est dans cette même région que va plus tard, en mars 2016, être observée la résurgence de l'épidémie avec les premiers cas notifiés dans le village de Koropara.

Même si nous n'avons pas dans le cadre de cette thèse réalisé des activités de recherche sur les localités concernées par l'épidémie dans la région naturelle, nous avons eu à réaliser une étude rétrospective avec les acteurs qui ont conduit les activités de la Riposte dans cette partie de la Guinée. Avec l'accalmie connue par l'épidémie au niveau de la région Forestière et sa recrudescence en Basse-Guinée, la coordination nationale a procédé à un redéploiement de ses ressources vers les nouvelles zones actives. Cependant, même si les différents protocoles de gestion de l'épidémie ont permis comme décrit plus haut à contenir l'épidémie, le transfert du dispositif semble ne pas produire les mêmes effets dans la Basse-Guinée. L'analyse de l'application de ce dispositif qui renvoie à ce que Olivier de Sardan qualifie de « modèles voyageurs » dans des espaces géographiques qui se distinguent de par leur profil socio-culturel et

historico-politique, mais également du fait qu'ils expérimentent l'épidémie à des périodes distinctes, décline tout un intérêt dans le cadre de notre thèse.

1.1.2 Présentation des localités visitées

Durant notre séjour dans les préfectures de Coyah et Forécariah, nous avons eu à visiter un certain nombre de localités. Ces dernières présentent des spécificités qui se distinguent par la particularité des événements qui y sont passés, des interventions qui y ont été réalisées, mais aussi en particulier des attitudes et comportements développés par les populations en relation avec les interventions mises en œuvre par les différents acteurs de la Riposte. Cependant, le choix de ces différentes localités est hasardeux et dépendait beaucoup plus des occasions de documentation que nous avons en suivant les équipes de la Riposte en particulier les équipes de mobilisation sociale, d'investigation ainsi que les équipes chargées des enterrements sécurisés.

❖ Kounsouta

Kounsouta est un des 14 districts qui constituent la commune rurale de Wonkifong. Ce district, doté d'un poste de santé, avait jusqu'au mois de mars 2015 enregistré trois (3) cas de malade à virus Ebola, dont un (1) décès communautaire, un (1) cas référé au CTE, mais qui n'a pas survécu et un (1) cas qui s'est évadé et qui est mort quelque temps plus tard à Conakry. L'épidémie a concerné qu'une seule famille dans la localité jusqu'au jour de notre arrivée et importé dans le village par un parent de cette famille venu recourir à de soins auprès de l'infirmier du poste de santé du village qui était une de ses anciennes connaissances. La famille était toujours dans le processus de suivi, car les différents membres sont à leur seconde expérience de suivi des contacts au moment de la collecte des données. Les différentes activités de recherches conduites dans ce village ont porté notamment sur les expériences familiales de l'épidémie, l'expérience des technologies de la Riposte avec la procédure de suivi des contacts, mais également l'internement dans le CTE et de l'expérience sociale de la guérison sociale et de la survivance. Un intérêt particulier a été également porté sur l'implication du personnel de santé dans la gestion du cas.

❖ Coyah Nord 2

Le quartier Coyah Nord 2 est un des 15 quartiers de la commune urbaine de Coyah. Dans ce quartier, nous nous sommes intéressés à la famille qui est considérée comme l'épicentre de la maladie Ebola dans la localité. Cette étiquette résulte du fait que le premier cas, une dame guérisseuse traditionnelle de profession, d'après les investigations a été infectée dans le cadre l'exercice de ses fonctions par un patient malade et a par la suite infecté plus d'une vingtaine de membres de sa famille dont en particulier les deux (2) femmes de son jeune frère qui s'occupaient d'elle dont l'une a finalement succombé et l'autre est sortie guérie. Les recherches autour de cette localité ont été beaucoup plus orientées sur les différents discours et appréhensions de l'épidémie d'Ebola, mais également les différentes formes d'engagement citoyen adoptées par les populations. Il convient ici de préciser que Nord 2 est un quartier de la commune urbaine de Coyah commence à enregistrer ces premiers cas d'Ebola à partir du mois d'août 2014, c'est-à-dire plus de 5 mois après la déclaration de l'épidémie en région forestière.

❖ **Nasser**

Nasser est un des 14 districts de Wonkifong qui a été un site où les vaccins préliminaires contre Ebola ont été administrés. Depuis le début du mois de mars 2015, deux essais vaccinaux ont été lancés en Guinée, dont une première vague concernait le personnel soignant qui a été infecté suite à leur contact avec des malades. La deuxième vague a été mise en œuvre à partir du 25 mars et à concerner les contacts. Cette deuxième vague de l'essai vaccinal, dit « en ceinture » a été réalisée dans le District de Nasser (Wonkifong). La vaccination « en ceinture » consistait à identifier les patients récemment infectés et à vacciner tous leurs proches pour créer une « ceinture d'immunité » et ainsi stopper la propagation du virus. Elle a été basée sur une participation volontaire et concernait tous les adultes consentants (à l'exception des femmes enceintes). Même si différents essais cliniques ont été développés au niveau des CTE, l'intérêt autour des premières expériences d'essai vaccinal au niveau communautaire sur des populations saines, mais qui résidait dans des zones actives nous a conduits à nous intéresser à cette localité.

❖ **Kaback**

Kaback est une commune rurale insulaire, au bord de l'océan Atlantique, à 60 km de la préfecture de Forécariah. Dominée par l'activité maritime et l'agriculture, particulièrement la riziculture, Kaback compte une population estimée à 28 000 habitants. Étant l'une des deux plus petites sous-

préfectures de la Basse-Guinée, elle est une presqu'île établie sur 116,2 km², réparti en 8 districts, 32 secteurs, 64 hameaux. Avec l'abondance de sa pluviométrie et sa position stratégique (zone côtière bordant le littoral), elle constitue le « grenier de la Guinée ». En raison de sa constitution géographique (formée d'une large étendue de terres émergées essentiellement composée de vase et de sable et d'une presqu'île latéritique), elle reste à la merci des intempéries telles l'érosion côtière. Les digues de protection construites pour protéger la localité ne parviennent très souvent pas à retenir l'avancée de la mer, ce qui produit avec une certaine fréquence des dégâts conséquents sur les cultures et les habitations dans les villages de Youlayen, Tonguiron, Manké, Bossimiya ou Yélibanet.

Les difficultés d'accès à cette localité qui s'explique par la carence en voies de communication ont été un des obstacles particuliers des activités de la Riposte. Les populations sont confrontées à des difficultés criardes de mobilité, entre l'île et le reste du pays, occasionnées par l'absence d'infrastructures routières. Cette absence d'investissement en termes d'infrastructures sociales de base associée à la situation d'insularité de la localité renforce le sentiment d'exclusion sociale produisant des rapports conflictuels envers l'État. C'est seulement en 2013 avec la phase II du Programme Nationale des Infrastructures Rurales (PNIR 2) que l'île a bénéficié d'un pont de 100 mètres de longueur et d'une piste de production de 10 km reliant Kaback à la sous-préfecture de Maférinyah. Au-delà, la configuration géographique de Kaback en fait une zone de refuge, une zone de non-droit où, du fait d'un sentiment d'exclusion, les populations sont réfractaires à l'intervention de l'État. Kaback a donc fait l'objet d'affrontement entre les populations et les acteurs de la Riposte ; à plusieurs occasions des acteurs ont été victimes de violences physiques dans des villages au niveau de Kaback. À Youlayen, une équipe de missionnaires évangéliques a fait l'objet d'une séquestration dans cette localité, ce qui a nécessité même l'intervention des autorités administratives locales. Le caractère particulier de cet événement tient compte du fait que les personnes concernées par les attitudes de violence des communautés sont des pasteurs d'une église baptiste qui depuis 2006 réalisent des interventions dans la localité à travers la dotation en puits dans un contexte marqué par un accès difficile à l'eau potable. L'événement est survenu dans le cadre d'une mission d'expertise des installations réalisées par la structure. La généralisation des attitudes de méfiance qui s'observe même envers des catégories d'acteurs qui ont avant l'épidémie eu à interagir avec les communautés décline une des caractéristiques qui remettent à jour la spécificité des mobilisations communautaires dans le cadre de l'épidémie d'Ebola en Guinée.

❖ Les sites de mise en œuvre du projet PREVAC

L'essai vaccinal PREVAC est un essai de phase II multicentrique développé dans les trois pays qui ont été les plus concernés par l'épidémie d'Ebola en 2014. Elle s'inscrit dans la continuité de la lutte contre la maladie à virus Ebola qui a démontré, de par son ampleur et la durée de la récente flambée de 2014 dans l'espace Makona, les défis qu'elle posait en termes de sécurité sanitaire à l'échelle internationale. C'est dans cette optique qu'au-delà des efforts de lutte contre l'épidémie, l'accent est aujourd'hui mis sur la recherche des vaccins qui constitue les mécanismes les plus prometteurs pour faire face à la menace que constitue le virus Ebola. L'étude est mise en œuvre par un consortium d'acteurs dont l'INSERM en tant que sponsor et l'ONG ALIMA en tant qu'opérateur de terrain. L'étude est également bâtie sur différents types de partenariat dont en particulier celui avec les communautés dans les différentes zones de mise en œuvre de l'essai. L'étude est mise en œuvre en Guinée sur deux sites à savoir un site urbain au niveau de la capitale Conakry précisément dans la commune de Dixinn et un site rural au niveau de la sous-préfecture de Maférinyah.

✓ Dixinn

Dixinn est une des cinq (5) communes de la zone spéciale de Conakry. Elle est limitée à l'est par la commune de Matam, à l'ouest par la commune de Kaloum et l'Océan Atlantique, au nord par la commune de Ratoma et l'océan Atlantique et au Sud par la Commune de Ratoma. La commune s'étend sur une superficie de 40,05 km² et est subdivisée en 22 quartiers et 125 secteurs. Au plan climatique la commune est balayée par un climat tropical caractérisé par des températures élevées et une pluviométrie abondante. La commune a connu des foyers d'épidémie de la maladie à virus Ebola au cours de la flambée de 2014. Les différentes activités de la Riposte développées avec le concours avec des populations de ladite commune ont permis d'arriver à éteindre les différents foyers de contamination. Le succès des activités de lutte s'observe aussi au regard des cas de personnes ayant survécu à la maladie et résident ladite commune.



Photo 1 : Landréah, site urbain de l'essai vaccinal PREVAC (Source : ALIMA, mars 2017)

✓ **Maférinyah**

Maférinyah est une des neuf (9) sous-préfectures de la préfecture de Forécariah dans la région de Kindia. Elle couvre une superficie de 500 km² et est située à environ 75 km de la capitale Conakry. Elle est située à équidistance entre les préfectures de Coyah et de Forécariah et compte sept (7) districts ruraux (Maférinyah centre, Fandié, Béréiré Bafila, Madinagbé, Maléah, Koket et Moribayah) répartis sur quarante un (41) secteurs (Beavogui et al.1996, Sylla et al.1998). Sa population, essentiellement à vocation agropastorale, est estimée à 30 000 habitants dont 11 243 à Maférinyah centre (Monitoring activités du centre de santé, 2006). Depuis avril 1992 (date de son inauguration) la sous-préfecture de Maférinyah abrite le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale (CNFRSR) Jean SENEAL construit par le gouvernement de la Guinée avec l'aide de la région de Bretagne (France), du ministère français de la Coopération, des représentants locaux de l'UNICEF et de l'OMS.



Photo 2 : Le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale (CNFRSR) Jean SENEAL de Maférinyah, site rural de l'essai vaccinal PREVAC (ALIMA, mai 2017)

Depuis 2015, la commune de Dixinn et la sous-préfecture de Maférinyah sont devenues des zones de mise en œuvre du projet de recherche vaccinale PREVAC avec l'installation de site de vaccination dans le quartier de Landréah et le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale (CNFRSR) Jean SENEAL de Maférinyah. Les populations des deux localités sont donc devenues la cible opérationnelle de l'essai et ont fait l'objet d'un ensemble d'activités de mobilisation sociale et d'engagement. L'implication des communautés dans cette étude en tant qu'acteur de la mobilisation et de l'engagement ou en tant que volontaire pour la prise des candidats vaccins nous offre un cadre particulier de lecture de la dimension contemporaine de la problématique de la citoyenneté en Guinée à partir du domaine de la santé.

1.2 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.2.1 TYPE D'ÉTUDE

De manière globale, cette thèse de recherche est basée sur une approche méthodologique qualitative avec deux variantes : une étude longitudinale en continu en Basse-Guinée pendant l'épidémie et dans un contexte post-épidémique et une étude rétrospective qui nous a permis de documenter l'expérience de l'épidémie et de sa gouvernance en Guinée-Forestière. La nature de notre objet d'étude qui s'articule autour de la compréhension des formes d'engagements citoyens observés en Guinée durant l'épidémie ainsi que les dynamiques post-épidémiques ont orienté nos choix méthodologiques. Dans la suite de cette partie, nous nous proposons de revenir en détail sur les différentes postures méthodologiques que nous avons observées dans le cadre de nos activités de recherche. De manière concrète, la présentation est faite en fonction des différentes temporalités de l'étude avec un accent particulier sur le type d'étude réalisé, les outils méthodologiques mobilisés ainsi que les cibles identifiées.

De manière globale, les différentes activités de recherche sont construites autour d'une approche méthodologique qualitative soutenue par un ensemble d'outils qui nous ont permis de collecter un ensemble de données discursives et descriptives des expériences de l'engagement communautés dans la réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée. De manière concrète, nous avons fait usage des entretiens semi-directifs avec des passages répétés auprès de nos différentes catégories cibles. À partir de guides d'entretien qui reprennent les différents thèmes et sous-thèmes définis à partir des questions et objectifs de recherche, nos différentes catégories cibles ont été interrogés de manière individuelle sur leur vécu et expérience individuelle ou collective de l'épidémie d'Ebola. Nous avons également collecté des récits de vie en particulier auprès des survivants d'Ebola, mais également auprès de personnes ayant vécu l'expérience des technologies de la Riposte (CTE, Cerclage, confinement, suivi de contact, etc.). L'observation participante a été aussi un outil intéressant que nous avons mobilisé en permanence dans la documentation des pratiques de gestion de l'épidémie. La participation aux différentes activités de la Riposte (réunion de coordination, activités de mobilisation sociale, les EDS, la vaccination, etc.) durant l'épidémie ainsi que le processus de mise en œuvre de la stratégie d'engagement communautaire dans l'essai vaccinal PREVAC a été une occasion pour nous de faire une immersion dans les dispositifs pour mieux

appréhender leur production. En outre, différentes catégories cibles ont été définies en fonction des axes, mais également des objectifs de recherche de cette thèse.

La première étape de cette thèse, qui s'est intéressée à la documentation des vécus et des différentes formes d'engagement citoyen des populations au niveau des zones infectées, nous a conduit à nous intéresser à différentes catégories de personnes. À ce titre, nous avons organisé notre population d'étude à partir de trois groupes :

- ✚ Les personnes affectées par Ebola : il s'agit de l'ensemble des personnes qui ont un rapport direct avec l'épidémie d'Ebola soit du fait d'avoir été malade, d'être membre de la famille ou de l'entourage d'un malade ou même encore la catégorie des personnes qui étaient désignées par le dispositif sous le terme contact.
- ✚ Les communautaires : il s'agit des différentes catégories d'acteurs mobilisés par la Riposte pour la conduite des activités de lutte à base communautaire. Pour des besoins de diversifications, nous avons tenu compte des différentes formules par lesquels ces catégories d'acteurs ont été constituées. On peut ainsi distinguer la société civile locale et internationale avec les différentes ONG et OCB, les Comités de Veille qui sont une technologie introduite par l'UNICEF et enfin les Mobilisateurs Sociaux qui développent le volet de la communication au niveau des unités de coordination.
- ✚ Les médicaux et paramédicaux : c'est l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le dispositif pour réaliser les activités de surveillance, de prise en charge et de contrôle de l'épidémie. Ils sont répartis dans les cadres de coordination de la Riposte, les structures de prise en charge notamment les CTE, mais également au niveau des formations sanitaires afin de réaliser les activités d'investigation et de détection précoce des cas de contagion et enfin les acteurs des enterrements sécurisés.

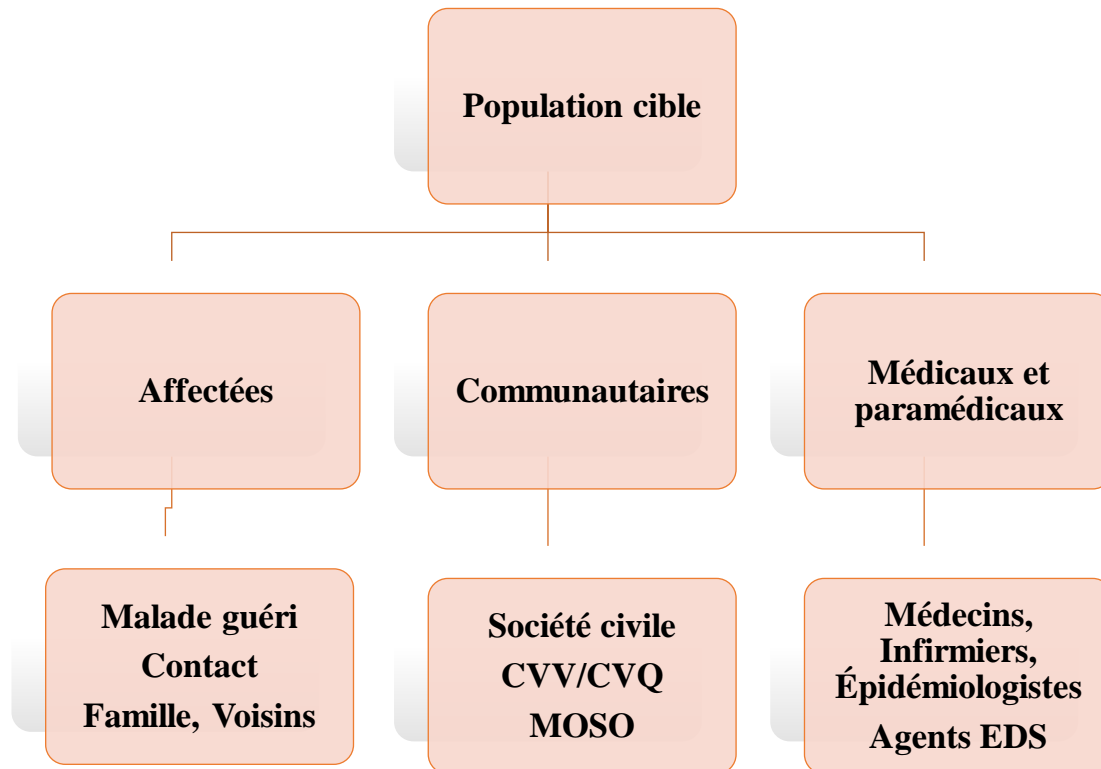


Figure 7: Figure récapitulative des cibles de la phase 1 des activités de recherche (Waly Diouf, mars 2015)

La seconde étape de nos activités de recherche était articulée sur la documentation de l’expérience de l’épidémie d’Ebola en région Forestière. Même si nous n’avons pas pu réaliser des activités dans les localités de cette partie de la Guinée qui ont enregistré les premiers foyers de maladie à virus Ebola, la fréquentation des acteurs de la Riposte au niveau de la Basse-Guinée a été pour nous une occasion de faire des entretiens sur leurs expériences de la gestion de l’épidémie dans cet espace géographique spécifique. L’approche rétrospective a donc concerné différents acteurs que l’on pouvait retrouver dans la préfecture de Coyah, Forécariah ou à Conakry du fait de la transition géographique de l’épidémie et du redéploiement des équipes ayant conduit les actions de lutte de la Guinée-Forestière vers la Basse-Guinée.

- ✚ Les médicaux et paramédicaux : il s’agissait des différents professionnels de santé qui ont été déjà impliqués dans les équipes de la Riposte au niveau de la Guinée-Forestière et qui

étaient redéployé dans les équipes de gestion de l'épidémie en Basse-Guinée du fait de leur expérience

- ✚ Les mobilisateurs sociaux : il s'agit des différents agents qui ont contribué avec l'UNICEF à développer les actions de communication au niveau de la Guinée-Forestière et qui ont été réintroduit dans les dispositifs de la Basse-Guinée
- ✚ Les coordonnateurs : il s'agit des différents cadres qui ont été nommés par la coordination nationale de lutte contre Ebola au niveau des différentes préfectures de la Guinée-Forestière et qui du fait des difficultés d'organisation des activités en Basse-Guinée ont été redéployés pour manager les coordinations préfectorales de lutte contre l'épidémie.

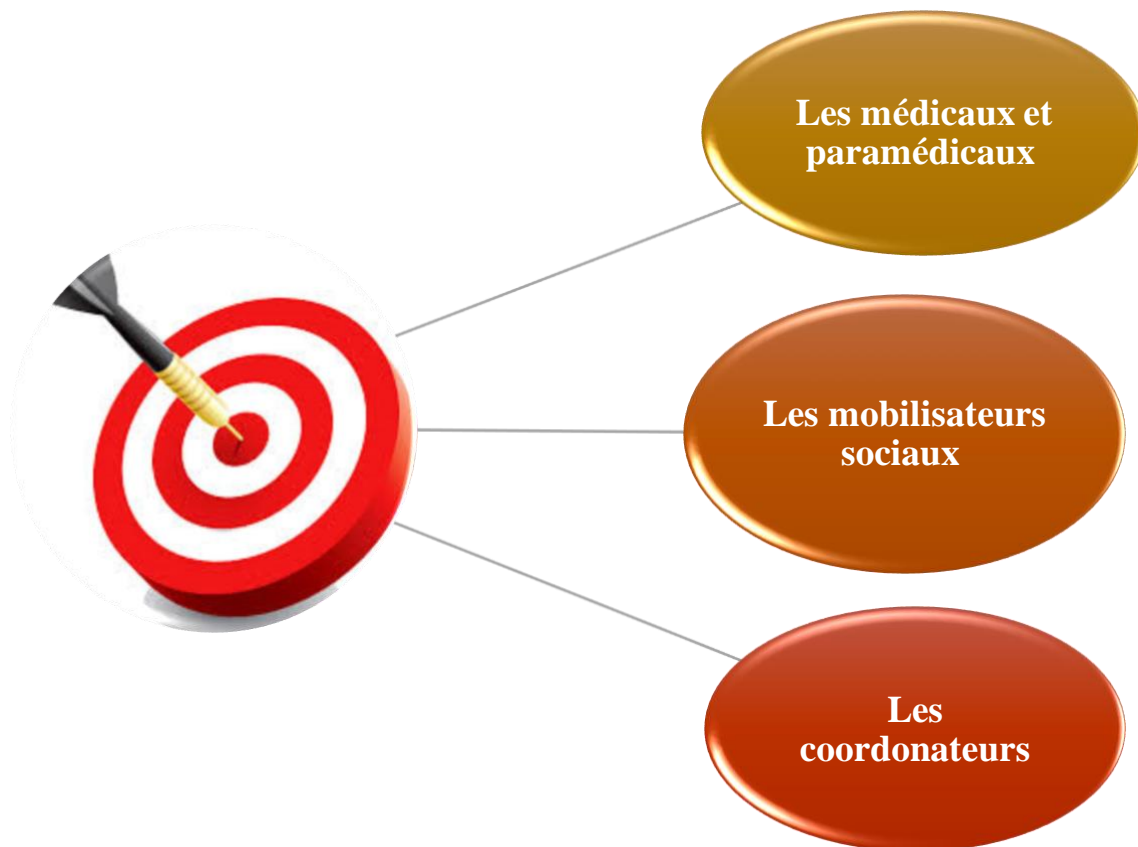


Figure 8 : Figure récapitulative des cibles de la phase 2 des activités de recherche (Waly DIOUF, août 2015)

La troisième étape de nos opérations de collecte a concerné les différentes phases de préparation, de construction et de mise en œuvre de l'essai vaccinal PREVAC. Cette phase de recherche a été

spécifiquement développée autour des zones pressenties pour abriter les sites de vaccination et constituer par la même occasion des épacentres d' enrôlement des populations volontaires. La documentation continue de ces différentes étapes s'est faite autour des groupes stratégiques suivants :

- ✚ Les participants : il s'agit des personnes qui, à la suite des activités de mobilisation et d'engagement des communautés, ont exprimé leur volonté de participer à l'essai vaccinal. Par contre, il importe de préciser que même si le qualificatif de participant regroupe la catégorie des volontaires à l'essai, il existe des caractéristiques particulières qui les distinguent (voir figure).
- ✚ Les communautaires : il s'agit des différentes catégories d'acteurs mobilisées pour la mise en œuvre des activités de communication pour la promotion et l'engagement des communautés dans l'essai vaccinal PREVAC. Cependant, il convient, et ceci dans l'optique d'une analyse critique des productions de chaque catégorie d'acteur dans ce dispositif de distinguer comme précisé dans la figure ci-dessous, les champions qui constituent une sorte d'interface entre les promoteurs de l'étude et les communautés et les équipes de mobilisation communautaire composées des conseillers communautaires qui sont des agents du projet PREVAC chargés d'accompagner la stratégie d'engagement.
- ✚ Les médicaux et paramédicaux : il s'agit des différents médecins, infirmiers ainsi que le personnel de support (agents d'accueil, accompagnateur, contrôleur qualité) qui organisent et mettent en œuvre les activités de l'essai vaccinal au niveau des sites de vaccination.

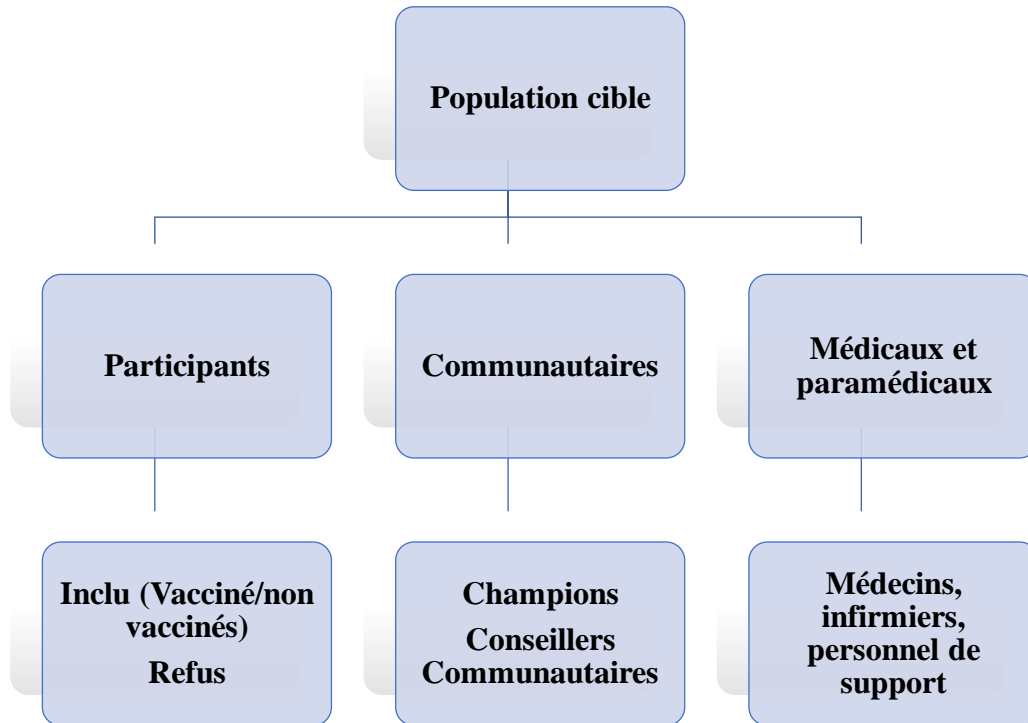


Figure 9 : Figure récapitulative des cibles de la phase 3 des activités de recherche (Waly Diouf, mars 2017)

1.2.2 Échantillonnage

L'échantillonnage est le processus méthodologique à partir duquel le chercheur définit l'ensemble des unités statistiques qui vont constituer sa population d'étude. Dans le cadre de la recherche en sciences sociales, il existe spécifiquement deux approches techniques d'échantillonnage : les techniques dites probabilistes et celles dites non probabilistes. Les techniques probabilistes, fondés sur la théorie mathématique des probabilités, répondent au principe du hasard. À ce titre, chaque unité statistique de la population générale d'étude déteint les mêmes possibilités d'être sélectionnée. En outre, cette technique d'échantillonnage permet au chercheur d'estimer la marge d'erreur de son échantillon par rapport à la population mère et de mesurer ainsi le degré de représentativité de son échantillon. Par contre les techniques dites non probabilistes elles, ne sont pas basées sur la théorie des probabilités. Cette caractéristique particulière implique également que la sélection des unités statistiques ne soit pas liée au hasard, ce qui contrairement aux techniques

probabilistes ne permet pas au chercheur d'avoir une maîtrise du degré de représentativité de son échantillon sur la population mère.

Dans le cadre de notre thèse, nous avons, en raison de notre population d'étude, opté pour les techniques d'échantillonnage dites probabilistes. Ce choix tient de la diversité des catégories ou groupes cibles constitutifs de notre population d'étude, mais également de l'étendue de notre cadre d'étude. Pour rappel, notre recherche est conduite au niveau de la Basse-Guinée en particulier dans les préfectures de Coyah et Forécariah, mais également au niveau de la capitale Conakry où nous avons développé nos différentes opérations de collecte d'information. Afin de mener nos recherches sur la gouvernance de la lutte contre Ebola en Guinée et les productions de citoyenneté, nous avons opté sur la technique d'échantillonnage aléatoire stratifié qui est fait partie de la famille des techniques probabilistes. L'échantillon théorique que nous définissons est basé sur des catégories cibles avec des cas multiples en respect des principes de diversification et de saturation des données (Glaser et Strauss, 1967, p.62). À ce titre nous avons défini deux critères de raisonnement :

- Le premier niveau de raisonnement est constitué par les collectivités locales qui constituent les unités primaires de sélection de l'échantillon. Ce choix est lié au fait que ces unités primaires constituent le niveau périphérique de coordination des actions de lutte contre l'épidémie d'Ebola. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés aux préfectures de Coyah et Forécariah au niveau de la région de Kindia et à la commune de Dixinn dans la zone spéciale de Conakry. Ces différentes localités constituaient les dernières zones épidémiques à notre arrivée en Guinée. Des activités de recherche ont dès lors été menées dans différents villages ou quartiers appartenant à ces collectivités locales.
- Le second niveau de raisonnement est constitué par les différentes catégories cibles qui nous ont intéressés dans le cadre de nos activités de recherche. Ainsi dans les différentes localités visitées, nous avons interrogé :
 - Ménages : personnes infectées ou affectées par l'épidémie, participants essais vaccinaux
 - Acteurs communautaires : membres de comité de veille, mobilisateurs sociaux, champions, conseillers communautaires
 - Médicaux et paramédicaux : médecins, infirmiers, hygiénistes, acteurs des EDS

- Décisionnaires : coordonnateurs, responsables de la société civile, responsables des institutions ou organes de la coopération bilatérale

Nous avons ainsi réalisé au total 70 entretiens semi-directifs, 10 récits de vie et 50 observations répartis comme suit :

Type d'outil	Cibles	
IDI	Ménages	50
	Acteurs communautaires	20
	Médicaux et paramédicaux	10
	Décisionnaires	10
	Total	90
Observations	Réunions de coordination	10
	Réunion communautaire	30
	EDS	5
	Vaccination	5
	Total	50
Récits de vie	Sorti-guéri	6
	Contact	4
	Total	10

Tableau 3 : Statistiques des données collectées dans le cadre des activités de recherche

1.2.3 Traitement et analyse des données

Les différentes étapes de recherche et de collecte d'informations ci-décrites nous ont permis d'avoir à notre disposition une base de données discursives intéressante qu'il importe d'analyser de manière efficace afin d'en ressortir la quintessence. Ce travail a nécessité donc l'usage du logiciel d'assistance à l'analyse de donnée Atlas Ti. Ce logiciel nous a permis à partir d'un plan d'analyse que nous avons défini et un système de codification à la fois déductif et inductif, d'organiser, et de catégoriser les différentes informations contenues dans les transcriptions que nous avons faites des enregistrements de nos différents entretiens. Un système de labellisation des

données nous a également permis de mieux identifier les différentes transcriptions et de permettre dans l'analyse d'attribuer le label qui permet d'identifier la source des différents verbatims.

À partir de la catégorisation des différentes informations contenues dans notre base de données composée à la fois de données discursives, mais également de données d'observation, nous avons procédé à la synthèse et à l'analyse à partir de la technique d'analyse de contenu thématique. Le processus de codification a permis de disposer d'une arborescence permettant de regrouper des informations de différentes sources et de respecter le principe de la triangulation qui est un critère de validité de la famille des méthodologies qualitatives. En outre, les différents résultats sont désagrégés en fonction des différents critères définis dans le processus d'échantillonnage. Enfin certains verbatims ont été utilisés dans le corps du texte pour étayer l'analyse des données, mais également répondre à la règle d'administration de la preuve de l'objectivité des interprétations.

1.3 HISTOIRE DE LA COLLECTE : VERS UN RETOUR RÉFLEXIF

Décrire la méthodologie de recherche usitée dans le cadre de cette thèse revient à raconter (Ricoeur, 1995) l'histoire de cette thèse dans le sens où elle permet de comprendre les postures méthodologiques adoptées en fonction des axes de recherche à partir desquels nous appréhendons notre objet d'étude. Pour rappel, mon séjour en Guinée commence le 19 mars 2015. En tant que chercheur junior, j'arrivais en Guinée au moment où le pays était en pleine épidémie. Nous avons été invités à travailler avec une équipe de chercheurs en sciences sociales sur un projet de recherche anthropologique dans le cadre de l'essai clinique Jiki²⁶ sur Ebola en Guinée. Les premiers échanges que nous avons eus avec ces chercheurs qui ont eu des expériences diversifiées autant dans leur vécu des événements que de leur implication pour certains dans la Riposte nous ont permis d'avoir une certaine idée des problématiques qui se configuraient. Ces rencontres étaient également des cadres de définition et d'orientation autour d'axes de recherche pertinents en matière d'analyse socio-anthropologique.

Après ce premier moment d'information, nous avons décidé de nous rendre sur le terrain pour mieux appréhender les problématiques qui commençaient à se dessiner. Mais notre arrivée sur le terrain a été un des moments décisifs sur la question même des postures que nous devrions adopter afin de rester sous la casquette de chercheur. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola, une mobilisation exceptionnelle des sciences sociales, en particulier les anthropologues, a été observée. Même si leur implication dans la gestion des questions de santé n'apparaît pas comme une nouveauté, le nombre important d'anthropologues et leur implication dans les différentes catégories d'acteurs apparaissent comme un événement inédit.

Une grande interrogation a été faite autour de cette implication des anthropologues et de leur posture dans la Riposte. Les anthropologues ont été mobilisés pour servir de traducteur social et

²⁶ L'essai clinique JIKI est un essai de phase II, multicentrique et non comparatif qui a débuté le 17 décembre 2014 en Guinée pour tester la capacité du Favipiravir à réduire la mortalité chez les personnes infectées par le virus Ebola développé par l'Institut National de la santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

de facilitateur d'une acceptation de l'intervention des équipes d'humanitaires face à une communauté qui devenait de plus en plus hostile à leur présence (Faye 2015). Cette manière de percevoir les chercheurs en sciences sociales a conduit même les responsables des instances de coordination des activités de lutte des localités visitées à nous considérer comme de la ressource humaine supplémentaire à exploiter. Dès notre arrivée à la coordination préfectorale de Coyah par exemple, mon collègue et moi, après notre présentation en tant qu'étudiant chercheur, allocataire d'une bourse du programme Horizon 2020 de l'Union Européenne pour réaliser une thèse de doctorat, avons été invités à rejoindre les équipes de communication et de mobilisation sociale.

Nous avons été reçus par des collègues qui étaient déjà dans le dispositif. Ils nous permettaient dès lors de nous rendre sur le terrain avec les équipes et d'observer les interactions entre les acteurs et les communautés. L'observation devenait dès lors le premier outil que nous avons mobilisé sur le terrain et cela nous permettait de constater les manières de faire des acteurs et de ce que cela produisait. Des activités de suivi des contacts, aux réunions communautaires organisées dans les villages pour discuter de l'épidémie, les visites sur le terrain nous permettaient d'assister à ces différentes scènes développées par les différentes catégories d'acteur de la Riposte. Pour cette phase, nos questions de recherche étaient orientées sur :

- ✚ Les expériences de guérison et la survivance à Ebola : sur cet aspect notre questionnement s'intéressait à l'expérience des malades guéris d'Ebola, aux expériences des CTE et en au vécu de la survivance à Ebola :
- ✚ Une ethnographie des attitudes de défiance observées entre les communautés et les équipes d'intervention : il s'agissait entre autres de documenter les formes multiples de ces attitudes et comportements, les discours associés aux pratiques de populations ainsi que la documentation des formes de mobilisation observée au sein même des communautés.

L'approche consistait donc à profiter des activités développées par les équipes de mobilisation sociale pour identifier nos cibles et prendre des rendez-vous afin de les entretenir sur les différentes thématiques que nous avons citées plus haut. Par contre nous avons été contraints par la barrière linguistique. Dans la majorité des villages que nous visitons, les communautés s'exprimaient en langue locale notamment le Soussou, langue la mieux véhiculée dans la région naturelle de la Basse-Guinée. Toutefois, les discussions informelles que nous abordions avec nos collègues et

autres acteurs avec lesquels nous nous rendions sur le terrain nous permettaient de comprendre les différentes interactions entre ces derniers. De temps à autre, les longs moments passés dans les véhicules au retour des terrains étaient des moments où chacun nous racontait des anecdotes ou son vécu dans le cadre des interventions de la Riposte. Ces échanges fructueux permettaient d'avoir accès à une masse importante d'informations autant sur les activités mises en œuvre par les acteurs, mais également les réactions des communautés.

Au-delà des visites sur le terrain, nous assistions aux réunions de la coordination préfectorale qui est la structure opérationnelle de gestion de l'épidémie. Depuis le début de la lutte contre Ebola, la coordination préfectorale organise une réunion quotidienne chaque matin à 7h 30 mn pour faire le point sur la situation de la Riposte face à l'épidémie. Dès lors une présentation du rapport d'intervention de la lutte contre Ebola était toujours réalisée en présence des différents démembrements de la coordination. Ces réunions étaient des cadres très productifs en matière d'observation. En d'autres termes, on pouvait y apprécier la manière dont la gouvernance de l'épidémie se modelait au niveau micro alors que l'on pouvait considérer d'autres niveaux avec le niveau méso ou régional, mais aussi macro avec la coordination nationale des actions de réponses à l'épidémie. Elles constituaient les cadres de définition, d'orientation et de régulation des différentes interventions mises en œuvre au niveau des communautés.

C'était également le cadre d'appréciation et de discussion des actions entreprises par chaque catégorie d'acteurs sur le terrain étant entendu que la Riposte a connu l'intervention de différentes catégories d'acteurs à la fois les organismes et institutions internationales, les acteurs étatiques, mais également les ONG nationales et internationales. Les réunions de coordination étaient suivies des réunions des différentes commissions qui composaient la coordination préfectorale. Nous assistions le plus souvent à la réunion de la commission communication et de mobilisation sociale où on pouvait retrouver les différentes structures et ONG impliquées dans les activités de mobilisation sociale. Ces acteurs qui jusqu'au jour de notre arrivée s'activaient de manière singulière sur le terrain se retrouvaient ce jour-là même pour définir une stratégie harmonisée d'intervention. Les représentants de l'UNICEF marquaient également leur pas dans la préfecture en se chargeant d'organiser et d'orienter les activités. Ce cadre donnait aussi l'opportunité de lire les confrontations entre différentes catégories d'acteurs allant des acteurs de financement d'un côté et les acteurs de mise en œuvre de l'autre.

Les voyages avec les équipes de la Riposte étaient également des moments d'identification de cibles ou catégorie d'acteurs avec qui nous négocions des rendez-vous l'histoire de tenir des entretiens plus approfondis avec eux sur des questions que les rencontres dans les villages suscitaient. Pour ce faire, les cibles étaient identifiées non seulement en fonction de leur capacité à échanger avec nous en français vu notre incapacité à nous exprimer en langue locale, mais à défaut et en fonction de l'intérêt que nous accordions à la cible, nous nous permettions de faire recours à un traducteur pour essayer de collecter des récits de vie ou autres expériences de l'épidémie tout en considérant le biais méthodologique que constituait la mobilisation d'un interprète dans la réalisation d'un entretien.

La technique d'entretien semi-structuré a été dès lors mobilisée pour discuter avec nos interlocuteurs sur des thèmes ou éléments d'analyse qui nous permettaient de documenter les axes de recherche que nous avions identifiés. La flexibilité de l'outil nous permettait également de tâter des aspects qui sortaient du terrain ou qui étaient soulevés par nos interlocuteurs au cours des échanges que nous tenions. La méfiance qui caractérisait le contexte de l'épidémie faisait que l'utilisation des dictaphones pour les enregistrements des discussions était réduite au strict minimum avec les rares personnes qui demandaient même à ce que leurs voix soient prises dans l'optique de transmettre un message ou de décrire leur vécu. Les blocs-notes étaient donc les matériaux les plus adéquats pour poser nos notes de terrain. De retour du terrain, on se posait pour travailler sur les données collectées de par nos observations, les entretiens informels ou les entretiens semi-structurés formels que nous tenions. Ces premiers moments de travail et d'organisation des données constituaient également des moments de réflexion sur notre posture et de définition de pistes de recherche.

Il importe aussi de préciser que nos séjours sur le terrain étaient alternés par des moments de pause où nous nous retirions du terrain pour faire des appréciations et des analyses sur les données collectées, mais également pour définir des objectifs spécifiques en fonction des étapes suivantes. Ces détachements du terrain constituaient des moments intéressants dans le sens où la présence sur le terrain rendait difficile le dédoublement entre le chercheur et le dispositif qui nous considérait comme acteur.

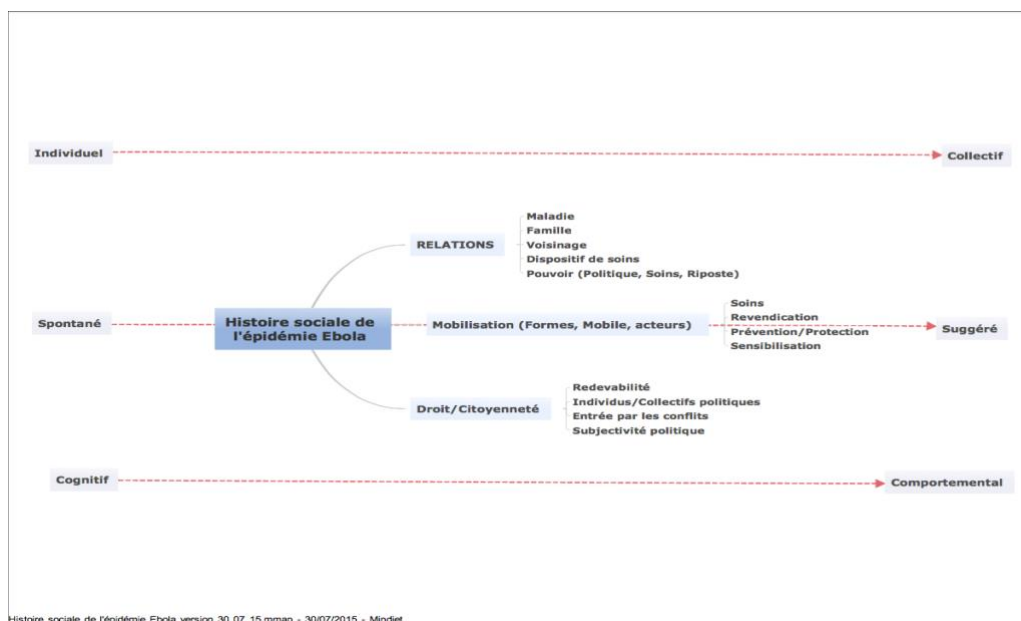
Dans le cadre de notre méthodologie, nous avons eu aussi à faire recours à une approche rétrospective. Nous sommes arrivés en Guinée à un moment où l'épidémie qui a débuté en Guinée-Forestière a connu beaucoup d'évolution notamment avec le déplacement des foyers d'épidémie de la région forestière vers la Basse-Guinée. Dès lors, la réalisation d'entretiens semi-structurés avec les acteurs de la lutte contre l'épidémie, qui ont eu l'expérience des premiers moments de l'épidémie en Guinée-Forestière et qui ont été redéployés en Basse-Guinée avec la transition de l'épidémie, a permis de bien comprendre et décrire les différentes évolutions de l'épidémie autant dans l'intensification des foyers de l'épidémie, des actions entreprises par les différents acteurs, mais également de discuter des différents échecs et réussites connus par le dispositif de lutte depuis le début de son intervention.

Le recours à la recherche documentaire a également été un des éléments constitutifs de notre méthodologie de recueil et de collecte d'informations. Dès lors, les sites d'informations en ligne, les revues scientifiques, ou encore la presse écrite ou audiovisuelle étaient des cadres où nous allions chercher des éléments d'information et de lectures des différents phénomènes que nous observions en Guinée. Sur le moteur de recherche Google, les alertes définies en fonction de mots clés permettaient d'avoir une vue sur l'ensemble des productions en rapport avec des questions particulières qui nous intéressaient. Nous procédions ainsi à une veille documentaire qui nous permettait d'avoir une vue sur l'actualité de l'épidémie.

La dernière approche méthodologique qui concerne particulièrement la dernière étape de notre recherche s'inscrit dans une perspective d'anthropologie d'un dispositif en gestation. La participation à l'équipe socio-anthropologique qui a accompagné la mise en œuvre de l'essai vaccinal PREVAC en Guinée a été un autre moment de collecte de données. Elle nous permettrait d'appréhender la dimension contemporaine de la problématique générale de la citoyenneté en Guinée qui constitue la question centrale de cette thèse. L'inscription dans ce dispositif a permis de participer à modéliser une nouvelle approche de l'engagement communautaire et à observer les effets de ce modèle sur la volonté de participation des communautés à un essai vaccinal. En outre, l'essai vaccinal PREVAC qui s'inscrit dans la préparation à la réponse aux futures épidémies se particularise par le pari d'implémenter une nouvelle approche d'implication des communautés basée sur l'engagement au détriment de la mobilisation sociale, ce qui constitue une innovation dans le champ de la recherche vaccinale.

À ce titre, une approche méthodologique dynamique a été observée en fonction des étapes du projet. Ainsi dans la phase de préparation, nous avons réalisé des études sur les histoires sociales de l'épidémie afin de documenter les différentes expériences communautaires de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Concrètement, l'étude, réalisée dans la préfecture de Coyah, Forécariah et dans la ville de Conakry, s'est articulée autour de trois axes fondamentaux que sont :

- ✚ Construction de relations sociales : représentations et pratiques autour de l'épidémie d'Ebola et des acteurs de sa gestion
- ✚ Mobilisations individuelles et collectives face aux expériences de la maladie
- ✚ Droit et citoyenneté



Dans un second moment, nous avons réalisé des études formatives auprès des communautés dans les localités identifiées par le projet comme zone de mise en œuvre de l'essai. À cet égard, les populations de la commune de Dixinn et de la sous-préfecture de Maférynyah ont été consultées pour discuter de leurs expériences et les perceptions sociales autour de la maladie à virus Ebola, de leur expérience des essais vaccinaux durant l'épidémie et enfin de leur point de vue sur les différentes modalités de mise en œuvre du projet de recherche vaccinale et des activités proposées à cet effet. Les consultations en amont de ces communautés ont permis in fine de modéliser une

stratégie d'engagement des communautés. Loin de constituer une étude de faisabilité d'un projet, cette étude a été le moment, à partir des expériences pratiques de l'engagement communautaire dans le cadre de la Riposte, de porter un regard critique sur ce qui a été fait et de travailler avec les communautés à définir les modalités pratiques de leur engagement qui correspondent mieux à une approche reconnue par la communauté. Pour ce faire, les études se sont aussi intéressées à la documentation de la cartographie sociale et une ethnographie des ordres de légitimité dans les zones de l'étude.

Le troisième moment de notre approche a coïncidé à l'étape de la mise en œuvre du projet. Cette étape nous a permis de faire une documentation des processus de la mise en œuvre du modèle théorique d'engagement des communautés par le dispositif de l'essai PREVAC. Des entretiens semi-directifs à passage répété ont été réalisés auprès de la population des zones d'intervention avec un intérêt porté sur les différents groupes stratégiques avec notamment les participants (inclus vaccinés, inclus non-vaccinés ou non inclus), les champions communautaires, dont l'implication multiforme, notamment en tant qu'acteurs de la mobilisation et de l'engagement des communautés et même participants inclus dans l'essai ainsi que les équipes techniques en particulier les conseillers communautaires, les médicaux et paramédicaux (médecins investigateurs, infirmiers, agents accompagnateur, etc.). Ces différentes opérations de collecte d'information nous ont permis de documenter les différentes expériences du processus de mise en œuvre opérationnelle de l'essai vaccinal PREVAC. Les activités de recherche se sont aussi matérialisées par des observations directes dans les différents cadres de mise en œuvre de l'essai (site de vaccination, activités communautaires) et ont permis de décrire les pratiques de mise en œuvre de l'essai par les différentes catégories d'acteurs investies au niveau communautaire (conseillers communautaires, champions) et sur les sites de vaccination (médicaux et paramédicaux).

1.4 ASPECTS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE

L'anonymisation est un principe déontologique destiné à préserver et à protéger l'identité et de garantir la confidentialité des propos des personnes dans le cadre d'une recherche. Cependant, en dehors des diverses techniques utilisées pour mettre en œuvre ce principe, il importe de souligner le sens sociologique assujéti aux pratiques d'anonymisation et du rapport intrinsèque qui existe entre la technique d'anonymisation et l'analyse des données. Dès lors, le nom ou l'expression

utilisée pour remplacer l'identité de l'enquêté doivent prendre en compte les caractéristiques spécifiques de l'identité qu'il remplace. La question de l'anonymisation est ainsi à la fois une technique de protection de l'identité de l'enquêté, mais elle a un sens sociologique qu'il convienne de restituer pour éviter d'extraire le contexte ou de travestir l'idée. Un effet, il existe un rapport étroit entre le message et l'auteur du message qui fait que l'analyse d'un discours tient nécessairement compte des caractéristiques de celui qui le produit. Comme le souligne Emmanuelle Zolesio, les noms et les prénoms sont « les premiers indicateurs significatifs et porteurs d'un premier sens sociologique, repérables, même par le sens commun, qu'il faut essayer de conserver en anonymisant les noms des enquêtes » (2011, p.4).

En tenant compte autant de la nécessité de préserver l'identité et de garantir la confidentialité des différentes informations collectées auprès de nos différents interlocuteurs dans le cadre de notre thèse, nous avons défini une technique d'anonymisation qui tient également compte du sens sociologique de ce principe. Ainsi, en fonction des différentes catégories cibles, nous avons défini un certain nombre d'éléments constitutifs d'un label pour identifier les différentes informations extraites des opérations de collecte d'information que nous avons réalisées au cours de cette recherche. De manière spécifique, le processus de labellisation que nous avons défini s'articule comme suit : l'acronyme IDI pour signifier entretien individuel, la catégorie de cible (chef de ménage, sorti-guéri, responsable d'ONG, membre de la coordination, leader religieux, etc.), la localité, la Préfecture, et la date de l'entretien (Mois et année). Les prénoms, noms, titres et structures d'appartenance ont été enlevés dans la labellisation afin de garantir la confidentialité et protéger l'identité de nos interlocuteurs.

Par respect également des principes éthiques de la recherche, les différentes personnes interrogées dans le cadre de cette recherche ont été informées de l'usage académique des informations qu'elles nous ont partagés. Dans tout le processus de collecte, l'usage des différents outils (dictaphone pour la prise de voix, les appareils photographiques, les blocs-notes, etc.) a été discuté et afin de recueillir leur consentement. En tenant compte de ces engagements, nous avons restreint l'accès de ces informations à toute personne extérieure à nos activités de recherche. Même dans les dispositifs où notre immersion nous a conduits à devenir des acteurs, nous avons tenu à faire la part des choses entre ce qui relevait de l'opérationnel et ce qui relève de la recherche. En d'autres termes, le partage d'information avec les équipes techniques autour de données collectées dans le

cadre de nos activités de recherche était mu par un processus sélectif de conclusions opérationnel en guise d'accompagnement du dispositif. Cette manière de faire nous permettait d'entretenir un certain dédoublement afin de garantir la relation de chercheur avec la communauté et celle d'acteur qui contribue au dispositif.

CONCLUSION PARTIELLE

Cette première partie nous a donc permis de problématiser notre objet d'étude et de mieux préciser la perspective d'analyse que nous employons dans le cadre de cette thèse. La revue de littérature thématique nous a permis de faire l'économie des axes de lecture déjà soutenus par des auteurs en rapport avec notre problème de recherche. En outre, nous avons à partir de cet exercice pu identifier une perspective particulière sur laquelle nous avons articulé notre thèse de recherche. De manière concrète, les différentes productions autour de l'épidémie étaient soit orientées sur les facteurs historiques, socioculturels ou politiques qui seraient à la base des événements qui se produisent en Guinée, ou sous un autre angle sur la manière dont la lutte contre Ebola est conduite en Guinée par un consortium d'acteurs. Dans cet ordre d'idée, nous avons envisagé, et ceci à partir d'une posture d'anthropologie symétrique, une lecture qui tienne autant compte des deux côtés (Latour, 1991) afin de mieux comprendre les différents événements qui s'observent en Guinée durant l'épidémie et même dans un contexte post-épidémique.

Le travail de problématisation de notre objet d'étude a débouché sur la définition d'un ensemble d'hypothèses de recherche. Nous avons également procédé à l'opérationnalisation des différents concepts de recherche afin d'en distinguer les dimensions et les indicateurs mesurables dans le cadre de la collecte de données. Ensuite, nous avons défini le cadre analytique de référence et précisé le modèle théorique à partir duquel nous comptons investir notre objet d'étude. Les objectifs de recherche ont également été définis dans cette partie de notre thèse ainsi qu'une présentation de notre cadre méthodologique avec une définition du cadre d'étude et une précision sur les espaces géographiques investis dans le cadre des opérations de collecte d'information, une description sur la méthodologie de recherche en particulier sur le type d'étude réalisée, le processus d'échantillonnage et enfin la technique de traitement et d'analyse des données. Pour finir, nous avons fait un retour réflexif sur l'histoire des opérations de collecte de données tout en tenant compte de préciser l'inscription de la recherche dans un cadre qui nécessite un respect des principes éthiques. Ceci conduit dans la seconde partie de notre thèse à procéder à la description des différentes données collectées consécutivement à nos questions de recherche.

DEUXIÈME PARTIE : ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE

INTRODUCTION PARTIELLE

La deuxième partie de cette thèse porte sur la description de l'épidémie d'Ebola en Guinée durant la période comprise entre la fin de l'année 2013 et le début du mois de juin 2016 à la suite de la déclaration de fin d'épidémie de la Guinée. Dans cette partie également, nous avons décrit les différents modes de gestion de l'épidémie d'Ebola ainsi que les différentes formes d'engagements citoyens de la population de la Guinée pendant l'épidémie, et même dans un contexte post-épidémique. De manière concrète, cette partie est divisée en trois (3) chapitres :

- ✚ Dans le premier chapitre, nous avons à partir d'une approche rétrospective décrit l'émergence ainsi que les dynamiques spatio-temporelles de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Cet exercice nous a permis de revenir sur les différentes séquences de l'histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée partant de son émergence en décembre 2013, jusqu'à la fin de sa réémergence en juin 2016.
- ✚ Dans le second chapitre, nous avons réalisé une ethnographie du dispositif de lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée. Cette description tient compte des différents cadres de gouvernance de l'épidémie, des différentes catégories d'acteurs impliquées, des formes de collaboration et interaction observées mais également des technologies mobilisées dans le cadre de la lutte contre Ebola.
- ✚ Le troisième et dernier chapitre de cette partie porte sur les différents discours, attitudes, pratiques des populations de la Guinée face à l'épidémie d'Ebola et aux différentes ressources employées par la Riposte pour lutter contre l'épidémie. Cette description tient compte autant du contexte d'émergence de l'épidémie en Guinée-Forestière et plus tard dans la dynamique de l'épidémie de son développement vers la Basse-Guinée mais également de la résurgence de l'épidémie.

CHAPITRE I : NAISSANCE ET DYNAMIQUES SPATIO-TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE

Dans ce chapitre, il s'agira de retracer l'histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée durant la période comprise entre décembre 2013 et juin 2016, deux périodes marquant le début et la fin de la nouvelle flambée d'Ebola en Guinée. Cette histoire, sur fond d'ethnographie, tient à rendre compte des évolutions spatio-temporelles, mais également politico-sociales d'Ebola en Guinée. Cette partie est composée de trois chapitres et s'articule telle que suit :

- ✚ Dans le premier point, nous avons retracé l'histoire d'Ebola en tenant compte des grands évènements dans le dessein de décrire comment d'Ebola naît et se développe en épidémie en Guinée-Forestière ainsi que les principales dynamiques socio-familiales et communautaires qu'elle produit.
- ✚ Dans le second point, nous avons fait une lecture des dynamiques spatio-temporelles de l'épidémie qui remet en cause tous les scénarios prévus jusque-là. Si la région centre de l'Afrique enregistre depuis 1976 des flambées sporadiques d'Ebola, l'ampleur de la nouvelle épidémie va aller au-delà de toutes les prévisions. Ainsi, nous avons décrit les différents facteurs, sous réserve d'exhaustivité, pouvant permettre de comprendre l'émergence et le développement d'Ebola en Guinée.
- ✚ Dans le troisième et dernier point, nous avons porté un regard sur la résurgence de l'épidémie en Guinée. Alors que le pays tardait à sortir de l'épidémie au même titre que le Liberia et la Sierra Leone, la Guinée sera déclarée indemne de l'épidémie d'Ebola le 29 décembre 2015. Si le Liberia et la Sierra Leone ont enregistré des périodes de résurgence de l'épidémie, ce sera autour de la Guinée vers la fin du mois de février 2016 d'enregistrer de nouveaux cas de contamination à Koropara dans la préfecture de Guéckédou. L'intérêt autour de cette séquence est d'analyser les modes de gestion du contexte post-épidémique.

1.1 EBOLA EN GUINÉE : HISTOIRE CONTROVERSÉE D'UNE « MALADIE MYSTÉRIEUSE »

Au début de l'année 2014, des cas de décès successifs sont notifiés dans les structures de santé de la région naturelle de la Guinée-Forestière. Les structures de santé publique de Guéckédou et de

Macenta, en particulier, remontent des alertes à propos d'une maladie dont le diagnostic reste imprécis. Cependant, la maladie se distingue par une forte létalité et une chaîne de contamination entre membres de même famille. La question devient de plus en plus critique quand les cas de décès se font observer au sein du personnel de santé. Cette maladie, caractérisée de « mystérieuse » dans le sens où elle ne répondait au diagnostic d'aucune des maladies connues dans la zone même si elle partage les mêmes signes cliniques que ces dernières, va très vite inquiéter les autorités sanitaires.

Le caractère inhabituel de la situation assujetti à la létalité et l'ampleur qu'elle prenait ne manque pas très rapidement d'attirer l'intérêt des acteurs de la santé en Guinée. Médecins Sans Frontières (MSF) qui s'activait depuis 2010 dans la région dans lutte contre le paludisme, s'est dès lors intéressée à la question qui touchait ses zones d'intervention en mettant à profit sa ressource humaine pour appuyer les autorités sanitaires locales. Ainsi, des prélèvements seront effectués sur les patients et expédiés dans des laboratoires en France à Lyon et en Allemagne à Hambourg pour une analyse dans le sens où la seule structure ayant une telle expertise en Guinée, l'Institut Pasteur de Kindia, vestige de l'époque coloniale, n'était plus de service.

« Une maladie fébrile dont les premiers signes ont été décelés le 9 février a fait au moins 23 morts, dont le directeur de l'hôpital préfectoral de Macenta (Sud) et trois autres agents. La préfecture de Guéckédou (Sud) est la plus touchée avec 13 décès pour 19 cas...la maladie se manifeste par la fièvre, la diarrhée, les vomissements et le saignement chez certains patients ». **Déclaration du Dr Sakoba Kéita, chef de la division prévention au ministère de la Santé devenu par la suite directeur de la coordination nationale de la lutte contre Ebola, mars 2014**²⁷

C'est finalement le 22 mars, à la suite de la publication des tests effectués par le laboratoire de Lyon sur des échantillons de personnes malades, que le diagnostic d'une épidémie de maladie à virus Ebola est confirmé. Ebola, cette maladie fébrile qui depuis 1976 provoque de petites

²⁷ « Une mystérieuse maladie tue 23 personnes en Guinée - Le Parisien ». Consulté le 12 janvier 2017. <http://www.leparisien.fr/international/une-mysterieuse-maladie-tue-23-personnes-en-guinee-20-03-2014-3690977.php>.

flambées dans des zones tropicales au large de l’Afrique centrale va pour une première fois être observée en Afrique de l’Ouest²⁸. Ainsi, le 23 mars 2014, le gouvernement de la Guinée déclarait officiellement la présence d’une épidémie d’Ebola dans son territoire national. Les études réalisées par l’OMS remontent le cas index à un enfant du village de Meliandou décédé en décembre 2013²⁹.

1.1.1 Ébo est là : retour sur l’histoire d’Ebola en Guinée

Les « rumeurs » ou discours produits autour de la maladie à virus Ebola à ses débuts en Guinée-Forestière témoignent du niveau de connaissance des populations, mais également des professionnels de santé autour de cette maladie. À différents niveaux, des discours se croisent sur cette maladie qui se manifeste par une mortalité importante. Les premiers décès sont attribués par les professionnels de la santé à des maladies fébriles fréquentes dans la zone du fait des signes cliniques que développent les patients. Par contre l’observation d’une chaîne de contamination entre des proches ainsi que l’ampleur que prend le phénomène vont très rapidement orienter les soupçons vers une épidémie.

Cette situation va conduire les autorités sanitaires locales à lancer des alertes à l’endroit du ministère de la Santé pour s’approprier ce problème dont ils n’avaient plus la compétence ou capacité de gestion. Du côté des communautés, la mortalité qui s’observait malgré le recours aux structures de santé va provoquer une remise en cause du recours à la biomédecine. Cette situation sera accentuée par les difficultés pour les acteurs de la santé de donner des informations ou de répondre de manière satisfaisante aux interpellations des communautés.

²⁸ Il importe de préciser qu’en 1994, un cas isolé d’Ebola a été observé en Côte d’Ivoire avec la souche Taï Forest. Au-delà, des investigations d’une équipe de chercheurs soviétiques et Guinéens avaient documenté la présence dans la localité de Madina Oula, d’une maladie fébrile dont le diagnostic semble correspondre à la fièvre hémorragique Ebola (<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1987-80-4-607-612.pdf>).

²⁹ « OMS | Tout a commencé en Guinée : l’épidémie a continué à couvrir – sans être détectée – pendant plus de trois mois ». WHO. Consulté le 1 mars 2017. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/>.

1.1.1.1 Histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée-Forestière

Pour revenir sur l'histoire de l'épidémie, rappelons qu'elle commence à faire écho dès le début du mois de mars 2014 quand la presse locale et internationale relate l'existence d'une maladie mystérieuse qui commet un nombre important de décès dans les localités de Guéckédou ensuite de Macenta. La maladie qui se distingue par son caractère épidémique va conduire MSF à intervenir en appuyant le personnel de santé des zones touchées. Des structures d'isolement des malades sont ainsi installées dans le centre de santé de Guéckédou et un autre quelques moments après sur Macenta. Le Dr Esther Sterk, spécialiste des maladies tropicales à MSF, considère à cet effet que la mise en place de ces unités d'isolement est un inconditionnel pour éviter la propagation de la maladie³⁰. L'ONG a aussi déployé un personnel pour la prise en charge des patients qui présentaient les signes de cette maladie dont le diagnostic reste jusque-là imprécis.

Malgré ces différentes mesures mises en œuvre, la maladie continue à faire des ravages avec une forte létalité. Les premiers tableaux cliniques font état de 29 décès sur les 49 patients identifiés (Bulletin de l'OMS, mars 2014). Cette situation va commencer à déteindre sur la volonté des communautés à faire recours aux structures de santé dans le sens où, la létalité de la maladie mettait en exergue les limites de la biomédecine. Ebola est semblable à la symptomatologie de pathologies endémiques connues dans la zone. Cette situation va induire des difficultés dans le diagnostic et la prise en charge du côté du personnel de santé qui fait face à une maladie qui se caractérise par une mortalité « hors normes ». En outre du fait de sa mortalité grandissante et de l'observation de décès successifs entre les membres d'une même famille, le signifiant Ebola va avoir des signifiés multiples.

Du côté des habitants du village et des localités environnantes, la recherche d'un rationnel ou d'une explication aux événements vécus devient la principale inquiétude. Dans un contexte marqué par l'absence de réponse satisfaisante de la part de la biomédecine, les communautés vont faire appel

³⁰ « Épidémie d'Ebola en Guinée : MSF envoie en urgence des spécialistes et du matériel - Articles | Médecins Sans Frontières ». Consulté le 8 mars 2017. <http://www.msf.fr/actualite/articles/epidemie-ebola-en-guinee-msf-envoie-en-urgence-specialistes-et-materiel>.

à l'univers socioculturel pour donner un sens au « mal ». La théorie du jet de sort va vite être développée par les communautés comme une des premières explications rationnelles de la situation inhabituelle qui sévit en Guinée-Forestière. Le *fossi* ou sort dont le mode opératoire est semblable aux faits observés, c'est-à-dire des cas décès successifs dans une même famille, ainsi que la question des hémorragies sont deux caractéristiques particulières qui vont conduire une partie des résidents des zones concernées à considérer que l'événement qui se produit n'est pas « un problème de l'hôpital ». Dès lors, ces derniers s'orientent vers un univers de sens qui leur permet d'entretenir un rationnel pour expliquer et faire face au problème social qu'ils expérimentent. Un recours à d'autres formes de thérapie commence dès lors à s'observer du côté des populations.

La publication des résultats des investigations sur les échantillons de sang qui a permis d'identifier le virus Ebola comme responsable de l'épidémie en cours en Guinée, n'a pas permis d'enrayer les différents discours que la communauté se fait du mal qu'elle expérimente. En d'autres termes, Ebola, cette fièvre hémorragique virale identifiée depuis 1976 en République Démocratique du Congo et responsable d'une vingtaine de flambées épidémiques est peu ou pas connue des communautés en Guinée. La recherche de soin qui induit dès lors une mobilité de patients va favoriser l'extension de la chaîne de contamination. L'importance des flux démographiques dans la zone forestière où se déclenche l'épidémie va induire l'exposition des communautés dans les pays frontaliers de la Guinée sur cette partie du pays. La gestion des corps dans les rituels funéraires va également s'intégrer dans cette vague de pratiques qui malencontreusement vont être favorables au développement de l'épidémie. Ainsi, dès le début du mois d'avril 2014, des cas commencent à être notifiés en Sierra Leone et au Liberia.

1.1.1.1 Ebola : la naissance du « mal »

Si l'origine de cette actuelle épidémie reste imprécise, les études rétrospectives menées par des chercheurs allemands de l'institut Robert Koch de Berlin ont permis de la remonter à un enfant de 2 ans résidant le village de Meliandou, sous-préfecture de Tékoulo dans la préfecture de

Guéckédou (Saéz et al., 2014). Émile Soupouiyi Ouamouno décédé le 28 décembre 2013³¹ aurait souffert d'une maladie suite à un contact avec des chauves-souris frugivores. L'enfant est acheminé au poste de santé de Meliandou par ses parents où il arrive avec une forte fièvre suivie de vomissements. Au regard des symptômes observés, un traitement antipaludique lui a été administré³². Cependant, le traitement ne donne pas le résultat escompté, car deux jours plus tard, le petit garçon de deux (2) ans décède suite à la maladie.

L'événement ne paraît cependant pas inhabituel dans un pays où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans avoisine les extrêmes³³. Par contre, la situation va connaître un rebondissement quand, quelques jours après la mort d'Émile, c'est autour de la grande sœur Philomène âgée de quatre (4) ans de présenter les mêmes signes et de décéder le 5 janvier 2014. À l'image d'une épreuve de relais, Émile va passer le témoin à sa sœur qui elle également décède en présentant les mêmes signes d'une maladie « mystérieuse ». Les signes cliniques que manifestent les patients sont partagés par différentes maladies à caractère endémique dans la zone. Par contre, aucune d'elles ne répond au diagnostic et les traitements proposés jusque-là ne font que se solder par des cas de décès. Dans la famille Ouamouno, l'épreuve de « relais de la mort » se poursuit et c'est autour de Sia, la maman d'Émile qui était porteuse d'une grossesse de sept (7) mois et qui présentait une hémorragie le 11 janvier 2014, de décéder la même nuit après un avortement.

³¹ Il importe de préciser à ce niveau, qu'il existe dans la littérature, des dates différentes documentés en rapport avec le cas index de l'épidémie. Si dans le document de l'OMS (« OMS | Les origines de l'épidémie d'Ebola 2014 ». WHO. Consulté le 30 janvier 2017. <http://who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/virus-origin/fr/>), il est convenu que l'événement s'est passé le 28 Décembre 2013, le rapport initial d'investigation avait retenu la date du 6 Décembre comme date de décès du premier cas (Baize et al., 2014.)

³² Ebola Patient Zéro-Meliandou, Guinée, Unicef Guinée, 9 février 2015, <https://youtu.be/6e4QeXEzxls>

³³ Selon l'Enquête Démographique et de Santé 2012, le ratio de la mortalité maternelle est de 724 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale de 33‰, le taux de mortalité infanto - juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰. Le niveau de ces indicateurs de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile reste encore très élevé par rapport aux pays à économie similaire. Plan National de Développement Sanitaire 2015-2024, Mars 2015

L'observation de ces cas de décès successifs dans sa famille vont conduire le père d'Émile à considérer que sa famille serait victime d'une malédiction. En moins d'un mois, une maladie mystérieuse est en train de décimer la famille d'Étienne Ouamouno qui vient de perdre ces deux enfants et sa femme. Le caractère mystérieux qui structure les cas de décès successifs observés dans une même famille, assujettis à l'insatisfaction face aux réponses de la biomédecine va conduire la famille Ouamouno à avoir un autre regard du « mal » dont ils font l'objet. Dans un entretien accordé à Frontline, l'infirmier du poste raconte que « le papa des enfants était devenu fou ; il disait euh le village ma tué, le village m'a tué ». Ces différents décès feront l'objet d'obsèques ritualisées, car comme le souligne Adrien Absolu :

« La mort en pays Kissi est avant toute chose la naissance d'un ancêtre. Il s'agit à travers un ensemble de procédures d'un temps immémorial de permettre à la personne décédée d'atteindre, par la grande route balisée de prières et de codes, le village de la mort. Rien avoir avec l'enfer et le paradis » (**Absolu, 2016, p.20**).

Le chef de poste va informer sa hiérarchie des événements sanitaires qu'il observe dans son aire de responsabilité. L'infirmier transmet l'observation de cas répétés de décès dans sa localité suite à la présentation d'une diarrhée et de fièvre. De plus, vu que le traitement antipaludique n'a pas fait de résultat, ce dernier a tourné le regard sur le choléra. À son tour également, le chef de centre de Guéckédou va remonter l'information au niveau de l'hôpital régional qui va se saisir de la situation pour faire des investigations. Il importe de préciser que les maladies fébriles telles que le paludisme, le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie entre autres sont des pathologies qui ont un caractère endémique dans la zone. Des tests sont alors faits sur les eaux qu'utilisent les communautés dans la localité et les résultats ne déterminent pas la présence d'une épidémie de choléra. Après le décès de la mère d'Émile, les trois (3) femmes qui étaient venues nettoyer sa chambre après l'enterrement vont elles aussi développer la maladie et en décéder quelques jours plus tard. La situation devient compliquée à partir de ce moment où une psychose généralisée trouble la quiétude du village.

Les cas de décès successifs que le personnel de santé n'arrivait pas à expliquer du fait que le diagnostic ne répondait à aucune des maladies fébriles connues dans la zone et que les traitements proposés ne donnaient pas d'issue favorable vont conduire les communautés à introduire l'idée

d'une théorie de « jet de sort ». Ainsi, un rituel de guérison communautaire a été organisé. Des objets ont été collectés dans les maisons et au niveau de la rivière et ensuite brûlés sur la route du village pour conjurer le sort suite à la consultation des wanayawa, qui sont les devins dans la société Kissi (Paulme, 1970). Ces objets sont considérés comme étant à la base des événements malheureux observés dans le village. Cependant, malgré la tenue de ce rituel, les cas de morts continuent à être observés dans le village. La grand-mère d'Émile, Koumba de quarante-six (46) ans d'âge sera la prochaine sur la liste à développer la maladie et va trépasser le 16 janvier 2014 à Guéckédou, où elle est allée se faire soigner. C'est ainsi que la maladie va s'exporter au-delà du village.

« Le virus tel un sauteur auquel on aurait lâché sa bride, avait déjà franchi les limites du bourg, et s'était répandu dans la nature en traînée de poudre, suivant les petites routes de terre battue quadrillant tout le territoire, connectant entre eux les villages dispersés, empruntant même les grands axes macadamisés reliant cette forêt aux portes de l'Atlantique, à Conakry ou Monrovia ». (**Absolu, 2016, p.23**).

L'infirmier-major du service de médecine générale de l'hôpital de Guéckédou le Dr Saa Jonas Koundouno collègue de Koumba, la grand-mère d'Émile qui était aide-soignante et qui est venue se faire consulter suite à sa maladie, va lui aussi présenter des signes de la maladie quelques moments après la mort de cette dernière. Il décide ainsi d'aller se faire consulter chez un ami, le Dr Étienne Fassa Kourouma, directeur de l'hôpital de Macenta où il décédera le 10 février 2014 malgré les soins qui lui ont été prescrits. L'épisode du « relais de la mort » continue son bonhomme de chemin. C'est d'abord le fils du directeur de l'hôpital qui développe la maladie et est évacué sur l'hôpital de N'Zérékoré où il va perdre la vie. Son père sera le suivant sur la liste des morts inexplicables dans la région Forestière au Sud de la Guinée. Par contre si la mort subite du Directeur de l'hôpital suscite une interrogation au sein de ses confrères, l'endroit particulier où se déroule l'événement regorge de réalités qu'il nécessite de considérer pour les personnes qui y interviennent.

« Le 9 mars, on prévient le Dr Kaba, dont la fonction est celle d'une sorte de Préfet de zone pour toutes les questions sanitaires, du décès de son collègue, qui fait suite, lui dit-on, à une série de morts inexplicables dans un petit village, situé dans le périmètre de son autorité.

Personnellement affecté, il s'inquiète, interroge. Dans son entourage, on le freine, on l'invite à la tempérance ; c'est une affaire qui ne concerne que les de Kissi... On lui conseille de ne rien faire, de laisser fermer le couvercle sur cette drôle de marmite de mort. » (Absolu, 2016, p.27-28)

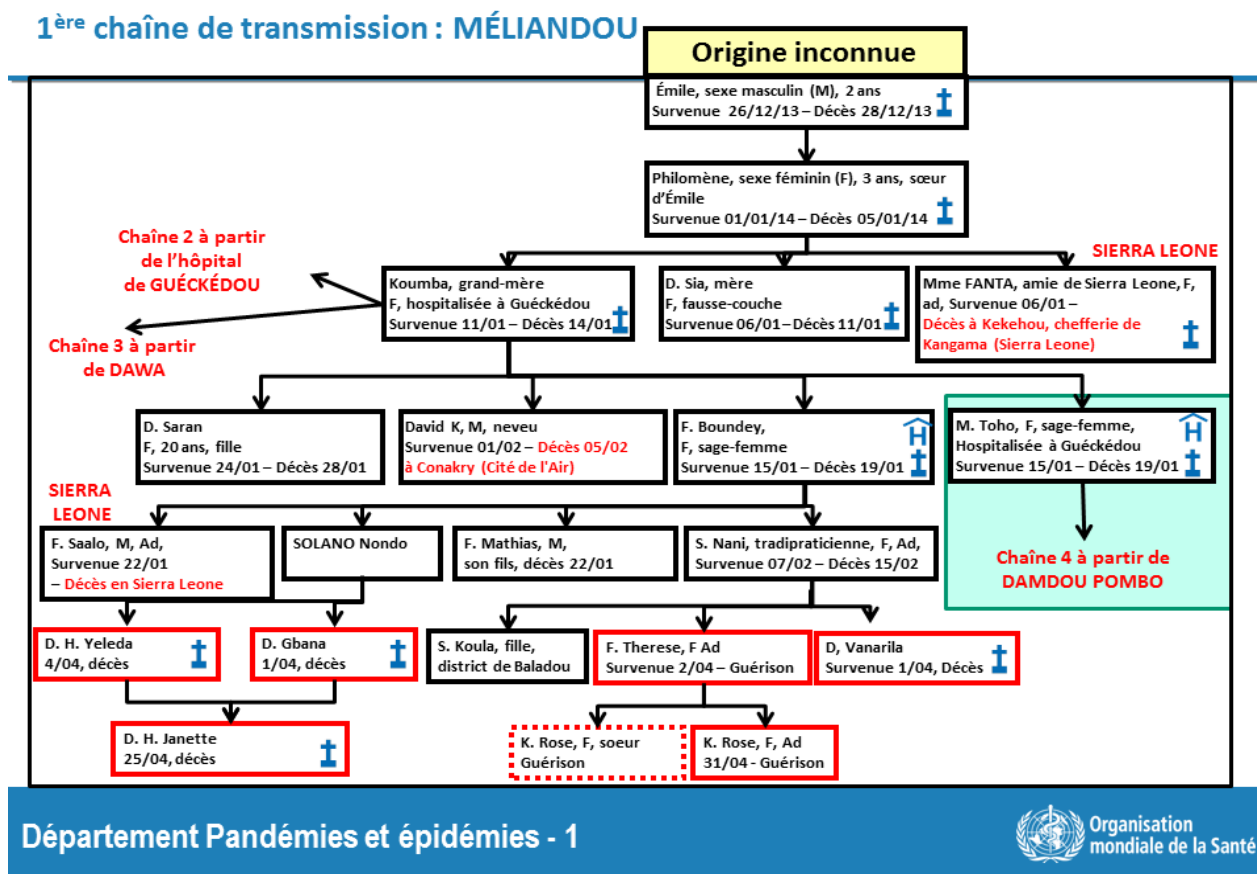


Figure 10 : Chaîne de transmission de la nouvelle flambée d'Ebola en Guinée-Forestière (OMS, Mars 2014)

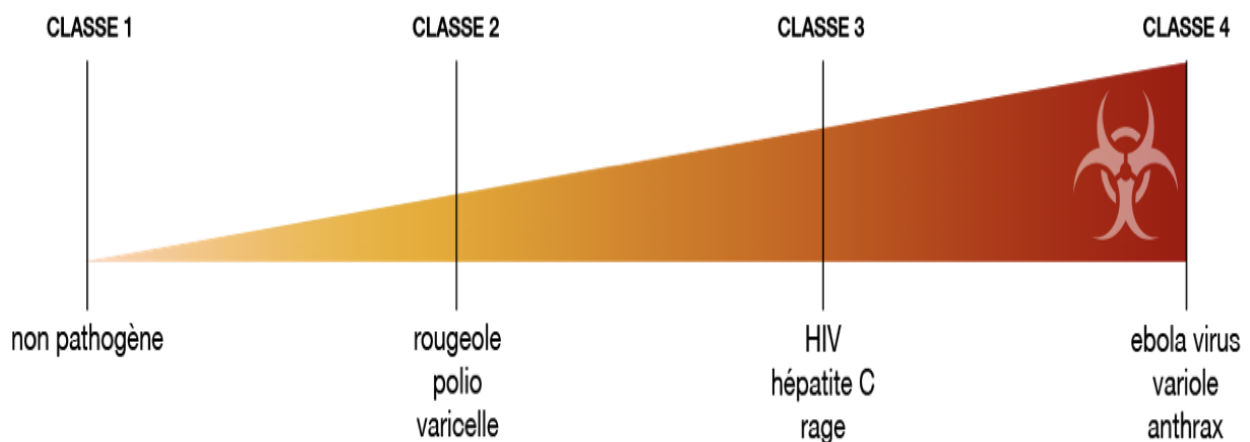
De Meliandou à Guékédou, le mal jusque-là non identifié et qui continue à faire son lot de morts semble ne concerner que des personnes de l'ethnie Kissi³⁴. Ces observations vont donner lieu aux

³⁴ Majoritairement représentés dans cette partie de la Guinée, les Kissis appelés également les « gens du riz » (Paulme, 1960) sont une communauté vivant au niveau de la zone forestière de la Guinée, mais également au-delà des frontières balisées. Dès lors, cette communauté est retrouvée au Liberia et en Sierra Leone dans des villages à la frontière avec

premières explications du « mal » où comme le rapporte Absolu (2016), on considère qu’il s’agit d’une histoire qui ne concerne que l’ethnie Kissi, donc loin d’être un problème de santé dans le sens médical du terme. Ces différents événements vont structurer une image de la maladie Ebola comme une maladie des Kissiens, opinion qui va se diffuser dans les différentes parties de la Guinée et occasionnant par la même occasion des formes d’engagement spécifique par rapport à Ebola. Dans la ville de Conakry par exemple, le marché des forestiers va connaître des restrictions dans la vente de viande de brousse et la communauté forestière fera même l’objet d’une stigmatisation manifeste de la part des autres groupes ethniques.

1.1.2 Ebola, c’est quoi ce « mal » ?

Ebola appartient à une famille de virus appelé les filovirus dont fait partie le virus de Marburg. Dans le classement des agents biologiques pathogènes, ils sont classés de niveau 4, c’est-à-dire parmi les virus les plus meurtriers. Tous deux provoquent des fièvres hémorragiques. Marburg et Ebola déchiquettent leur victime de l’intérieur réduisant leur corps en un hamac de sang et de tissu flasque avec un taux de létalité très important. Au moment où la létalité des maladies meurtrières telle la peste ou la fièvre jaune est estimée à 20 % des personnes infectées et que même le virus tant redouté de la variole atteint 30 %, les filovirus avoisinent 50 à 90 % des cas.



la Guinée. Toutefois, le choix de résider dans la zone forestière tient à plusieurs facteurs dont la préservation du culte des pratiques ancestrales constitue une des principales.

Figure 11 : Place du virus Ebola sur l'échelle des agents biologiques, Source, RFI, Ebola en 7 questions³⁵

Jusqu'à une période récente, Ebola et Marburg n'étaient observées que dans des zones reculées de l'Afrique centrale. Mais en raison des phénomènes anthropiques notamment avec la déforestation et l'extraction minière, il s'observe également une migration des primates supposés être les réservoirs naturels de certains virus comme celui d'Ebola. Le virus compte cinq (5) souches connues : Zaïre (EBOV) (République Démocratique du Congo), Soudan (SUDV) (Soudan), Reston (RESTV) (Philippines & Chine), Tai Forest (TAFV) (Côte d'Ivoire) et Bundibugyo (BDBV) (Uganda) dont les trois premières sont associées aux épidémies humaines. La souche Reston a été repérée aux Philippines et en République populaire de Chine où elle atteint principalement les singes et les porcs. La souche Tai Forest a fait des victimes sur des chimpanzés ainsi que sur un médecin qui faisait une autopsie sur les cadavres de ces singes.

La première flambée de 1976 en RDC a été l'occasion d'identifier le virus responsable de cette fièvre hémorragique jusque-là inconnue du monde biomédical. Les premiers cas de la maladie ont été observés à partir de la fin du mois de juin 1976 dans la localité de Nzara située à la frontière entre le Soudan et la RDC (Ex-Zaïre) où trois (3) hommes employés d'une usine de coton vont simultanément développer une maladie dont les signes cliniques sont des céphalées, des douleurs thoraciques, des vomissements hémorragiques, des épistaxis et des diarrhées sanglantes (Bulletin de l'OMS, 1978 ; Adélie, 2016, p31). Quelques semaines plus tard, des cas de malades vont s'observer au niveau de la localité de Yambuku en RDC ; les malades présentent les mêmes signes cliniques que ceux de Nzara.

Si dans les premiers moments, les signes de fièvre que présentent les malades conduisent les personnels de soins à appliquer un traitement antipaludique, les échecs de la thérapie qui se traduisent par le décès des malades vont conduire ces derniers à s'orienter le diagnostic vers d'autre

³⁵ « Ebola en 7 questions ». s. d. RFI. Consulté le 22 août 2015. <http://graphics.rfi.fr/virus-ebola-epidemie-infographie/>.

type de maladie. Un des malades qui a été reçu au niveau du Yambuku Mission Hospital (YMH), établissement de santé catholique fondé par les missionnaires belges en 1935, va être à la base d'une transmission nosocomiale. Dans cette structure de santé, le manque de matériel médical pousse le personnel à adopter des pratiques tel le partage des seringues pour les malades. Nzara au Soudan et Yambuku au Zaïre (actuel RDC) vont donc en cette année 1976 faire l'objet des deux premières flambées simultanées, mais non liées d'Ebola. Les investigations qui seront menées plus tard par l'expertise d'une équipe de chercheurs va distinguer deux variantes du virus responsable des deux flambées : il s'agit de la souche nommée Soudan et celle nommée Zaïre du virus Ebola respectivement en fonction des lieux de leur première documentation. (Bulletin de l'OMS, 1978 ; Adélie, 2016, p33).

Après l'épisode qui a occasionné le décès de 280 des 318 personnes infectées en 1976, une autre flambée va être identifiée au Zaïre en 1995 puis au Gabon, qui va connaître deux flambées successives notamment entre 1995 et 1996. En Afrique de l'Ouest, c'est novembre 1994 qu'un premier cas isolé a été identifié en Côte d'Ivoire concernant une éthologue qui faisait une nécropsie sur un chimpanzé. En sus une étude aux preuves sérologiques limitées faisait état de la survenue d'une épidémie d'Ebola en Guinée en 1982 dans la localité de Madina Oula dans la préfecture de Kindia (Boiro et al., 1987).

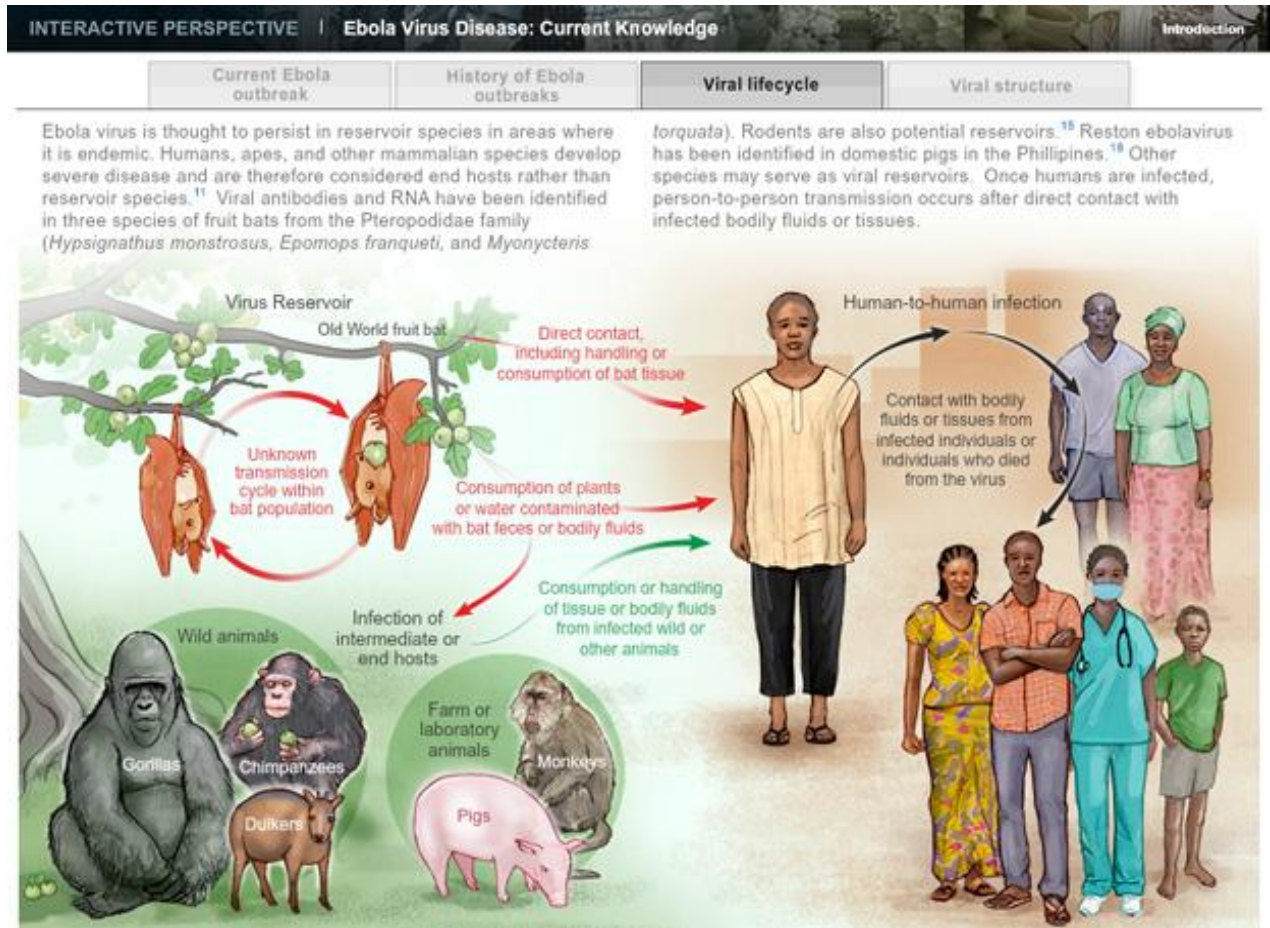


Figure 12 : Schéma du mécanisme de transmission du virus Ebola (CDC)

Si l'origine du virus demeure imprécise, la chauve-souris frugivore est considérée comme l'hôte naturel. Les principaux vecteurs suspectés de transmettre la maladie sont les gorilles, les chimpanzés et les antilopes. La contamination de l'animal à l'homme se fait soit par manipulation de la viande de ces animaux infectés, soit par leur consommation, particulièrement en cas de cuisson insuffisante. La transmission d'homme à homme se produit par contact avec le sang, les sécrétions (éternuements), des liquides biologiques (salive, sang, selles, vomissements, sperme, sueur), d'un malade ou par l'intermédiaire d'environnements contaminés.

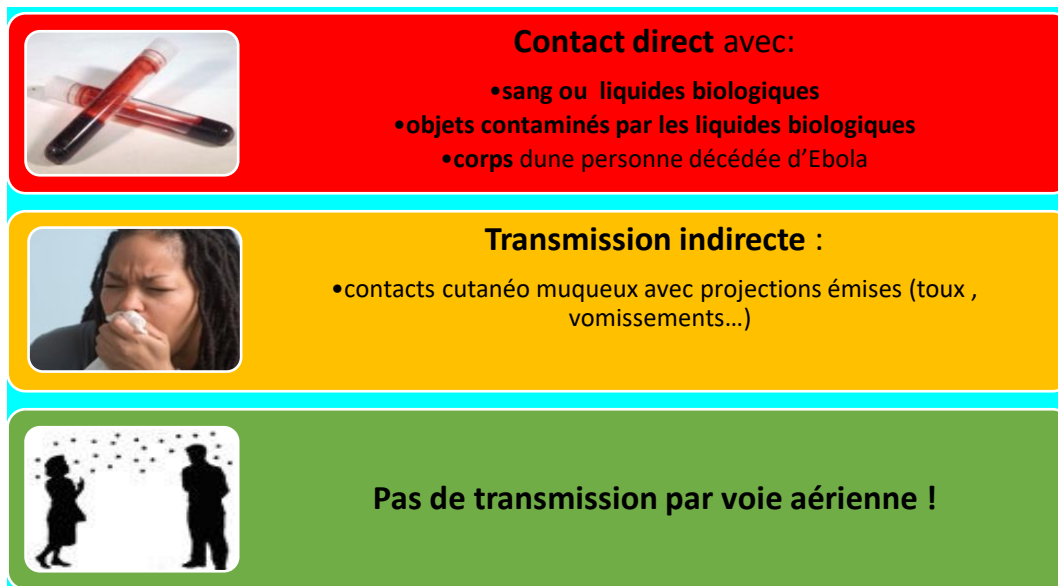


Figure 13 : Schéma des différents modes de transmission de la maladie à virus Ebola

L'origine de l'épidémie d'Ebola qui s'est déclenchée vers la fin de l'année 2013 en Afrique de l'Ouest reste une interrogation sur laquelle il n'existe toujours pas de réponse précise. Plusieurs récits où hypothèses ont été développés afin de rendre compte ou d'expliquer le développement d'une telle maladie qui jusque-là était conçue sur le régime de l'altérité : c'est une maladie qui se développe de l'autre côté, en dehors de nos frontières. Les différentes flambées d'épidémie d'Ebola ont été observées en particulier dans la région centre de l'Afrique et plus précisément en RDC qui a connu le plus grand nombre de flambées épidémiques. À l'exception du cas d'Ebola avec la souche Taï Forest identifiée en Côte d'Ivoire en 1994 et des suspicions nées d'une étude sur une épidémie virale à Madina Oula en Guinée en 1982, Ebola n'a pas été documentée dans la région ouest-africaine depuis son identification en 1976 en RDC dans un village à côté du fleuve dont il porte le nom.

À cet effet, l'émergence subite d'une épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest dans une zone où les populations n'ont presque pas de connaissance sur une telle maladie va susciter une interrogation sur l'origine de l'épidémie. Si pendant une certaine période, les investigations menées par différentes institutions, dont l'institut Bernhard Nocht, et une mission de l'OMS ont permis d'identifier, Émile Ouamouno un jeune enfant de deux (2) ans résidant dans le village de Meliandou dans la préfecture de Guéckédou comme le cas index de la nouvelle flambée suite à un

contact avec des chauves-souris frugivores³⁶, un autre récit de l'épidémie dit de 2014 donne une autre source de la flambée qui va au-delà d'Émile et vient balayer d'un revers de main toute l'hypothèse de la théorie de la chauve-souris frugivore³⁷.

Le Dr Raphael Dembadouno médecin chargé de l'alerte à Médecins Sans Frontières à Guéckédou considère que « l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola que la Guinée connaît aujourd'hui a eu pour point de départ le territoire sierra-léonais »³⁸. Cette révélation a été faite à travers un rapport d'étude socio-anthropologique en appui à la réponse nationale contre la maladie à virus Ebola, réalisée par le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, l'ONG Club Tradition et Développement, et l'appui financier de l'UNFPA, en décembre 2014. Dans l'histoire que raconte le Dr Dembadouno, l'épidémie serait partie d'un ancien militaire léonais qui a eu à travailler en RDC, pays qui venait de sortir d'une flambée d'épidémie d'Ebola dont la fin a été déclarée le 26 novembre 2012³⁹. Ce dernier aurait manifesté en novembre 2013, de retour dans son village d'origine Sokoma, un village de la Sierra Leone à la frontière de la Guinée, une maladie dont le tableau clinique décline une fièvre, de la diarrhée des vomissements et des saignements.

Étant de l'ethnie Kissi où toute maladie qui se manifeste par une hémorragie quelconque est considérée dans le groupe des maladies surnaturelles et de la sorcellerie et par conséquent nécessite une forme de recours thérapeutique spécifique, le malade est amené à consulter plusieurs guérisseurs traditionnels dans les villages environnants. Malgré les différentes tentatives, ce dernier va succomber de la mystérieuse maladie. Et comme dans l'épisode précédemment raconté

³⁶ « OMS | Tout a commencé en Guinée : l'épidémie a continué à couvrir – sans être détectée – pendant plus de trois mois ». *WHO*. Consulté le 1 mars 2017. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr/>.

³⁷ Depuis 2004, plusieurs recherches menées dans des zones infectées suite à une flambée d'Ebola ont permis de considérer la chauve-souris frugivore, de la famille des ptéropodidés appelé communément roussette, comme l'hôte naturel du virus Ebola. Cette thèse a été soutenue par le CDC et sera par la suite intégrée dans les messages de la communication sur l'épidémie d'Ebola par l'OMS.

³⁸ « HISTOIRE D'EBOLA : Cette version à prendre au sérieux... - GuineeConakry.info ». Consulté le 22 septembre 2017. <http://www.guineeconakry.info/article/detail/histoire-debola-cette-autre-version/>.

³⁹ « Déclaration de la fin de l'épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola survenue dans le District Sanitaire du Haut-Uélé Ouest, Province Orientale, RD CONGO ». 2012.

de la famille Ouamouno, le « relais de la mort » commence dans la famille ; les cas de malades se succèdent et se soldent par des décès que la médecine traditionnelle malgré ces différentes potentialités n'arrive pas à gérer.

Cependant, la maladie va migrer du village de Sokoma vers la Guinée par le canal du village de Meliandou quand une femme, enceinte et contact du défunt militaire, est orientée par l'infirmier-major du service de médecine général de l'hôpital de Guéckédou vers un guérisseur de Meliandou suite à un traitement qui n'offrait pas les résultats escomptés. La patiente du guérisseur est logée chez la voisine du guérisseur, chez Ouélé Koumba Ouamouno, qui se trouve être la grand-mère d'Émile Ouamouno. Malgré les différentes prestations offertes par le guérisseur, l'état de santé de la patiente ne s'améliore toujours pas ; elle finit même par retourner à l'hôpital où elle décède quelques jours plus tard. À la suite du décès de cette dernière, les cas de malades commencent à s'observer au sein de la famille Ouamouno avec Émile, l'enfant de deux (2) ans jusque-là considéré comme le cas index et à partir de qui serait partie toute l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest à partir de la fin de l'année 2013.

La publication de ce rapport d'étude vient remettre sur la balance des incertitudes les évidences sanitaires autour de l'origine de la nouvelle épidémie jusque-là défendues par l'OMS et ses acteurs partenaires. La théorie du militaire reste une piste intéressante à investiguer au regard des évolutions scientifiques connues de nos jours autour du filovirus Ebola et la possibilité de ce virus de persister dans le sperme des personnes guéries. D'un côté, un rapport d'étude du programme Post-EboGui confirme la persistance du virus Ebola dans le liquide séminal des survivants de sexe masculin à l'épidémie d'Ebola et cela jusqu'à une durée de plus de neuf (9) mois (Sow et al., 2016). L'étude décrit également qu'il s'observe une diminution de la charge virale dans le liquide séminal avec le temps. De l'autre côté, l'absence d'évidences scientifiques autour du passage du virus de la chauve-souris frugivore, considéré par certains comme le réservoir naturel du virus, vers l'homme met en évidence les limites de cette hypothèse. Cependant, la situation sanitaire d'urgence en cours pousse les acteurs à moins s'intéresser à la question des origines et à plus orienter leurs efforts à la prise en charge des patients et au développement de mécanismes pour endiguer l'épidémie. Pourtant, les interrogations autour de l'origine de l'épidémie ne vont pas pour autant s'estomper. L'intérêt pour les communautés de comprendre et de donner sens à l'événement social que pose le contexte de l'épidémie va se dresser en obstacle face à un dispositif qui a

déjà défini ses objectifs au nom du bien-être commun. De la Guinée-Forestière à la capitale Conakry, des discours se construisent autour de la « maladie mystérieuse » et de ses origines. Au menu des débats, deux grandes interrogations particulières s’observent : la nature de la menace et son origine.

1.1.3 L’émergence d’Ebola en Guinée-Forestière

Après Guéckédou, c’est au tour de Macenta d’enregistrer ses premiers cas de malades à partir du mois de mars 2014. Les alertes sur cette maladie mystérieuse qui continue à faire un lot important de perte en vies humaines ont été portées au plus haut niveau. Le ministre de la Santé a donc dépêché une mission pour aller s’enquérir de la situation. À Macenta cette fois-ci, c’est autour d’un enfant du nom de Khalil, reçu au centre de santé de Macenta, de présenter une maladie qui s’est manifestée par des hémorragies. Mais avant l’arrivée de la mission, le père de ce dernier l’a fait sortir de l’hôpital vu que le personnel de santé en place n’arrivait pas à soigner son enfant.

L’équipe du Dr Koivogui s’est lancée à la recherche du jeune pour pouvoir effectuer des prélèvements sur lui. Dans le sens où les différents patients ont tous succombé à la maladie, Khalil constituait le dernier espoir pour l’équipe afin faire des prélèvements. C’est ainsi que ces prélèvements et ceux effectués sur d’autres malades seront envoyés dans des laboratoires en France et en Allemagne pour une investigation. L’épidémie commence maintenant à se propager et le nombre de victimes devient de plus en plus important. La situation s’aggrave et les cas commencent à être notifiés au niveau même du personnel de santé.

Le diagnostic et le traitement associé à toutes ces formes de pathologie ne donnent pas les résultats escomptés. Or la létalité observée de la maladie témoigne de l’insuffisance du système de santé à répondre à la menace que décline l’épidémie. Les conséquences d’une telle situation ne manquent pas de se faire remarquer. L’épidémie va ainsi mettre à nu les défaillances du système de santé de la Guinée, qui à tous les niveaux, connaît des difficultés que cela soit du point de vue de l’infrastructure, de l’équipement que de la ressource humaine⁴⁰.

⁴⁰ L’histoire du système de santé de la Guinée est, à l’image des différents pays de la sous-région, marquée par des étapes qu’il importe de décliner pour en comprendre les différentes dynamiques. Au sortir de la période coloniale

« Bon, moi, je pense que ma façon de voir les choses hein, c'est que le système de santé était vraiment défaillant à tel point que l'État, je ne dis pas qu'il n'accordait pas trop d'importance à la santé ou qu'il n'en fait pas une priorité, mais réellement on ne mesurait pas l'ampleur selon lequel notre système de santé était défaillant. Donc l'inaccessibilité de la population aux soins de santé, l'État n'en était pas conscient. Donc la santé publique, vraiment l'État n'était pas conscient de sa défaillance, bon ça, c'est ma lecture hein. »

IDI_Membre commission communication et mobilisation sociale de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola, Coyah_Août 2015

Ces insuffisances, qui se traduisent en un difficile accès, mais également une mauvaise qualité des soins, ont favorisé un délaissement des structures de santé publique. C'est en quelque sorte un des éléments du contexte qui vont favoriser le développement à grande échelle d'une médecine privée avec une floraison de structures privées de santé que l'on retrouve sur tout le territoire guinéen en dehors des systèmes thérapeutiques parallèles constitués par la médecine traditionnelle et ses différentes déclinaisons. Les difficultés du système de santé s'observent également au regard de la faiblesse du système de veille sanitaire avec une absence de maîtrise des événements sanitaires. Que cela soit à l'intérieur du pays ou au niveau des frontières, l'absence de système de veille sanitaire va être à la base du caractère transfrontalier que va prendre l'épidémie dès la fin du mois de mars. Des cas vont commencer à être notifiés au niveau du Liberia et de la Sierra Leone.

marquée par un système de santé dont l'objectif était la prise en charge des colons, de leurs employés et pour une moindre mesure quelques indigènes résidants les zones d'habitation des colons, la Guinée avec le Président Sékou Touré va se lancer dans un régime politique socialiste marquée une focalisation sur l'équité de l'accès aux soins pour toute la population. À la mort du Président Touré, et l'arrivée du Président Lansana Conté, le pays sur un système politique libéral. On va assister à une vague de réformes qui vont participer à la reconfiguration du système de santé de manière globale. Cette réforme coïncide avec un contexte de remise en cause des systèmes de santé notamment entreprise à travers les différentes conférences et traités internationaux ayant permis de mettre un accent sur les Soins de Santé Primaire (Déclaration d'Alma Ata en 1978), mais également les dynamiques d'implication des communautés dans l'effort de financement de la santé à travers l'Initiative de Bamako (1987) complété par une politique de réformes hospitalière en 1991 avec l'introduction du système du district sanitaire. Par contre durant la période comprise entre l'année 2000 à nos jours, le système de santé en Guinée est aux prises d'un ensemble de dysfonctionnements lié à la diminution du financement public du fait de la transition économique difficile que traverse le pays et qui ne manque pas de le déstabiliser malgré les différents programmes verticaux en cours.

1.2 DYNAMIQUES GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE

Si l'épidémie est déclarée en mars 2014 dans la zone forestière, il aura fallu moins d'un mois pour qu'elle atteigne la capitale Conakry où quatre (4) cas sont confirmés le 23 mars 2014 au centre d'isolement installé au niveau de l'hôpital de Donka. Cette situation résulte en partie de la faiblesse de l'offre de soins et de la disponibilité des infrastructures de santé en dehors de la capitale. Elle met en exergue une problématique séculaire des systèmes de santé en Afrique de manière générale. Dès lors, la concentration des structures au niveau de la capitale va induire des mouvements vers Conakry pour la recherche de soins et participer ainsi à l'extension de la chaîne de transmission.

1.2.1 Histoire de l'épidémie d'Ebola en Basse-Guinée

L'histoire singulière d'Ebola en Basse-Guinée s'inscrit dans l'histoire globale de l'épidémie en Guinée même si elle en garde une certaine spécificité. Le 17 mars 2014, l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne construit à Conakry à travers l'appui de la Chine va recevoir un malade qui présentait des symptômes de fièvre, de nausée et de vomissement et qui décède le lendemain même de son internement dans l'hôpital. Quand une semaine plus tard, l'OMS déclarait à la suite des autorités sanitaires de la Guinée une épidémie d'Ebola, les enquêtes épidémiologiques vont ainsi révéler que ce dernier a été le premier cas d'Ebola dans la ville de Conakry. Même si des cas sporadiques importés ont été notifiés au niveau de la capitale depuis la fin du mois de mars 2014, la Basse-Guinée va connaître ses premiers foyers d'épidémie à partir du mois de juillet 2014. Les premiers cas de malades sont notifiés à Forécariah, zone frontalière avec la ville de Kambia qui constituait l'épicentre d'Ebola dans la province du Nord de la Sierra Leone. Ensuite c'est à Dubréka que des foyers vont notamment se déclarer. Pour ce qui concerne la préfecture de Coyah, il aura fallu attendre la fin du mois d'août 2014 pour que l'épidémie fasse son arrivée.

L'histoire de l'arrivée d'Ebola à Coyah est plus ou moins paradoxale dans le sens où, malgré son caractère de zone carrefour et passage obligatoire avant d'atteindre la capitale, Coyah sera l'une des dernières préfectures à connaître des cas de foyers de contamination. Il importe de préciser dès le début qu'une lecture de l'épidémie dans la préfecture de Coyah est très liée à la prise en compte du contexte national de survenu et d'expansion de l'épidémie. De ce point de vue, la méthode

ethnographique sur laquelle nous appuyons notre lecture de l'histoire sociale d'Ebola à Coyah requiert un va-et-vient entre les échelles globales et locales tout en ne soustrayant pas de prendre en compte la temporalité de l'épidémie.

1.2.1.1 Chaîne de transmission dans la Basse-Guinée

Mars 2014, des échos font état d'une épidémie qui se diffuse partout en Guinée. Par contre, le mystère qui caractérise le « mal » laisse entrevoir des interprétations et des compréhensions diverses. Par conséquent, « le mal » Ebola était déjà inscrit dans le discours des communautés de la Basse-Guinée avant même l'arrivée de l'épidémie dans leur aire géographique. Cela se traduit par les discours divers qui seront associés à cette « maladie mystérieuse » qui fait des ravages en Guinée-Forestière. Dès lors, on assiste à la mise à jour des cultures préventives. Des talismans aux incantations divines en passant par les prières collectives, un ensemble de pratiques est observé du côté des communautés.

« 2014, Mars avril 2014, nous avons entendu parler de cette épidémie. Les informations qui nous parvenaient de la Guinée-Forestière disaient que c'est une maladie qui est due à un certain nombre de comportements révérencieux de la part des humains à tel point qu'à l'époque, ici à Coyah, on cherchait à écrire derrière les gens la formule « Bismillah » pour dire que bon, c'est la colère de Dieu, donc c'est tout au début, ça, c'était mars avril. »

IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015

Dans le mois qui suit, la direction préfectorale de la santé de Coyah ayant été informé des problèmes de santé qui sévissait dans la région Forestière au Sud de la Guinée a rapidement réactivé le comité préfectoral de crise. Cette structure préfectorale est un comité chargé de gérer les problèmes de santé, les catastrophes naturelles ou toute autre forme de situation pouvant troubler la quiétude sociale. Le comité développe des activités de plaidoirie et de sensibilisation au niveau des communautés. Le comité est composé des différents responsables des services techniques et administratifs déconcentrés et décentralisés. Le directeur préfectoral de la santé qui est membre du comité a, dès les premiers échos, alerté la structure du développement d'une épidémie dans la région forestière et de la potentialité de son arrivée dans la préfecture.

« Dans le même mois, Forécariah Dubréka et là on avait peur hein, on avait peur parce que Forécariah Dubréka, Coyah est un passage obligé pour tous ceux qui viennent de l'intérieur du pays ou des pays limitrophes, tous passent par Coyah... Donc Forécariah on avait, d'ailleurs les épidémiologistes étaient là et ils ont, bon pas les épidémiologistes en quelque sorte, mais les agents de santé connaissant un tout petit peu l'épidémiologie, ils ont dit qu'il n'y a pas de raison que l'épidémie n'éclate pas à Coyah puisque Coyah est un point de rotation et d'escale pour ceux qui viennent d'ailleurs et tout ça et que ça allait éclater. »

IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015

Cette préoccupation est sine qua non à la position géographique de Coyah qui en fait une zone tampon entre l'intérieur du pays et la capitale. Le constat général, dans les pays africains où la majorité des infrastructures publiques sont concentrées dans la capitale, provoquant un vaste mouvement des populations vers la capitale pour des services faisant zone de transit des localités à risque. Dès lors, le comité s'est activé à mobiliser et sensibiliser les communautés à l'application des mesures préventives. À Coyah et disons dans les différentes localités du pays, plusieurs messages circulaient sur cette mystérieuse maladie, jamais connues des communautés, et qui fait des dégâts importants en termes de vies humaines. Toutefois, l'absence d'une communication claire par le gouvernement sur la crise sanitaire observée dans la région forestière provoque un véritable engouement des communautés à délier le mystère et à donner un sens et une forme au « mal ».

Août 2014, un cas de décès dû à la maladie à virus Ebola est notifié dans la préfecture de Dubréka. Le sieur, un maître mécanicien a séjourné au Liberia pendant le mois du ramadan et est retourné chez lui à Dubréka après les fêtes. À son retour, ce dernier se plaignait de problèmes de santé et a consulté une clinique non loin de son lieu de travail. Ce dernier n'ayant pas eu une issue favorable a décidé de visiter l'hôpital où suite au constat des signes qu'il présentait a été notifié comme cas suspect à MSF qui s'occupait de la prise en charge des cas dans la Basse-Guinée à travers son Centre de Traitement Ebola (CTE) installé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Donka à Conakry. Cependant, ce dernier va succomber avant même son internement au CTE. Les tests effectués sur les prélèvements confirment son infection au virus Ebola. Dès lors, les agents de MSF ont procédé comme le définissent le protocole à l'identification des contacts et leur mise

en quarantaine pour un suivi sur une période de 21 jours. Parmi la quarantaine de personnes identifiées figurait un de ses jeunes apprentis qui va au cours de la période de suivi s'échapper. Les agents de suivi ayant noté son absence lors des activités ont remonté l'information vers les autorités qui ont sur le coup lancé l'alerte autour du jeune.

Le jeune apprenti dont le maître-mécanicien a été confirmé après avoir développé de symptômes était soumis au processus de suivi des contacts. Ce processus communautaire ne nécessitant pas un internement du contact, c'est-à-dire une personne qui au moment du développement des symptômes a été de manière directe ou indirecte au contact de ce dernier. Pour son compte, le jeune a eu à fréquenter son patron revenu malade d'un voyage de la Sierra Leone en s'occupant de ce dernier au moment de sa maladie. Suite à la confirmation de ce dernier, la famille entière sera mise en quarantaine et soumise au suivi. Le jeune ayant commencé à développer des symptômes à préférer s'échapper pour rejoindre son village natal à la recherche de soin.

Le 25 août 2014, suite au profilage du jeune, l'alerte est notifiée au comité de crise de la préfecture de Coyah. D'après les investigations menées, le jeune serait originaire de Kouriah, qui est une des sous-préfectures de Coyah. Ainsi, une alerte a été envoyée à la DPS qui sous le couvert du comité de crise a dépêché une délégation, pour se rendre sur Kouriah. L'événement survient juste trois (3) jours après des activités de sensibilisation réalisées le 21 et le 22 août 2014 dans la localité par le comité de crise. Au niveau de Kouriah, les autorités locales ont été déjà informées et par effet boule de neige la nouvelle a été véhiculée partout dans la communauté qui s'est rapidement mobilisée pour interdire le séjour du jeune dans leur localité. Ainsi le jeune dès son arrivée a été sommé de retourner par la foule et les autorités locales pour éviter des affrontements ont préféré orienter le jeune vers le CTE de Donka, qui était la seule structure de prise en charge des personnes atteintes par la maladie virus Ebola en Basse-Guinée où il va décéder quatre (4) jours plus tard.

Au cours du début du mois de septembre 2014, des malades venus de Forécariah sont venus se faire consulter dans une clinique privée de Coyah non loin du bureau de la préfecture. Cependant, du fait de la faiblesse du contrôle sur l'activité des structures de santé privée, aucun signalement de ces malades qui y ont transité n'a été fait auprès des autorités sanitaires locales. Après consultation, le personnel de la structure de santé a référé les malades vers le CTE de Donka à Conakry après constats de certains symptômes largement diffusés au niveau des formations

sanitaires comme signes cliniques d’Ebola. Pourtant malgré ce manège, l’histoire va resurgir quelques jours plus tard. Dans l’optique de retracer la chaîne de transmission de ses malades, le CTE va au cours de ces investigations contacter la direction préfectorale de santé (DPS) de Coyah pour leur informer du transit de ces patients dans des structures de santé de la Préfecture. Les identités des patients ont été partagées et des investigations sont également mises en œuvre par la DPS afin d’identifier la structure qui a reçu ces derniers. Ainsi, ladite structure va être identifiée et une mise en quarantaine est appliquée avec l’inscription du personnel et des patients au protocole de suivi des contacts pour une durée de vingt et un (21) jours.

Pourtant malgré ces différents événements, la préfecture de Coyah n’aura jusqu’à cette période pas enregistré de foyer de transmission. En d’autres termes, ni le jeune apprenti qui a quitté Dubréka ni les malades de Forécariah qui y ont transité n’ont été à la base d’un foyer épidémique dans la préfecture. Cependant, c’est au cours du mois de septembre même que dans le quartier Nord 2, qu’une tradipraticienne, spécialisée dans le massage corporel logeant le carré dénommé Gbétékhouré, reçoit un jeune venant de Conakry. Le jeune en question aurait souffert pendant un moment de douleurs articulaires et est venu se faire soigner chez la dame, très réputée pour ce type de soins. N’ayant pas été satisfait des soins de la dame, le jeune est allé voir un autre vieux dans le quartier de Somayah, non loin du centre-ville dans la commune urbaine de Coyah.

Après le passage du jeune, la dame de Gbétékhouré va commencer à développer une maladie. Dès lors et comme il est de coutume dans la famille, les belles-filles de la dame vont être à son chevet pour s’occuper d’elle dans ses moments de convalescence. Son jeune frère fait intervenir un médecin qu’il déplace à domicile pour consulter la dame. Mais malgré les différents traitements prodigués, la situation de cette dernière ne s’améliore pas. Face à cette inquiétude, le jeune frère demande au médecin de lui faire un prélèvement de sang pour procéder au test vu qu’il avait déjà entendu parler de la maladie Ebola et que les signes qu’il observait chez sa sœur le pousser à vouloir investir cette piste. Par contre avant même la réception des résultats des tests, la dame décède précisément le vendredi 26 septembre 2014. Derrière elle, les parents proches qui étaient à son chevet pendant sa convalescence commencent tous à développer une maladie. À partir ce moment, la préfecture de Coyah va observer son premier foyer épidémique autour de cette dame. Le samedi 27 septembre 2014 au lendemain du décès de la dame, 16 personnes tombent malades dans la concession. Dans la journée du dimanche, le chef de ménage observe que la situation des

membres de sa famille devient de plus en plus grave. Ce dernier commence dès lors à établir un lien entre le décès de sa sœur et les cas de maladies subites dans sa famille.

« Mais au moment où elle était malade, il y avait 4 personnes qui étaient auprès d'elle dont faisait partie ma femme, la femme de mon fils, enfin toutes mes deux femmes étaient avec elle. Ce sont-elles qui la prenaient pour la faire coucher sur le lit. Mais le samedi, la maladie a commencé à se développer dans la famille ; le dimanche, 16 personnes sont toutes tombées malades. Certains ne pouvaient même plus se tenir debout. Certains ont dit que c'est le choléra, d'autres disent que c'est la dysenterie, mais moi-même je me suis posé une question, comment 16 personnes peuvent tomber malade à la fois, au même moment. Je me suis dit que mes parents là sont contaminés et je me suis demandé, est-ce que la maladie là dont on parle Ebola, est-ce que ce n'est pas ça qui a tué ma sœur, car après son décès il y a eu 16 malades ; tous ceux qui étaient auprès d'elle sont malades et ses enfants aussi sont malades. » **IDI_Chef de ménage contact, quartier Nord 2, Coyah_Mars 2015**

Dans le même moment, des cas de décès sont notifiés du côté du vieux de Somayah. Par contre les équipes sanitaires ont eu du mal à opérer dans cette localité face à la violence des communautés qui les accusent de vouloir tuer leur parent. Dans la famille de la dame de Gbétékhouré, c'est le chef de ménage lui-même qui va faire appel aux responsables sanitaires de la localité pour demander une prise en charge de sa famille. Le comité de crise va donc s'investir autour du cas et va demander à référer les malades au CTE de Donka. À l'image des événements de Somayah, les riverains de la famille à Gbétékhouré vont également se dresser pour empêcher le transfert des malades. Par contre le chef de ménage va prendre sa responsabilité et demander que le transfert soit fait malgré les menaces des voisins.

« Mais la foule est sortie, alors je leur ai dit que je ne les ai pas appelés pour les gens, mais je les ai appelés pour venir prendre mes parents qui sont malades et les amener à Conakry parce que je ne suis pas médecin ou agent de santé, donc j'ai fait appel aux spécialistes qui n'ont qu'à les envoyer à l'hôpital ; celui qui crée des dégâts ici, c'est l'autorité qui va nous séparer. » **IDI_Chef de ménage contact, quartier Nord 2, Coyah_Mars 2015**

Même au sein de la famille concernée par la maladie les points de vue divergent sur l'envoi des malades au niveau du CTE. Une femme qui vivait dans la concession va être rappelée à venir dans

son village natal, Sogoyah, pour ne pas figurer dans le groupe des malades qu'on envoie au CTE et qui vont, selon ses parents, y faire l'objet « de meurtre ou de vol d'organes ». Dans la suite de l'histoire, ce village va, à partir de l'arrivée de cette dame, être également une zone infectée. Ces différents événements ci-décrit vont faire de Coyah une nouvelle préfecture inscrite dans la liste des zones infectées. Une coordination préfectorale y sera ainsi érigée pour mettre en œuvre les mécanismes de lutte contre l'épidémie. Elle connaîtra ainsi la contribution des différents acteurs partenaires qui vont dépêcher de la ressource humaine et logistique pour permettre au dispositif local de disposer des moyens nécessaires pour faire face à Ebola. La conjugaison des efforts des différents acteurs va permettre une maîtrise de l'épidémie dans toute l'étendue de la préfecture au cours du mois d'avril 2015. Cependant, le fait pour la préfecture de Coyah de rester frontalière à des zones encore actives à l'instar des préfectures de Dubréka et Forécariah va conduire les autorités à maintenir le dispositif de surveillance communautaire afin de parer à toute possibilité de réinfection de la préfecture.

1.2.1.2 Le come-back d'Ebola à Coyah

Le 2 juillet 2015, une femme décède à la gare de Sambayah. Cet événement survient au moment où la préfecture de Coyah venait de boucler plus de trois mois sans observer de cas de malade d'Ebola. Le décès suspect de la dame a poussé les autorités de la gare voiture à alerter les équipes de surveillance de l'OMS. Sur place, la dépouille est prise en charge par l'équipe de gestion des décès de la Croix-Rouge et le corps de la défunte est envoyé au niveau de l'hôpital préfectoral. Un ensemble de tests lui sont soumis en rapport avec le protocole de gestion des décès dans un contexte épidémique. Les résultats qui vont en découdre vont replonger la préfecture dans le groupe des zones infectées : du statut de zone verte, Coyah retombe dans le rouge. L'identification de la dame va permettre de localiser sa famille d'accueil à Sanoyah Rail quartier situé dans la commune rurale de Manéah à la frontière entre la préfecture de Coyah et celle de Dubréka. L'histoire de cette dame, qui marque le retour de l'épidémie à Coyah, permet de revisiter dans une certaine mesure l'état de l'appropriation des protocoles et mesures préventives de la Riposte.

Si depuis le 14 avril 2015⁴¹, la préfecture de Coyah n'avait plus notifié de cas confirmé d'Ebola, le contexte particulier dans lequel se trouve la préfecture a nécessité un maintien des activités de communication et de mobilisation sociale dans l'optique de renforcer la vigilance et la surveillance communautaire. Coyah, en raison de sa position géographique se trouve dans ce que l'on peut abusivement appeler « la ceinture de feu » avec d'un côté la ville de Conakry qui connaissait toujours des cas sporadiques et de l'autre côté, la préfecture de Forécariah qui va à partir du printemps de l'année 2015, devenir l'épicentre de l'épidémie. De manière générale, les attitudes de défiance continuent à plomber les efforts de lutte contre l'épidémie dans cette partie de la région naturelle de la Basse-Guinée.

La défunte en question est originaire de Benty dans la préfecture de Forécariah. Cette dernière est venue se réfugier chez sa sœur pour échapper au protocole de suivi des contacts. Dans sa famille, des cas de décès suite à Ebola ont été confirmés. Toutefois pour éviter de figurer sur la liste des contacts, c'est-à-dire des personnes à suivre, car susceptibles d'être contaminées par le malade, les attitudes de défiance largement observées dans la zone vont pousser la dame à se déplacer vers le domicile de sa sœur à Coyah. La famille hôte de la dame ne va pas cependant se soumettre aux normes de surveillance communautaire qui voudrait que la présence de personnes « étrangère » venant des zones infectées soit partagée au comité de veille villageois. Néanmoins, la dame qui voit son état de santé s'aggraver va chercher à retourner dans son village et décède sur le chemin retour au niveau de la gare.

⁴¹ Rapport de la situation épidémiologique de la Maladie à Virus Ebola en Guinée, 15 Juillet 2015.

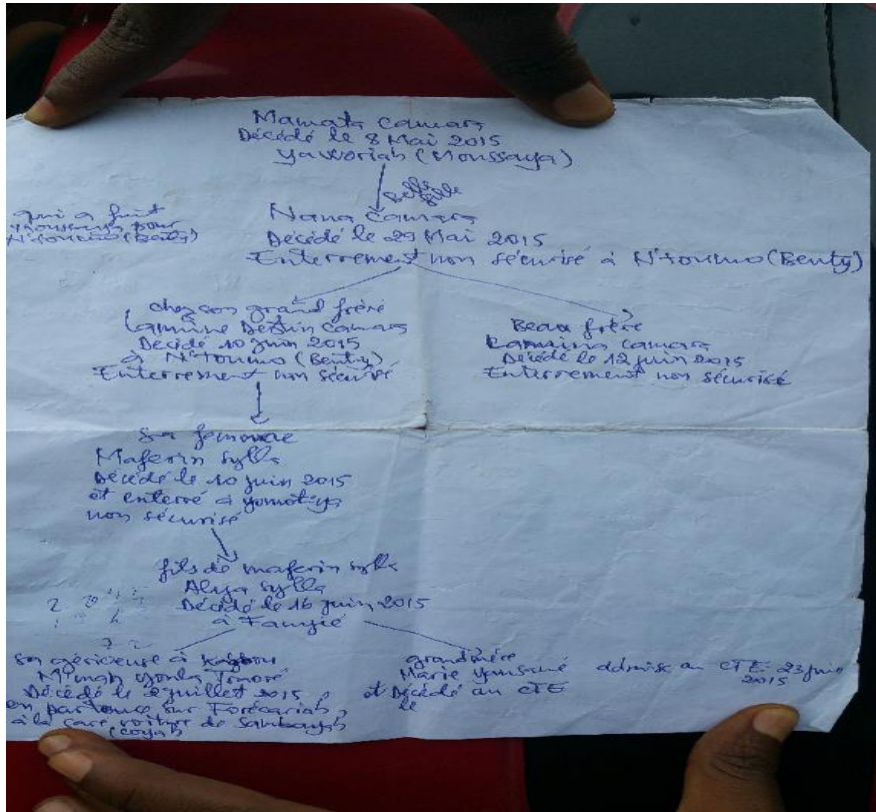


Photo 3 : Chaîne de transmission du nouveau foyer de Coyah (Waly Diouf, juillet 2015)

À partir de ce moment, la famille qui a accueilli la défunte va accepter d’informer sur le problème de santé qui a convoyé leur parent chez eux. Dès lors, la famille sera soumise au protocole de suivi des contacts dans le sens où la défunte est confirmée décédée d’Ebola. L’ensemble des treize (13) membres de la famille sont quotidiennement visités par un agent de santé qui vient pour prendre la température et faire un interrogatoire autour des symptômes ciblés. Cependant, le 15 juillet 2015, la sœur de la défunte va passer du statut de contact à celui de cas suspect après avoir présenté une température 39,7°. Elle est dès lors conduite au niveau du CTE de Kindia pour sa prise en charge. Il importe de revenir sur les événements observés et les différentes conditions qui ont prévalu au transfert de cette dernière. Un ensemble de tractations ont été nécessaires pour faire accepter à la famille d’envoyer la dame au niveau du CTE pour sa prise en charge. Dans les premiers moments, les différents membres de la famille étaient réfractaires à l’intervention des équipes du CVV de la zone. Même si on peut retrouver le chef de secteur de Sanoyah rail dans le groupe constitué par membre le CVV du district de Fassiah (commune rurale de Manéah) dont dépend le secteur Sanoyah rail, il s’observe que les différentes tentatives d’interaction et de communication se

soldent par des échecs. Ces derniers ont dès lors remonté l'information vers la coordination préfectorale qui va mobiliser son dispositif de mobilisation communautaire pour faire de la médiation au sein de cette famille et faire accepter la mise en œuvre des activités de suivi des contacts.

Malgré ces différentes catégories d'acteurs qui sont mobilisés, la famille qui a reçu la dame décédée au niveau de la gare de Sambayah refuse de se plier au protocole. Il aura fallu déployer les gros moyens pour faire prendre raison à cette famille qui devenait un nouveau foyer épidémique pour la préfecture de Coyah. Autrement dit, le Préfet de Coyah va s'impliquer et des menaces seront même proférées à l'encontre du chef de ménage, un militaire, à qui sa hiérarchie, saisie pour la circonstance, recommande de se soumettre au protocole. La dame en question, enceinte de sept (7) mois avait déjà fait recours de manière clandestine à une structure de santé privée dans son quartier. Les différentes consultations n'ayant pas donné les résultats attendus vont finalement la pousser à accepter d'être transférée vers le CTE. Deux jours après le transfert de la mère de famille, c'est au tour de sa fille de dix-sept (17) ans de commencer également à développer des signes et a été également envoyée au CTE. Cependant, au niveau du quartier, les personnes malades qui sont envoyées vers le CTE et qui ne reviennent pas vont réarticuler le discours autour du CTE appréhendé comme un « lieu où l'on tue les gens ». Dans le quartier, certains jeunes ont commencé à se mobiliser pour empêcher les activités des équipes de surveillance et de mobilisation communautaire.

« Tous ceux que l'on amène au CTE ne reviennent pas. » **IDI_Voisin de victime d'Ebola_Sanoyah Rail_Juillet 2015**

Après le transfert vers le CTE sans information sur la situation des deux voisins, les communautés commencent à s'interroger sur le sort de ces derniers. L'absence d'informations va donc amplifier les revendications et produire une défiance des équipes de la Riposte qui vont faire l'objet de menace et être obligées dans cette situation de devoir mettre en attente leurs activités. La coordination préfectorale va dès lors mobiliser ses différents acteurs pour organiser la réponse à cette situation qui devient de plus en plus préoccupante. Ainsi, le samedi 18 juillet 2015, une équipe mixte composée du comité de levée des réticences et des différents acteurs de la mobilisation sociale se rend dans la localité pour s'imprégner de la situation.

Une première rencontre est organisée avec les membres du CVV pour faire un état de la situation. Il importe à ce titre de préciser les Comités de Veille Villageois sont des technologies de la mobilisation communautaire promue par l'UNICEF dans le cadre de lutte contre Ebola dans l'esprit de réaliser l'engagement communautaire. Par contre dans la réalité de sa mise en pratique, on constate que ces structures à base communautaire ont beaucoup plus servi à surveiller les communautés et à faire passer les messages et promouvoir l'acceptabilité des interventions de la Riposte⁴². À cet effet, une des premières mesures ayant découlé de cet échange a été d'instruire le CVV à aller désamorcer la menace des jeunes. Ainsi, les membres du CVV ont organisé des échanges avec le groupe des jeunes pour les informer et faire de la médiation pour apaiser la situation. La veille même de la venue de l'équipe, le chef de ménage avait demandé à l'Imam de faire passer un message à travers la radio de la mosquée pour demander aux jeunes de ne pas s'interposer contre les équipes de la Riposte et de les laisser faire leur travail. À la suite, une médiation a été faite également auprès de la famille pour accepter de se soumettre au protocole de suivi. Le 21 juillet, la dame va décéder au niveau du CTE de Kindia. Cet exemple permet de distinguer qu'il existe une cristallisation des construits autour d'Ebola que les activités de communication n'ont pas su faire évoluer.

Le plus grand défi de la préfecture de Coyah reste donc la gestion des flux au niveau de ses frontières avec la préfecture de Forécariah qui sera une des dernières zones de retranchement de l'épidémie. Si Coyah n'enregistre plus cas de malade depuis le du 21 juillet 2015, il faudra encore du temps aux acteurs dans la préfecture de Forécariah pour arriver à contenir la transmission du virus. Les attitudes de défiance sont encore d'actualité dans cette zone malgré toutes les stratégies mises en œuvre pour améliorer la collaboration entre les équipes d'intervention et les communautés. Il faudra donc attendre presque la fin du mois d'octobre pour que Forécariah devienne une zone sans cas.

⁴² Nous nous proposons de revenir en détail sur cette technologie dans la deuxième partie de cette thèse où nous décrivons les différentes technologies mobilisées par les acteurs dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée.

Même si la situation est moins importante au niveau de Conakry, la capitale connaît également du mal à finir avec l'épidémie. Des cas importés sont encore notifiés, mettant en exergue le relâchement des mesures de prévention et de contrôle de l'épidémie à tous les niveaux. Dans les différents services publics, les exigences de contrôle de la température, la pratique du lavage des mains entre autres pratiques de prévention ne sont plus observées. Même au niveau de l'aéroport, le dispositif de contrôle n'est plus opérationnel : au cours de mon premier séjour en mars 2015, il m'a fallu passer presque deux (2) heures à l'aéroport de Conakry à signer des documents ou subir de contrôles divers, ensemble de protocoles qui n'étaient plus appliqués au mois de juin de la même année. La vie reprend son cours à Conakry et, dans le reste du pays. Le malheureux hôte Ebola, va même avoir droit à une cérémonie d'adieu à la suite de la déclaration officielle de la fin d'épidémie en Guinée par l'OMS en date du 29 décembre 2015.



Photo 4: Poster de la cérémonie de déclaration de fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée, 29 Décembre 2015

1.3 LA RÉSURGENCE D'EBOLA EN GUINÉE

Alors que le Liberia et la Sierra Leone ont connu des expériences de résurgence de l'épidémie d'Ebola après en avoir déclaré la fin conformément aux protocoles de déclaration de fin d'épidémie qui prend suite après l'observation d'une période de quarante-deux (42) jours soit deux (2) fois la période d'incubation sans nouveau cas, ce sera au tour de la Guinée de sortir pour une première fois de l'épidémie après presque deux (2) années successives. Le 29 décembre 2015 donc, la Guinée célébrait à la suite de l'OMS la fin officielle de l'épidémie d'Ebola.

En début du mois de mars 2016 à Téliélé, le chauffeur du directeur de la Société Générale des Banques en Guinée (SGBG) de retour d'un voyage de N'Zérékoré va se plaindre d'une maladie qui se manifeste par des vomissements et de la diarrhée. Cependant, ce dernier va disparaître de manière inattendue craignant d'être diagnostiqué malade d'Ebola. Si une telle nouvelle semble donner l'alerte chez les populations de Téliélé, du côté de la coordination on tient un discours d'apaisement de la situation et on va même jusqu'à déconseiller aux populations les raccourcis faciles ou discours accusateurs envers les personnes qui reviennent d'un voyage de N'Zérékoré et qui développent une maladie. Quelques moments plus tard, une succession de cas de décès est notifiée dans la sous-préfecture de Koropara (N'Zérékoré). Dans les rapports diffusés, le premier cas a été enregistré le 29 février 2016 suite à une maladie qui s'est manifestée par une diarrhée et des vomissements. La semaine suivant son décès c'est au tour de son mari, sa coépouse et pour couronner le tout l'enfant d'une des coépouses absentes de la maison au moment des faits.

« On pense que c'est la rougeole. Même le médecin a prescrit des produits contre la rougeole hier et la maman nous a dit que l'enfant a pu dormir et qu'il se porte mieux ce matin... La maman de cet enfant n'était pas dans le même foyer que son père » **Sous-préfet de Koropara interviewé par Guineematin**⁴³.

⁴³ Guineematin. 2016. « Eduard Kolomou, Sous-préfet de Koropara sur les 3 décès : « on pense que c'est la rougeole » ». *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde* (blog). 17 mars 2016. <http://guineematin.com/actualites/eduard-kolomou-sous-prefet-de-koropara-on-pense-que-cest-la-rougeole/>.

Ces différents événements se déroulent sans réaction des autorités sanitaires de la localité témoignant une fois de plus soit des faiblesses de la surveillance épidémiologique dans le système sanitaire de la Guinée, soit d'une société qui veut très vite tourner la page Ebola, épidémie ayant plongé le pays deux années durant dans une paralysie totale. Par contre à la suite des trois cas successifs dans la même famille, le chef de poste de ladite sous-préfecture va interpeller la direction préfectorale de santé de N'Zérékoré puis un communiqué est rapidement transmis à la coordination nationale de lutte contre Ebola.

Dans les premiers moments de la gestion de la résurgence de l'épidémie, l'équipe de la Croix-Rouge, remobilisée pour l'occasion, va faire l'objet de menace de la part des communautés de ladite localité. Ces derniers expriment tout leur désaccord face à une intervention des équipes de lutte contre Ebola pour la récupération de l'enfant qui était le dernier malade encore en vie dans cette famille. Les menaces sont prises au sérieux par les acteurs dans une localité proche de Womey, le village où huit (8) responsables de la lutte contre l'épidémie d'Ebola ont été assassinés en septembre 2014. Dès lors, des propositions allant dans le sens d'une intervention des forces armées sont envisagées afin de parer à d'éventuelles attaques des équipes d'investigation. Cette option est plutôt remise en cause par les représentants de l'OMS qui plaident plus pour une approche par le dialogue.

Une équipe composée des différentes autorités locales de N'Zérékoré accompagnée par des membres de la coordination nationale et préfectorale de lutte contre Ebola ainsi que les représentants de certains partenaires techniques et financiers est alors dépêchée pour faire la médiation auprès de la communauté. Les tractations ont fini par donner fruit et une équipe de l'OMS a été envoyée pour mener les investigations autour de la famille et extraire l'enfant pour faire les tests. Le test rapide pratiqué sur les prélèvements réalisés sur l'enfant et d'autres membres de la famille va s'avérer positif, replongeant la Guinée dans une situation d'épidémie.

« Suite à l'examen des échantillons de personnes suspectes d'Ebola dans la sous-préfecture de Koropara dans la préfecture de N'Zérékoré, les résultats ont révélé la présence du virus à fièvre hémorragique Ebola chez deux personnes de la même famille, des personnes décédées antérieurement. Pour l'heure, il existe deux cas confirmés et trois cas probables. À cet effet, les autorités sanitaires ont pris les mesures appropriées afin de circonscrire la

propagation de la maladie hors de cette zone. Une réunion extraordinaire de la Coordination de Lutte contre la fièvre hémorragique à virus Ebola est prévue ce vendredi matin en présence des partenaires impliqués dans la Riposte. À l'issue de cette rencontre, des mesures complémentaires seront arrêtées. » **Communiqué transmis par la Cellule de Communication du Gouvernement guinéen, mars 2016**⁴⁴

Si la résurgence d'Ebola constitue encore une fois un événement sanitaire, la grande interrogation du jour sera cette fois orientée vers l'origine du nouveau foyer dans un contexte où la théorie de la chauve-souris frugivore ne satisfait plus le public. Dès lors, l'hypothèse de la contamination par les liquides séminaux faisait surface et devenait la mieux à même d'expliquer ce nouvel épisode. Les résultats du programme de recherche PostEbogui conduit depuis novembre 2014 en Guinée par une équipe de chercheurs de l'IRD, de l'INSERM et l'Institut Pasteur ainsi que les partenaires guinéens du CHU de Donka (Conakry) ont confirmé la persistance du virus dans le sperme des survivants à l'épidémie d'Ebola et ceci jusqu'à une période pouvant atteindre neuf (9) mois après la guérison. L'étude qui s'intéressait au suivi d'une cohorte de plus de sept cents (700) survivants d'Ebola a pour objectif d'appréhender les séquelles cliniques et sociales de l'épidémie, mais également les risques de réactivation potentiels du virus ou de la possibilité d'une transmission sexuelle. Pourtant des rapports d'étude antérieure ont déjà documenté la persistance du virus dans le sperme des survivants à Ebola (Emond RT, Evans B, Bowen ET, Lloyd G., 1977 ; Rodriguez LL, De Roo A, Guimard Y, et al. 1999 ; Christie A, Davies-Wayne GJ, Cordier-Lasalle T. et al, 2015)

« Monsieur le gouverneur, nous, les jeunes de Koropara, avons une préoccupation aujourd'hui. On se demande comment est-ce que qu'on peut dire que des gens qui ne sont jamais sortis du village sont atteints d'Ebola... parce que toutes ces personnes décédées ne se sont jamais déplacées pour un autre district de Koropara depuis leurs naissances à plus forte raison une autre préfecture. Ebola est finie depuis des mois et on nous dit encore que

⁴⁴ Guineematin. 2016. « Réapparition d'Ebola en Guinée : voici la première communication du gouvernement ». *Guinée Matin - Les Nouvelles de la Guinée profonde* (blog). 17 mars 2016. <http://guineematin.com/actualites/reapparition-debola-en-guinee-le-gouvernement-communique/>

cette maladie est revenue chez nous. Cela ne me plaît vraiment pas et la population est inquiète. C'est pourquoi j'ai posé cette question »⁴⁵.

Dans les semaines qui vont suivre la résurgence d'Ebola à Koropara, une autre localité va rejoindre le cercle rouge que dessine le passage d'Ebola : le village de Makoidou (Macenta) accueille une personne qui s'est échappée du cerclage mis en œuvre à Koropara. Les pays voisins, le Liberia et ensuite la Guinée Bissau vont fermer leur frontière afin d'éviter tout cas d'importation de la maladie dans leur territoire national. Il est important à ce niveau de rappeler que, selon le Règlement Sanitaire International (RSI, 2005), un seul cas confirmé suffit pour déclarer la situation d'épidémie pour des maladies virales telles qu'Ebola. Dès lors, la grosse machine de la lutte mise en stand-by dans le cadre de la période de surveillance active ouverte depuis le 28 décembre 2015 et qui était estimée à 90 jours va être réactivée. Par contre, l'approche ne va plus cette fois-ci concerner les malades individuellement, mais va s'opérer à partir d'un modèle dit de « ceinture ». En d'autres termes, Koropara fera l'objet d'un micro-cerclage à partir de la date du 24 mars 2016.

À cette mesure sera associée l'introduction d'un vaccin expérimental, le rVSV-ZEBOV jusque-là utilisé dans le cadre de la vaccination du personnel de première ligne constitué par les médecins et les acteurs en relation directe avec les patients d'Ebola. Ainsi, une vaccination systématique des différents contacts, mais également les contacts de contacts identifiés à travers les opérations d'investigation. Cependant la stratégie du cerclage va notamment nécessiter des mesures d'accompagnement des populations contraintes à rester sur place. Ainsi, la coordination de la lutte contre Ebola va s'atteler avec l'appui de ses partenaires à une distribution de soutien alimentaire aux familles confinées. Les activités de sensibilisation vont être remises à jour avec une mise à disposition des outils de prévention et une distribution de kits d'hygiène aux ménages.

Si le dernier cas d'Ebola en Guinée a obtenu un second test négatif au test de dépistage le 19 avril 2016, le pays va célébrer à nouveau la fin de l'épidémie d'Ebola dans le territoire national le 1er juin 2016. Cependant les risques de résurgence du virus avec la transmission par voie sexuelle des survivants sont devenus un nouveau défi pour. Même si les connaissances autour d'Ebola ont

⁴⁵ <http://guineenews.org/ebola-a-koropara-une-question-de-la-jeunesse-qui-fait-planer-des-doutes/>

beaucoup évolué avec la récente épidémie, il convient également de constater les limites objectives des différentes technologies disponibles pour répondre à la maladie. Ainsi, la cohabitation avec les primates supposés être le réservoir naturel du virus, la difficulté de faire observer les pratiques de prévention aux communautés ainsi que les récentes connaissances autour de la possibilité de la transmission sexuelle du virus à partir des survivants qui deviennent des réservoirs humains du virus accordent du crédit la poursuite des efforts de lutte. Au-delà de ces différents éléments, il convient également de préciser le contexte de faiblesse des systèmes de santé dans les pays de l’Afrique, où se développe en particulier l’épidémie, et renforce l’intérêt de la recherche des vaccins contre la maladie à virus Ebola qui va constituer l’une des plus grandes options au regard des limites des protocoles de gestion de l’épidémie jusque-là disponibles.

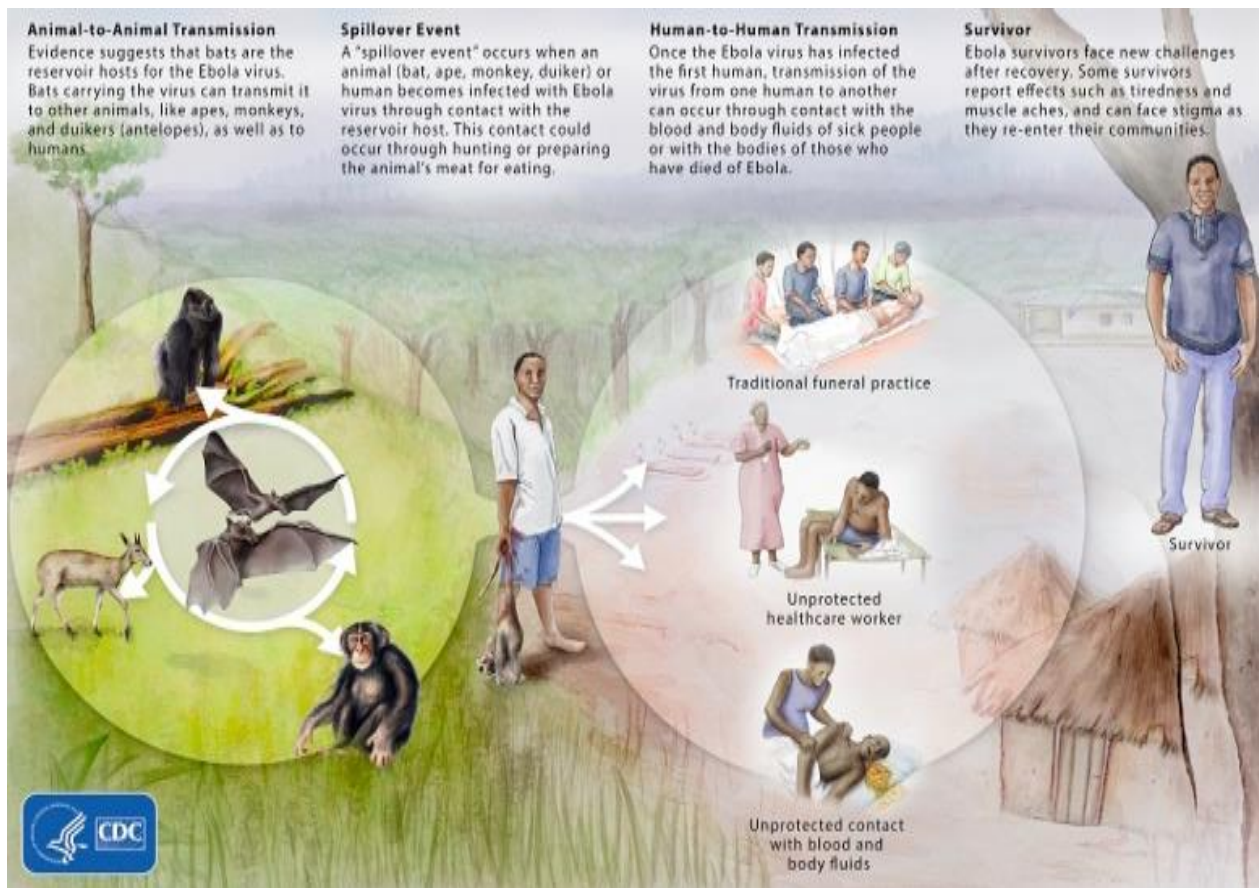


Figure 14 : Schéma des modes de transmission actuelle d’Ebola (CDC, 2014)

Dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola, l’option de l’utilisation et de l’évaluation de candidats vaccins et de thérapeutiques expérimentales c’est-à-dire n’ayant pas fait preuve de

leur innocuité et de leur efficacité, autorisé de manière exceptionnelle en septembre 2014 par l'OMS (Malvy, 2016) va être acceptée par le gouvernement de la Guinée. Malgré les succès connus avec la mobilisation des technologies de contrôle et de gestion de l'épidémie, les systèmes d'isolement des malades dans les CTE et le renforcement de la prévention et de la surveillance ne permettaient pas après une année de lutte d'endiguer l'épidémie. Les comportements de la communauté ainsi que divers autres facteurs vont rendre difficile la lutte contre l'épidémie. Il importe à ce titre de notifier qu'au cours de la nouvelle flambée qui s'est déclarée en RDC dans le département de Boende le 24 août 2014, constituant la septième flambée connue par le pays, les équipes d'interventions locales et l'OMS ont été encore confrontées aux attitudes de défiance des communautés face aux protocoles de gestion de l'épidémie. Ces différents événements témoignent des insuffisances relatives aux différents mécanismes de lutte et de contrôle de l'épidémie ainsi que les incertitudes scientifiques autour de la maladie à virus Ebola.

« Nous nous sommes aperçus que cette flambée était différente et que l'approche adoptée avec succès lors des flambées précédentes (détecter et isoler les cas, rechercher les contacts et inhumer sans risque les personnes décédées) ne fonctionnait pas » **Dr Marie Paule Kieny, Sous-Directeur général de l'OMS pour les systèmes de santé et l'innovation**⁴⁶

À cet effet, les discussions menées par l'OMS et les industries pharmaceutiques en date du 4 et 5 septembre 2014 vont permettre d'identifier les candidats vaccins et les traitements contre la maladie à virus Ebola expérimental les plus prometteurs à partir de données in vitro ou de modèles animaux et envisager la possibilité de les intégrer dans les moyens de lutte contre l'épidémie en cours bien qu'ils ne soient pas homologués pour usage standard comme le précise le rapport de la consultation organisée par l'OMS. Cependant, le groupe d'experts consultés par l'OMS à partir du début du mois d'août va avancer l'idée selon laquelle, « dans les circonstances particulières de cette flambée et sous réserve que certaines conditions soient remplies, il était conforme à l'éthique

⁴⁶ « OMS | Ebola : course contre la montre pour les vaccins ». s. d. WHO. Consulté le 7 février 2017. <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/15-020115/fr/>.

de proposer de telles interventions n'ayant pas encore fait leurs preuves en tant que traitements ou prophylaxies potentiels de l'infection » (OMS, septembre 2014).

Des essais cliniques ont dès lors été conduits en Guinée, Sierra Leone et au Liberia avec notamment l'immunothérapie par plasmaphérèse de convalescents ou la combinaison de trois anticorps monoclonaux humanisés (ZMapp), les antiviraux (Favipiravir et le GS-5734) et les ARN intercalant (TKM-Ebola). Le ZMapp en particulier a fait des preuves lors de son utilisation pour la prise en charge des deux (2) bénévoles médecins américains qui ont été infectés par le virus Ebola au Liberia. Cependant, après avoir reçu plusieurs doses du vaccin thérapeutiques ZMapp malgré son stade expérimental, il a été observé une amélioration de l'état de santé de ces derniers qui ont fini par guérir de la maladie, même si l'administration du même traitement s'est soldée par des échecs chez d'autres patients⁴⁷.

En Guinée particulièrement, l'évaluation de la plasmaphérèse développée par Institut de Médecine tropicale (IMT) d'Anvers au sein de l'unité de soins du CHU de Donka va concerner 89 patients. Cet essai de phase 2 et phase 3 ouvert et non randomisé cherche à évaluer les effets du plasma convalescent ajouté aux soins de soutien standardisés sur la survie des patients ayant été confirmés infectés par le virus Ebola (Van Griensven et al., 2016). Une étude clinique sur l'antiviral Favipiravir est également promue par l'Institut Nationale de la Santé et de Recherche Médicale (INSERM) et financée par la Commission européenne dans le cadre du projet européen REACTION et l'initiative Horizon 2020, soutenu par les organisations médicales internationales MSF et ALIMA. L'essai va aussi connaître la contribution de deux (2) réseaux de laboratoire à savoir Belgian First Aid & Support Team (B-FAST) et European Mobile Laboratory (EMLab), mais aussi l'implication de la Croix-Rouge française et le Service de Santé des Armées. L'essai est développé par l'INSERM dans le centre de traitement Ebola MSF de Guéckédou, au centre de soins de la Croix-Rouge à Macenta, au centre de soins de N'Zérékoré d'ALIMA et au centre de traitement des aidants à Conakry. L'objectif pour cette étude est d'évaluer l'efficacité du

⁴⁷ <http://www.rfi.fr/science/20140904-ebola-200-experts-reunis-urgence-geneve-oms-rdc/>

Favipiravir à forte dose dans la réduction de la mortalité chez les personnes infectées par le virus Ebola (Sissoko et al., 2016).

Molécules	Mécanismes	Effets	Utilisation dans l'épidémie actuelle
Zmapp	Combinaison anticorps monoclonaux Empêche le virus de se fixer aux cellules	Protection des singes infectés par Ebola Autorisé par la FDA pour utilisation en urgence en cas de Maladie à Ebola virus	Utilisations chez 8 patients dont deux décès
Sang ou plasma des patients Guéris	Immunsérum passif (anticorps neutralisants des patients guéris)	Effet protecteur in vitro, effet thérapeutique chez les rongeurs, échec chez les non-primates	
TKM-Ebola	Trois fragments ARN interférant avec les protéines virales Ebola et bloquant la réplication virale	Effet protecteur sur les singes avec fièvre de Marburg Autorisé par la FDA pour utilisation en urgence en cas de Maladie à Ebola virus	
Antiviraux			
Favipiravir	Effet antiviral large	Protection du rat avec Ebola, Etude de Phase III pour la grippe chez homme	Utilisation chez quelques patients (France et Allemagne) et étude en cours (Guinée)
Brincidofovir	Analogue nucléotidique	Etude de Phase 3 CMV et adénovirus, autorisé par la FDA pour utilisation en urgence en cas de Maladie à Ebola virus	Utilisé chez un patient aux US (décès)
Ribavirin	Interfère avec ARN viral	Pas recommandé vu effets secondaires sévères	
Lamivudine	Analogue nucléosidique interfère avec réplication virale	Pas de bénéfice de survie démontré dans maladie à Ebola virus	
Vaccins			
GSK/NIAID vaccin	Segment de virus chimpanzés délivré à partir de deux espèces Ebola	Etude de Phase I réalisé en Europe et Amérique	300 Doses délivrées pour utilisation en Afrique de l'ouest
VSV-EBOV	Virus atténué de la stomatite vésiculaire virale contenant un gène de Virus Ebola	Protège des infections létales chez les non-humains / primates Phase I (800 doses en suisse) Prophylaxie post exposition	Testé en Afrique de l'Ouest

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des différents traitements expérimentaux contre Ebola (Yombi Jean cyr, 2015)

L'analyse des données collectées présente des résultats peu satisfaisants de la plasmaphérèse qui, même si elle décline une acceptabilité et une tolérance favorable, se caractérise par une absence d'efficacité. Le TKM-Ebola quant à lui sera interrompu en raison de son absence de bénéfice. Le rVSV-ZEBOV va produire les résultats les plus satisfaisants au regard des résultats préliminaires de l'essai de phase II randomisé (rVSV-ZEBOV-GP) qui a concerné pour 7651 contacts regroupés en 90 ceintures. La tolérance excellente et l'efficacité à +J10 à hauteur de 100 % dans le bras du groupe constitué par ceux qui ont reçu le vaccin dans l'immédiat que décrivent les analyses de

données va conduire les autorités sanitaires de la Guinée à opter pour une mise à échelle du vaccin rVSV-EBOV dans le cadre des campagnes de vaccination en ceinture autour des sortis guéris. Le 07 mars 2015, le candidat vaccin développé par l'agence de santé publique du Canada avec le soutien du laboratoire pharmaceutique américain Merck, déjà utilisé depuis octobre 2014 dans différents pays notamment aux États-Unis, au Canada, en Allemagne, en Afrique du Sud entre autres a reçu l'autorisation dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée.



Photo 5: Journée de lancement des activités de vaccination dans le cadre du ring trial. Photos des différentes autorités politiques et sanitaires volontaires pour la prise des premiers vaccins en guise d'exemplarité, 7 mars 2015, Conakry ⁴⁸

La cérémonie de lancement du vaccin en la date du samedi 7 mars 2015 a été marquée par la prise du vaccin par les différentes autorités sanitaires présentes. Le Dr Médecin Colonel Rémy Lama

⁴⁸ « Lancement d'un essai vaccinal contre Ebola en Guinée ». s. d. Consulté le 5 décembre 2015. <http://www.afro.who.int/guinee/press-materials/item/7463-lancement-d'un-essai-vaccinal-contre-ebola-en-guinee.html?lang=fr>.

ministre de la santé, le Dr. Marie-Paule Kieny sous-directrice générale de l’OMS, le Dr Sakoba Keita coordinateur national de la lutte contre Ebola ainsi que des leaders religieux présents à la séance se sont tous portés volontaires pour être les premières personnes à être vaccinées. Cet acte traduisait une volonté de raffermir la confiance entre les autorités politico sanitaires et les communautés dans un contexte d’épidémie marquée par une crise de la confiance. Cet acte des autorités politiques et sanitaires vient donc répondre à l’exigence d’exemplarité que revendiquent les populations.

La stratégie mobilisée dans le cadre de cet essai consiste en une vaccination des personnes autour des cas confirmés plus connus sur le vocable de contact. L’objectif est ici de confiner le potentiel de transmission de la maladie en vaccinant autour du sorti-guéri dans l’optique d’une rupture de la chaîne de contamination. Malgré les efforts de contrôle, il s’observe que la mobilité des communautés et la difficulté du contrôle et de la surveillance des contacts restent une entrave à la maîtrise des chaînes de contamination. Une vaccination autour des cas confirmés ou des malades guéris devenait donc une option pour endiguer la transmission du virus. La mise en œuvre de cet essai par le ministère de la Santé a été facilitée par l’accompagnement des partenaires, dont l’OMS, Médecins Sans Frontières (MSF) avec Epicentre⁴⁹, l’Institut norvégien de santé publique et l’European Mobile Laboratory Project (E. Mlab). Même si les essais qui ont été réalisés au cours de l’épidémie dans différentes CTE ou au niveau de la population générale ont permis d’avoir plus de connaissances par rapport à l’efficacité de certains candidats vaccins, il manque tout de même des évidences scientifiques afin de pouvoir arriver à une homologation d’un candidat.

À cet effet, les résultats préliminaires de l’essai randomisé de phase III mis en œuvre en Guinée par l’OMS et MSF en partenariat avec le ministère de la Santé à partir de mars 2015 sur le candidat vaccin Virus de la Stomatite Vésiculeuse Recombinant (rVSV) de la firme pharmaceutique Merck & Co et NewLink Genetics Corps vont permettre de confirmer une bonne tolérance, une réponse immunitaire et une efficacité clinique en « anneau » chez des sujets adultes. Le journal, le monde

⁴⁹ Association des médecins de Médecins Sans Frontières qui s’intéresse à la recherche épidémiologique. Elle conduit les activités de recherche et de formation dans les champs d’intervention de MSF.

parle d'une annonce d'un vaccin ultra efficace contre le virus Ebola par l'OMS dans sa reprise de l'article publié en date du 23 décembre 2016 dans la revue britannique The Lancet sur les résultats de l'essai⁵⁰. Ces résultats très médiatisés vont pourtant faire l'objet d'une critique par une équipe de chercheurs de l'académie nationale de médecine des États-Unis sur le niveau de protection décrit par les résultats publiés. La critique va également s'intéresser à la méthodologie de l'essai qui n'a pas respecté certains critères pouvant permettre une validation de ces résultats. En outre les informations sur l'immunogénicité, la durée de la protection ainsi que la réponse immunitaire chez des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants, immunodéprimés) restent encore des questions non résolues. En outre, il se pose également la question de l'adaptation des candidats vaccins aux souches divergentes du virus.

En somme, différents éléments peuvent être retenus par rapport au premier chapitre. Un des premiers constats concerne les dynamiques géographiques et temporelles de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Ainsi, si l'épidémie confirmée en mars 2014 a, selon des études rétrospectives menées par l'OMS, commencée depuis décembre 2013 dans un village reculé de la préfecture de Guéckédou, il s'observe à partir de ce mois de mars même des cas sporadiques au niveau de la capitale Conakry et de plus en plus dans différentes localités de la Basse-Guinée en raison des mouvements des malades à la recherche de soins.

Ces différents événements ont entraîné du côté des acteurs inscrits dans la Riposte, un emploi de différentes technologies qui ont déjà été expérimentées dans la gestion d'épidémie d'Ebola notamment en Afrique centrale, qui, depuis les années 70, enregistre des flambées d'Ebola. De manière particulière, l'épidémie de 2014 va connaître l'usage de technologie vaccinale dans le lot des mécanismes de lutte. En raison de l'envergure que prend l'épidémie à partir de l'été 2014 avec, notamment, la notification de cas au niveau des pays frontaliers de l'épicentre de l'épidémie (Guinée, Liberia et Sierra Leone), mais également des cas de contamination en dehors du continent faisant de la nouvelle flambée, une menace de la paix et de la sécurité à l'échelle internationale. En outre, il va également s'observer à partir de septembre 2014 en Guinée particulièrement

⁵⁰http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/12/23/l-oms-annonce-un-vaccin-contre-le-virus-ebola_5053181_1651302.html

l'introduction de l'engagement communautaire comme nouvelle technologie de la gouvernance de l'épidémie.

Ces différents ajustements et rajouts imposés par la situation de l'épidémie, qui malgré les différentes interventions continue à progresser, laissent entrevoir des évolutions du dispositif qui se modèle et se reconfigure en fonction des nouvelles caractéristiques de l'épidémie. Avec la transition de l'épidémie de la Guinée-Forestière vers la Basse-Guinée à partir de la fin de l'année 2014, on assiste au transfert du dispositif qui jusque-là était beaucoup plus centralisé au niveau de la partie Sud du pays. Toutefois, il s'observe des expressions différenciées de l'épidémie dans ce nouvel espace géographique qui devient l'épicentre d'Ebola posant ainsi de nouveaux défis aux différents acteurs de la lutte. Si les différents efforts ont permis de maîtriser l'épidémie vers le mois de décembre 2015 et d'en déclarer la fin, le pays va connaître une résurgence de l'épidémie vers le mois de mars 2016. Cette nouvelle situation interroge à la fois les attitudes des populations, mais également les formes de gouvernance de la situation post-épidémique dans un contexte où les deux autres pays (Liberia et Sierra Leone), qui ont fait le lourd tribut de l'épidémie au même titre que la Guinée, ont tous connu des cas de résurgence de l'épidémie.

Pour finir, ce premier chapitre de notre thèse indique également l'intérêt autour des réactions évolutives des populations. L'histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée laisse entrevoir différentes formes d'engagement citoyens se traduisant au début par des attitudes de déni, ensuite de contestation des interventions et enfin d'une volonté de contribution qui s'expriment par une revendication de leur capacité d'action à travers des formes d'engagement spontanées qui ne sont pas reconnues par le dispositif qui promeut plutôt ses propres mécanismes de gestion de l'épidémie à l'instar des comités de veille. Ces différents éléments tels que nous les décrivons nous conduisent dans la suite de cette partie de notre thèse à nous intéresser aux modes de gouvernance de l'épidémie en Guinée à partir de cadres multi-acteurs mais également la mobilisation exceptionnelle de ressources (humaines, financières, technologiques, etc.).

CHAPITRE II : GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA

Dans ce chapitre de notre thèse, nous nous intéressons à la description des modes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée durant la période comprise entre décembre 2013 à décembre 2015. De prime abord, il importe de souligner que les épidémies, en tant qu'événement social, ne sont pas une nouveauté pour les populations de la Guinée. Elles ont connu des expériences notamment avec les épidémies de choléra qui se développent dans le pays depuis 1970 avec des pics épidémiques répétés entre 1994, 1995, 2005, 2007, et dernièrement en 2012⁵¹. Au-delà, la Guinée est aussi concernée par ce que l'on appelle la ceinture méningitique, c'est-à-dire cet espace géographique formé par des États en Afrique qui depuis 2002 (Traoré et al.2016) font l'objet de flambées épidémiques de méningite, dont la dernière a été notifiée en janvier 2013. On peut aussi citer la rougeole avec une dernière flambée en début d'année 2017.

En d'autres termes, c'est seulement durant la période comprise entre l'année 2014 et 2016, alors que la Guinée était aux prises d'une épidémie d'Ebola, que les flambées épidémiques dues au choléra, la méningite ou encore la rougeole n'ont pas été au rendez-vous du calendrier des populations. Si le caractère événementiel des épidémies tient de la manière soudaine et imprévue dont elles apparaissent dans l'espace public et des bouleversements temporels qu'elles produisent (Thiongane, 2013, p.26), celle d'Ebola en 2014 va connaître des caractéristiques supplémentaires.

À la caractéristique d'événement va s'adjoindre celle de l'inédit ou de l'exceptionnalité (Faye, 2015b) pour ce qui concerne l'épidémie d'Ebola en 2014. Si dans la littérature et les mémoires en santé publique on s'accorde à estimer la durée d'une épidémie autour de quelques mois, celle-ci va s'observer sur plus de deux (2) années. Le caractère « exceptionnel » de l'épidémie de 2014 tient également de l'importance des foyers dans les zones infectées, de son observation dans les zones urbaines et la forte létalité qui la caractérise. L'exceptionnalité de l'épidémie tient aussi compte de la réponse internationale à grande échelle développée par les différents acteurs pour venir à bout du virus meurtrier. Dès lors, il va s'observer, dans les trois (3) pays de la Mano River, la mise en

⁵¹ Choléra épidémiologie et réponse fact sheet Guinée, <https://hal-univ-diderot.archives-ouvertes.fr/hal-01090291/document>.

œuvre de pratiques inédites : mobilisation importante de ressources humaines et logistiques, imposition de normes de biosécurité, militarisation de la Riposte et même à un certain moment, un recours à des traitements expérimentaux. La mise en œuvre de ces différents mécanismes a permis d'arriver à une certaine accalmie de l'épidémie vers la fin du printemps de l'année 2014 avant une reprise fulgurante vers l'été de la même année ainsi que des réactions communautaires assez inédites.

Durant deux années successives, l'État de la Guinée, confronté à la plus importante épidémie d'Ebola jusqu'à nos jours, va développer un ensemble de mécanismes pour juguler l'épidémie qui plombe l'ensemble des efforts entrepris par l'État pour sortir de la situation de sous-développement dans lequel il se trouve. Par contre du fait de l'internationalisation de la menace avec la diffusion de l'épidémie en dehors de la Guinée, Ebola devient « une affaire de tout le monde ». Dès lors, il va s'observer une organisation de la réponse à grande échelle face à l'épidémie avec une implication notoire de l'OMS en tant que leader mondial sur les questions de santé. Cette partie de la thèse est organisée autour de trois (3) points :

- ✚ Dans le premier point, nous avons fait une ethnographie du dispositif de lutte contre l'épidémie. L'objectif est ici à partir d'une lecture des dynamiques connues par ce dispositif de faire une cartographie des acteurs, mais également de lire les formes produites de l'action publique à partir de ces instances pluri-acteurs. L'analyse tient également compte des différentes échelles de la lutte (nationale, régionale, préfectoral et communautaire) dans lesquelles s'inscrivent les différents acteurs.
- ✚ Un second point s'intéresse à l'analyse des cadres de gouvernance de l'épidémie. Il s'agit principalement des instances où s'organisent, se discutent et se définissent les différentes interventions de la réponse à l'épidémie d'Ebola. L'analyse de ces cadres permet de mettre en exergue le jeu de pouvoir entre les acteurs, mais également d'observer les formes d'interaction, de négociation et de production de l'action publique.
- ✚ Dans le troisième point de ce chapitre, un intérêt particulier est accordé à la description des différentes technologies mobilisées dans le cadre de la lutte contre Ebola, des ontologies qui les structures et des approches où pratiques à partir desquelles elles sont les implémentées.

1.1 HISTORIQUE DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE EBOLA EN GUINÉE

Nous sommes le 22 mars 2014 et l'État de la Guinée vient de déclarer une épidémie de maladie à virus Ebola dans son territoire national. Cette situation telle qu'annoncée plonge le pays dans une crise sanitaire sans précédent. La rapidité avec laquelle évolue l'épidémie associée à sa létalité et de l'autre côté, les difficultés criardes connues par le système de santé guinéen, qui exprime des difficultés à contenir la menace, ne manquent pas dès le premier trimestre à plonger le pays dans une situation d'urgence sanitaire. C'est sous ce constat que l'État guinéen va lancer un appel à assistance au niveau de la communauté internationale. Amorcée déjà par les ONG en présence sur le terrain, en particulier MSF, la réponse internationale à la crise sanitaire qui prend de l'ampleur en s'étendant sur la Sierra Leone et le Liberia va s'organiser autour des États et de leurs partenaires techniques et financiers. L'OMS qui est le leader mondial en matière de santé reprend rapidement les rênes de la lutte et organise autour de lui les mécanismes de la Riposte.

1.1.1 Les premiers mécanismes de gestion de l'épidémie

À partir de la déclaration de la situation d'épidémie, l'OMS va s'employer avec MSF à appuyer les gouvernements des pays concernés dans leurs efforts de lutte contre Ebola. Par contre, on est ici en face deux (2) formes d'entités qui au-delà de leur intérêt sur les questions de santé s'opposent à différents niveaux. Si l'OMS se caractérise par sa bureaucratie avec sa posture de métastructure paraétatique dont le financement vient de la contribution des différents pays membres du système des Nations Unies, MSF quant à elle décline un profil beaucoup plus modeste. Depuis sa scission de Médecins du Monde, MSF se veut une expression du principe d'indépendance dans son action avec un budget déclinant toute forme de contribution publique. L'ONG fonctionne sur la base des contributions de donateurs indépendants ainsi que de l'engagement des différents médecins et autres profils disciplinaires qui l'accompagnent dans son action. Son personnel est constitué de médecins bénévoles qui voyagent en classe économique et qui sont toujours disposés à répondre aux situations d'urgence (Absolu, 2016).

Pourtant, justement en raison de leurs expériences diverses dans la gestion de flambées d'Ebola, c'est dans ces deux (2) entités que l'on retrouve les différents experts d'Ebola. Il faudra peu de

temps à ces derniers pour comprendre que la zone Ouest africaine est aux prises d'une nouvelle flambée d'Ebola au regard des observations qui caractérisaient les événements sanitaires en région Forestière de la Guinée. Les foyers de transmission observés après les cérémonies funèbres vont beaucoup plus permettre de restreindre le diagnostic : si au début les experts ont d'abord pensé à la fièvre Lassa qui est devenue endémique dans la zone, ce mode de transmission va réorienter vers la fièvre Ebola même si elle n'a jamais été documentée officiellement dans cette zone de l'Afrique.

Si du côté de l'OMS, Pierre Formenty, qui depuis plus de vingt (20) ans fait des études autour de la fièvre Ebola, affine encore son diagnostic, le Dr Michel Van Herp, épidémiologiste en chef de la section belge MSF va lui après l'observation du hoquet chez les cas notifiés pencher son hypothèse sur Ebola. Dès lors il s'engage en un premier moment à une formation rapide des personnels de santé en Sierra Leone sur la gestion d'Ebola. Des enseignements sur les protocoles de prise en charge, de gestion et d'organisation du transfert des malades ainsi que les enterrements sécurisés des cas de décès sont mis en œuvre. Les experts sont déjà conscients des difficultés de la gestion d'une épidémie d'Ebola dans pays où les contextes sociopolitiques et économiques ne facilitent pas la lutte. Du côté du gouvernement de la Guinée, la première action consiste à réactiver le comité national de crise sanitaire. La Croix-Rouge est mandatée pour le transport et la gestion sécurisée des enterrements. Il s'observe dès lors des pratiques diversifiées de gestion de l'épidémie avec différents acteurs investissant le champ de la lutte selon des agendas particuliers. Cependant il convient de distinguer qu'en fonction de la temporalité de l'épidémie d'Ebola en Guinée, l'intensité de la mobilisation des différents acteurs va aller de pair avec l'ampleur de l'épidémie.

Même si l'épidémie est déclarée de manière officielle vers la fin du mois de mars 2014, l'action de l'État, mais aussi de l'OMS ne correspond pas à la réponse attendue pour une épidémie de type Ebola. L'OMS pour sa part considère l'événement qui survient dans le triangle frontalier des pays de la Mano River comme une urgence intermédiaire de niveau 2 ; son porte-parole considère à travers un post sur son compte Twitter qu'a l'image des autres flambées jusque-là connues d'Ebola qu'il n'y a jamais eu d'épidémie Ebola dépassant la centaine de cas et qu'à cet effet il avance un discours d'accalmie autour de la situation en déclarant qu'« Ebola est toujours restée un événement très localisé ». L'OMS est rejointe dans ce discours par les autorités guinéennes à l'instar du Dr Sidiki Diakité, inspecteur général de la santé en Guinée qui considère qu'il est plus important de

s'avancer sur une communication positive autour de la situation sanitaire de la Guinée au risque d'afficher une mauvaise image du pays. Par contre, il importe à ce niveau de préciser que même si l'intervention de l'OMS est orientée vers les catastrophes naturelles ou humaines, elle ne peut opérer que si le pays concerné témoigne d'une incapacité à faire face en fonction de moyens propres. Or du côté de l'État de la Guinée, il se décline une certaine volonté de préserver l'image du pays et d'éviter de faire figurer la Guinée sur une liste de pays à ne pas fréquenter.



Photo 6 : Président Alpha Condé, habillé en blouse de médecin, faisant état de la maîtrise de la situation sanitaire en Guinée (www.guineelibre.com, 5 mai 2014)

La situation qui se passe en Guinée-Forestière sous le regard de l'État de la Guinée va conduire MSF à monter au créneau pour exprimer l'état de la crise sanitaire. MSF va mettre en avant l'absence d'une réponse de la communauté internationale à la situation d'urgence sanitaire et les comportements des populations qu'elle considère être des facteurs favorables à l'amplification de l'épidémie. La mobilité des populations dans la zone où se déclare l'épidémie, la faiblesse des établissements sanitaires, la méconnaissance de la maladie Ebola par les communautés et l'univers socioculturel qui conduit les communautés à recourir à d'autres formes de thérapie sont autant

d'éléments qui plantent déjà le décor de la difficile lutte contre ce virus en Guinée. De plus, l'éclatement des foyers de contamination contrairement aux expériences connues d'Ebola décline déjà les difficultés auxquelles les acteurs vont être confrontés.

« La pire épidémie d'Ebola de notre histoire a commencé il y a 6 mois et le monde est en train de perdre la bataille. Les dirigeants ne sont pas en mesure de gérer cette menace transnationale. Les cas recensés et les décès continuent d'augmenter en Afrique l'ouest. Des émeutes ont lieu, les centres d'isolement sont surchargés ; le personnel soignant est lui aussi infecté et meurt à un rythme alarmant... Le 8 août, l'OMS a déclaré que cette épidémie représente "une urgence de santé publique de portée mondiale", mais ceci n'a pas donné lieu à une réponse significative. De fait, les États ont rallié une sorte de coalition de l'inaction. » **Joanne Liu, présidente de Médecins sans frontières à la tribune de l'ONU le 2 septembre 2014**

« On est confronté à une épidémie d'un type qu'on n'a jamais vu, d'une ampleur qu'on n'a jamais vue par la répartition du nombre de cas sur le territoire. Il y a des cas, il y a eu des cas à N'Zérékoré, à Macenta, des cas à Kissidougou, à Benguédou maintenant à Conakry. Cela nous complique énormément la tâche, les autres épidémies étant beaucoup plus concentrées que celles auxquelles on est confronté actuellement » **Michel Van Herp, Épidémiologiste, MSF⁵².**

Les différentes alertes lancées par MSF en direction de la communauté internationale vont finalement conduire à une intensification de la communication entre le siège de l'OMS, le bureau régional OMS en Afrique et le bureau pays de l'OMS en Guinée. Elle sonne ainsi l'organisation de la Riposte à l'échelle internationale avec la mobilisation du Réseau Mondiale d'Alerte et d'Action en cas d'épidémie (GOARN) et les autres partenaires ont été mobilisés. Différentes formes d'appui (financière, logistique, ressources humaines, etc.) vont être déployées par ces derniers au niveau des pays concernés par l'épidémie. Le bureau local de l'OMS est transformé en centre d'opération et de gestion de la crise sanitaire. Les différents acteurs engagés dans la lutte

⁵² http://www.msf.ch/fileadmin/msf/videos/2014/04/20140402_vid_guinea Ebola_outbreak_FR.mp4

s'y rencontrent quotidiennement pour coordonner et planifier les activités à mettre en œuvre pour lutter contre l'épidémie et identifier les différents obstacles des stratégies de gestion de l'épidémie. Toutefois l'OMS oriente les différentes actions de lutte en maintenant un contact permanent avec le ministère de la Santé de la Guinée et d'autres organisations internationales présentes sur le terrain et qui contribuent aux efforts de lutte l'épidémie.

Cependant, les nouveaux rebondissements de l'épidémie avec les cas d'infection notifiés au niveau du Liberia et de la Sierra Leone vont conduire l'OMS à ouvrir au niveau de Conakry un centre sous régional de coordination de la réponse à l'épidémie d'Ebola au regard de l'intérêt de la coopération transfrontalière dans la gestion de l'épidémie. Ce centre est un cadre de coordination des différentes interventions mises en œuvre par les gouvernements des pays affectés par l'épidémie, l'OMS et les différentes organisations de la société civile nationale et internationale en réponse à l'épidémie d'Ebola. Cependant les difficultés observées par les équipes d'intervention au niveau des villages vont conduire l'UNICEF et la Croix-Rouge à accentuer les activités de communication afin de sensibiliser les populations sur l'épidémie et la nécessité des interventions mises en œuvre. Des équipes sont formées au niveau local pour partager des informations sur la maladie et les modes de prévention aux populations et reçoivent à cet effet l'appui d'anthropologues au regard des dimensions sociales fortes que comportent les questions de santé. Un numéro vert, le 115, est communiqué à toute la population afin de leur permettre d'avoir un cadre d'information officielle sur la maladie dans un contexte qui se distingue particulièrement par un flux important d'informations autour d'Ebola venant de sources diverses.

Cependant, les événements telles l'annulation du concert du chanteur sénégalais Youssou Ndour prévu à Conakry, la suspension de l'octroi des visas pour la Mecque des pèlerins de la Guinée, l'annulation des vols de certaines compagnies aériennes ainsi que la fermeture des frontières de certains pays voisins vont inscrire un climat de psychose au niveau de la population. En quelques semaines, la Guinée et plus tard la Sierra Leone et le Liberia vont devenir des destinations dangereuses. À partir de ce moment, il se produit dans le territoire de la Guinée trois grands événements : une population aux prises d'une épidémie, un État qui travaille avec ses partenaires à la mise en œuvre d'une réponse et des scientifiques qui font de cette nouvelle flambée, une opportunité pour en savoir plus sur Ebola. Pourtant, les efforts conjointement développés par MSF et la Croix-Rouge vont permettre de baisser drastiquement le nombre de foyers épidémiques en

Guinée-Forestière. Avant même la fin du mois de mai 2014, il ne s'observait plus que quelques cas sporadiques de l'épidémie. Au niveau des CTE, les traitements symptomatiques permettaient également à quelques malades de survivre à Ebola. Ces différents résultats vont ramener l'espoir et une quiétude sociale en Guinée et le démantèlement du CTE de Conakry est même envisagé. Cependant contre toute attente, l'épidémie va réémerger et prendre une ampleur beaucoup plus importante.

« On atteint presque la fin de la première période de 21 jours sans nouveau malade en Guinée quand est annoncé le premier cas d'Ebola en Sierra Leone : on est le 21 mai, et l'été à venir de la Guinée est déjà foutu. » (**Absolu, 2016, p.84**)

Cette situation qui est considérée au départ comme des cas d'infection isolés va par la suite constituer la phase la plus importante de l'épidémie d'Ebola dans la zone Ouest africaine. Dans cette zone transfrontalière caractérisée par une porosité notoire, les comportements des communautés vont une fois de plus compromettre tous les efforts d'endiguement de la nouvelle flambée. Ce moment va également marquer le déclic dans la manière dont les différents acteurs nationaux et internationaux apprécient l'épidémie en cours. L'OMS à travers son bureau régional va être un des premiers acteurs à reconsidérer sa position.

« L'OMS est vivement préoccupée par la transmission en cours de l'épidémie aux pays voisins, ainsi que par le potentiel de propagation internationale ultérieure du virus Ebola. Il ne s'agit plus d'une épidémie spécifique à un pays, mais d'une crise sous régionale qui requiert une action ferme des gouvernements et des partenaires » **Dr Luis Gomes Sambo**
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique⁵³

Cependant il importe de souligner également que dans le cadre de l'implémentation des premiers mécanismes de gestion de l'épidémie, l'OMS a opéré un transfert d'un certain nombre de

⁵³ « Ebola : le cri d'alarme de l'OMS ». 2014. Allo docteurs. 26 juin 2014. https://www.allodocteurs.fr/maladies/maladies-infectieuses-et-tropicales/ebola/ebola-le-cri-d-039-alarme-de-l-039-oms_13801.html.

technologies de la RDC vers la Guinée. C'est à ce titre que les protocoles de soins validés en République Démocratique du Congo (RDC) ainsi que les différents outils de communication développés dans le cadre de la gestion des flambées d'Ebola pour informer les populations ont été envoyés en Guinée pour sensibiliser la population qui faisait l'objet de sa première expérience d'Ebola. Dans ces messages, Ebola y est décrite comme une maladie qui tue et pour lequel il n'y a pas de remède. Cette forme de communication au message qui se caractérise par une absence d'espoir pour les populations en proie d'une épidémie qui s'amplifie va très occasionner des effets contre-productifs dans les relations entre le dispositif et les populations.

Au-delà des technologies, l'OMS a également transféré une ressource humaine du côté de la RDC pour venir partager leur expertise dans la gestion d'Ebola au niveau de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone. Cependant, il s'observe dans les interactions entretenues entre ces derniers et les populations des zones infectées, une absence de sensibilité aux réalités socioculturelles de la Guinée qui se traduit par une implémentation des technologies sans effort d'adaptation. On peut citer en guise d'exemple les pratiques de communication à caractère impersonnel avec des messages rédigés en français pour une population à majorité non alphabétisée, l'utilisation d'image déclinant un lien entre l'infection à Ebola et la consommation de viande brousse qui renforce les stigmates dont sont déjà victime les populations dans cette partie du pays et des canaux de communication (mégaphones, spots publicitaires à la radio et à la télévision, etc.) peu adaptée au contexte rendent infécondes les différentes interventions.

« Lors de l'épidémie de 2013–2016 en Afrique de l'Ouest, la même communication, indifférenciée, a été proposée pour les pays épidémiques et ceux qui ne l'étaient pas. Une interdiction généralisée de la chasse a été promue, alors que 2 % des habitants d'Afrique subsaharienne vivent dans l'aire d'extension des chauves-souris réservoirs pour le virus Ebola et qu'il n'est pas prouvé que la chasse est une voie majeure d'infection. En outre, la diffusion de messages inappropriés a contribué à jeter le trouble et à semer l'anxiété. »
(Seytre, 2016, p1)

Ces considérations vont conduire les gouvernants à imposer des restrictions alimentaires dans tous les pays concernés par l'épidémie en cours. En avril 2014, le ministre de l'Administration du territoire et de la décentralisation de la Guinée partageait avec les autorités des services techniques

déconcentrés et décentralisés les nouvelles mesures introduites par le ministre la santé de la Guinée. Il s'agissait de mettre en pratique la mesure d'interdiction de la vente et la consommation de viande de brousse considérée comme agent vecteur d'Ebola⁵⁴.



Photo 7 : panneau publicitaire sur l'interdiction de la chasse et de la consommation d'animaux sauvages, Monrovia, Liberia, août 2014⁵⁵

Si une lecture simple conduit à considérer le message dans ce panneau comme une information sur la prévention contre la maladie Ebola, un regard beaucoup plus poussé peut conduire à y découvrir une dissuasion face à la pratique de la chasse. L'information contenue dans l'image ne dit pas seulement d'arrêter la consommation de viande de brousse, mais également d'arrêter la chasse. Ce type de communication semble occulter la question des contextes avec une population qui vit de cette activité de chasse, mais également de la consommation de ce type de viande. Ces

⁵⁴ « Guinée/Ebola : interdiction de la vente et la consommation de la viande de brousse ». Consulté le 26 septembre 2017. <http://fr.africatime.com/guinee/articles/guineebola-interdiction-de-la-vente-et-la-consommation-de-la-viande-de-brousse>.

⁵⁵ <https://www.masantefacile.com/le-mag-article.php?url=article&url=ebola-onu-oms-promettent-moyens-precedent&Hs=1>

restrictions alimentaires entreprises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie vont être reçues et différemment interprétées par les populations. En Guinée particulièrement, la coïncidence entre le développement de l'épidémie dans une zone forestière avec des populations consommatrices de viande de brousse va amplifier une certaine opinion qui considère Ebola comme la « maladie des communautés qui consomment la viande de brousse ». En d'autres termes, on assiste à une reconduction des stéréotypes orientés vers une communauté ou un groupe comme dans le cadre du Sida. Les populations forestières sont dès lors connues dans cette forme de pratique alimentaire et vont très rapidement faire l'objet d'indexation. Elles sont dès lors considérées comme ceux qui ont amené la maladie du fait de leurs pratiques alimentaires rudimentaires et rétrogrades. L'étiquette Ebola qu'on a voulu leur assigner va pousser les membres de cette communauté à s'insurger contre le reste de la population, mais également à développer une résistance face aux protocoles de gestion de l'épidémie. En témoignent les propos de Jean-Marie Doré, Président de l'Union pour le Progrès de Guinée qui déclare le 11 octobre 2014 lors d'une conférence de presse de son parti :

« Je balaie du revers de la main gauche la thèse selon laquelle le virus Ebola est venu en Guinée parce que des habitants de la Guinée-Forestière ont consommé de la viande d'animaux sauvages »⁵⁶.

Ce glissement vers le champ politique que va connaître l'épidémie d'Ebola en Guinée va amplifier la situation difficile que connaît la riposte avec les attitudes de négation de la maladie développées par les communautés rendant inefficaces les interventions des acteurs.

⁵⁶ Infos, Conakry. « Jean Marie Doré : « la consommation d'animaux sauvages ne donne pas le virus Ebola » ». *Conakry infos*. Consulté le 26 février 2017. <http://www.conakryinfos.com/jean-marie-dore-la-consommation-danimaux-sauvages-ne-donne-pas-le-virus-ebola/>.

DRS Nizerekro
DPS Guekedou
CS Fangamadou

République de Guinée
Travail - Justice - Solidarité

ENGAGEMENT

Je soussigné ~~Félix~~ ~~Nizerekro~~
époux de ~~Yombou~~ âgée de 40 ans,
Citoyen résidant à ~~Mwighadou~~, district de ~~Yonguema~~
Yombou, CR Fangamadou, j'affirme que malgré
amplés sensibilisations annuées par le chef de
centre de santé de Fangamadou avec appui des
autorités locales, je déclare que ma femme ~~Yombou~~
Millimouuo ne souffre pas de cette maladie Ebola
donc je refuse son transfert pour la prise
en charge à Guekedou.

En foi de quoi je délivre cette
attestation pour servir et valoir ce qui de droit
Fait à ~~Fangamadou~~ le 08/04/2014

L'intéressé

Fernan
Président du Comité
Fernan
Chef secteur
Faysa Felix Nizerekro

Photo 8 : Lettre d'engagement rédigé par le mari d'une femme malade pour refuser son internement dans un CTE (Epelboin, 2014, p.11)

Dans ce document par exemple, un chef de ménage interdit avec un document pour acter de sa décision de son refus de faire interner son épouse dans un CTE malgré les suspicions déclinées par les équipes techniques. Cet événement ne semble pourtant pas singulier, car différentes autres formes de résistance face au dispositif vont s'observer à partir de ce moment : il s'agit entre autres des enterrements clandestins sans la présence des équipes de la Croix-Rouge, du déplacement des malades au niveau de la forêt pour éviter qu'ils soient identifiés par les équipes d'investigation, mais également de l'enfermement des villages qui traduisent de plus en plus les limites des modes de gouvernance de l'épidémie durant cette période.

Le caractère transfrontalier que prend l'épidémie à partir du mois de mai 2014 met en exergue les faiblesses de la Riposte. La notification de cas d'infection au niveau du Liberia, de la Sierra Leone, au Nigeria et même au Sénégal traduit les limites de la gouvernance de l'épidémie au niveau sous régional. Ces événements conduisent même certains pays à fermer leurs frontières (terrestres, maritimes et aérienne) avec les pays en épidémie. Sous ce rapport, il va s'observer une certaine forme de réajustement des pratiques de gestion de la réponse à l'épidémie. Au niveau de la Guinée par exemple, les activités développées pour répondre à l'épidémie jusque-là dans les zones infectées, notamment dans la région Forestière et dans la capitale Conakry, vont être mises à échelle. Une réactivation des comités de crise à l'échelle des préfectures va être édictée et des activités de sensibilisation vont être mises en place en particulier à travers les médias de masse. Dans la suite, les Présidents des trois pays concernés par la nouvelle flambée vont organiser avec le bureau Afrique de l'OMS une rencontre à Accra (Ghana) les 2 et 3 juillet 2014 pour établir un plan de réponse à la hauteur de la menace qui pèse sur la sécurité sanitaire de la région, mais également pour la sécurité internationale au regard des cas notifiés au Mali, au Sénégal et au Nigeria⁵⁷.

« L'épidémie a démarré, elle a été un peu sous-estimée, ce qui fait que les États ont mis un certain temps à être vraiment prêts. Fin avril, on a commencé à voir diminuer le nombre de cas et là il y a peut-être eu un relâchement de l'ensemble des équipes dans les trois pays, et

⁵⁷ Au Mali, quatre (4) personnes de retour de la Guinée vont être suspectées de développer la maladie à virus Ebola suite au développement d'une maladie qui se manifeste par les signes connus d'Ebola ; par contre ils seront diagnostiqués négatifs à Ebola. Le 25 juillet 2014, un homme, originaire de Monrovia, décède dans un hôpital à Lagos en présentant les symptômes d'Ebola ; cet événement marque l'arrivée d'Ebola au Nigeria qui constitue le pays le plus peuplé de l'Afrique de l'Ouest. Malgré la décision du gouvernement du Sénégal d'opérer à une fermeture de ces frontières terrestres, aériennes et maritimes avec les pays touchés par l'épidémie d'Ebola, le pays va enregistrer par l'entremise d'un étudiant guinéen, son premier cas de malade confirmé d'Ebola le 29 août 2014⁵⁷. Dès cas seront par la suite déclarés aux États-Unis, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni provoquant une internationalisation de la crise sanitaire.

ce relâchement a fait que l'épidémie est repartie » **Pierre Formenty, Expert de l'OMS interviewé par l'AFP**⁵⁸

Cependant, au regard de la situation qui ne fait que se déprécier, le comité d'urgence de l'OMS va décréter en la date du 8 août 2014, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest comme urgence de santé publique de portée internationale. De l'autre bout du monde, des mesures drastiques sont également observées dans des pays qui craignent par-dessus tout une exportation de la maladie. La France va depuis le 31 juillet 2014 faire une note de service diffusée par le ministère des Affaires étrangères pour recommander la suspension tout projet de voyage à ses ressortissants vers la Guinée, la Sierra Leone ou encore le Liberia. En plus, des mesures restrictives sont partagées aux résidents de ces différents pays. Le 5 août 2014, les autorités sanitaires américaines vont élever leur alerte sanitaire au niveau 1, c'est-à-dire à l'extrême, mesures qui vont exprimer toute leur légitimité puisque le 28 septembre 2014, un homme de retour d'un voyage du Liberia en la date du 20 septembre va être diagnostiqué positif à Ebola alors qu'il n'avait présenté aucun signe durant son trajet.

« C'est la première fois depuis 2009 que cette alerte maximum est déclenchée. Elle avait alors été mise en place pour la pandémie de grippe H1N1 » **Tom Skinner, porte-parole du CDC**

Au Liberia, la Présidente Ellen Johnson Sirleaf va déclarer l'état d'urgence au cours d'une allocution publique le mercredi 6 août 2014 et exige par la même occasion l'observation de mesures extraordinaires, notamment le confinement des zones infectées. Les mouvements des populations, vers Monrovia la capitale sont contrôlés de manière rigoureuse par les forces de l'ordre à travers une mesure restrictive dénommée « opération bouclier blanc » lancée officiellement par le ministre libérien de la défense. En Sierra Leone, la quarantaine est moins rigide et ne concerne que les villes de Kenema et Kailahun. Dans l'optique d'harmoniser les

⁵⁸ « Ebola : une épidémie hors de contrôle ? » 2014. Allo docteurs. 23 juin 2014. https://www.allodocteurs.fr/maladies/maladies-infectieuses-et-tropicales/ebola/ebola-une-epidemie-hors-de-contrôle-1_13769.html.

mécanismes de lutte développés dans les principaux pays concernés par l'épidémie, le conseil de sécurité de l'ONU va signer la résolution 2177 à sa 7268e session en date du 18 septembre 2014 en réponse au courrier adressé par les trois (3) Présidents des pays les plus concernés par l'épidémie. Un plan de réponse internationale coordonnée de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest va être défini par l'OMS et constituer ainsi une feuille de route pour les différents acteurs mobilisés au sein des instances pays dans la lutte contre Ebola.

1.1.2 La Riposte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée

L'implication de l'État de la Guinée s'est illustrée depuis le début de la crise par la réactivation du comité national de crise qui de mars 2014 à août 2014 coordonné été par le Dr Sidiki Diakité. Toutefois en raison de l'évolution de l'épidémie et de l'implication beaucoup plus manifeste des différents acteurs à l'échelle de la communauté internationale, le dispositif de gestion de l'épidémie va connaître une certaine restructuration avec une forte expression du leadership de l'État de la Guinée. Le 5 septembre 2014, le décret présidentiel n° D/2014/196.PRG/SGG va instituer la mise en place de la cellule nationale de coordination de la lutte contre la maladie à virus Ebola. Dans l'article 2 dudit décret, il est précisé que la cellule de coordination est chargée de la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de lutte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le Dr Sakoba Kéita, qui était chef de la division prévention au ministère de la Santé a été nommé par le Président à la tête de cette institution qui est directement rattachée à la présidence. Un comité interministériel est également mis en place afin de jouer le rôle de conseiller stratégique dans le cadre de la Riposte. Ce comité est également chargé de valider les différentes stratégies initiées par la cellule de coordination, le budget et de mobiliser les ressources nécessaires à la gestion de l'épidémie.

De ce point de vue, si on s'inscrit dans une perspective d'analyse de la gouvernance de la lutte contre la maladie à virus Ebola, il importe dans un premier moment de faire un travail de présentation des différentes catégories d'acteurs en présence sur la scène de l'action publique. En Guinée, nous pouvons distinguer de manière schématique, huit (8) grandes catégories d'acteurs en interaction :

- ✚ État et ses services techniques déconcentrés et décentralisés,

- ✚ Organisations du système des Nations Unies,
- ✚ Partenaires financiers et bailleurs :
- ✚ Laboratoires de recherche et industriels du médicament
- ✚ Société civile internationale
- ✚ Société civile nationale
- ✚ Organisations à base communautaire

1.1.2.1 État et ses services techniques déconcentrés et décentralisés

L'État, sous la forme de l'État central ou de ses démembrements, est représenté dans les différents organigrammes comme un acteur central de la réponse et un pivot de la coordination. Il est représenté par différentes structures. L'organisation la Riposte reprend les différentes échelles de la décentralisation allant du niveau central vers celui périphérique. Le schéma organisationnel de la lutte contre Ebola en Guinée est composé de cinq (5) niveaux :

- ✚ Le niveau stratégique qui correspond à la structure d'orientation stratégique selon la politique nationale
- ✚ Le niveau hiérarchique qui assure le relais entre le niveau de commandement et le centre opérationnel
- ✚ Le niveau de soutien qui assure la gestion des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires au fonctionnement de l'ensemble des niveaux
- ✚ La technostructure qui analyse les informations recueillies auprès des unités opérationnelles et conseille le niveau de commandement, pour prendre les décisions opportunes
- ✚ Le niveau opérationnel qui est constitué de l'ensemble des unités techniques chargées de faire le travail technique envers les structures qui sont sur le terrain

La déclinaison de ce modèle dans le cadre de la lutte contre Ebola en Guinée se traduit par la définition de trois niveaux de mise en œuvre : central ou national, régional et préfectoral. De manière concrète, la lutte contre Ebola a été organisée autour de plusieurs commissions afin de faciliter la coordination des activités. Cette organisation au niveau national a été répliquée au niveau de chaque région et de chaque préfecture touchée par l'épidémie dans l'optique d'une

décentralisation du dispositif. De manière concrète, l'organisation de la Riposte autour des services techniques déconcentrés et décentralisés prend les formes suivantes :

❖ **Le comité interministériel de lutte contre la maladie**

Représentant le niveau politique, ce comité a pour mission de suivre la mise en œuvre de la stratégie définie en matière de lutte contre la maladie. À cet effet, il se prononce sur le plan national de lutte contre la maladie et sur le plan opérationnel de la coordination. En outre, ce comité est aussi chargé d'établir le budget prévisionnel de la mise en œuvre du plan stratégique, d'organiser l'affectation des moyens matériels, humains et financiers et de produire des rapports d'activités périodiques de la coordination. Pour réaliser ces différentes tâches, le comité est composé des différents départements ministériels et est présidé par le ministre de la Santé. Le comité interministériel se réunit en session ordinaire une fois par semaine autour du rapport d'activité de la coordination.

❖ **Le comité stratégique de lutte contre Ebola**

Le comité stratégique de lutte contre Ebola (CSLE) est une structure différente du comité national de crise sanitaire qui englobe l'ensemble des situations sanitaires d'urgence et est chargé de pilotage technique de la Riposte. Le CSLE est chargé de recenser les questions stratégiques qui se posent dans la lutte à partir des données du terrain et de formuler des stratégies sur les questions soulevées. Il a également pour mission de suivre la traduction des stratégies en activités opérationnelles par la coordination. Le comité stratégique de lutte contre Ebola comprend par les membres de la coordination nationale de lutte contre Ebola ainsi que les représentants au niveau national des différentes institutions partenaires de l'État de la Guinée dans la Riposte face à l'épidémie. Le comité stratégique se réunit tous les jours de 8h 30mn à 9h 30mn au siège de l'OMS sous la présidence de la coordination nationale.

❖ **La cellule de coordination nationale**

Elle est chargée de coordonner les activités quotidiennes des équipes sur le terrain et de vérifier la bonne application des stratégies adoptées par le comité stratégique. La coordination nationale rend compte au comité interministériel. Elle est chargée particulièrement d'identifier les problèmes liés

à la mise en œuvre des activités de lutte et de prendre des décisions urgentes pour résoudre les problèmes identifiés. La cellule de coordination travaille également à définir les types d'interventions appropriés pour le contrôle rapide de l'épidémie et à veiller à l'utilisation judicieuse des ressources matérielles et financières affectées à la Riposte. Enfin, elle rend compte de la situation épidémiologique, financière et comptable de la gestion de la lutte, mais également l'évolution de l'épidémie et des résultats des actions menées au comité interministériel de lutte contre Ebola de façon régulière. Afin de rendre efficace son intervention, la cellule de coordination est organisée autour de quatre instances :

❖ **L'unité de coordination**

Elle est dirigée par un coordinateur national dont la mission est d'organiser et d'orienter la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de lutte contre la maladie à virus Ebola ainsi que d'assurer la répartition des ressources mobilisées auprès de l'état et des partenaires et leur utilisation. Le coordinateur aussi chargé de la mise en synergie des interventions des partenaires du secteur santé en matière de lutte contre la maladie et est le responsable des relations publiques et privées avec les acteurs de la Riposte. Enfin, il supervise et évalue l'ensemble des activités de la lutte, en étroite collaboration avec l'OMS qui a aussi un rôle de coordination. Il est assisté dans ce travail par un coordinateur national adjoint qui le représente en cas d'absence et coordonne les activités techniques des services d'appui. Ce dernier est responsable de l'organisation l'administration de la coordination. À cet effet, il valide les besoins exprimés par les chefs d'unité de la coordination et suit la mise en œuvre du plan d'action sur le terrain. Enfin, le coordinateur adjoint est chargé du suivi de la production des rapports d'activité et autres documents de la coordination et supervise les activités des unités techniques.

❖ **Les commissions**

Ils sont chargés d'étudier les dossiers techniques, de donner des directives relevant de leurs domaines de compétence respectifs et de superviser leur mise en œuvre sur terrain. Ils ne sont pas des services d'actions directes sur le terrain. L'organisation des services techniques de la coordination s'articule autour des différents axes de la gestion de l'épidémie.

Au niveau de la prise en charge gérée par MSF, le responsable détermine les modes d'organisation des soins (consultations, hospitalisations et soins) ainsi que les besoins de prévention et de prise en charge des cas. Il identifie également les besoins en matière de disponibilité des équipements de protection individuelle dans les établissements de soins et participe à la vérification du respect des procédures établies en matière de soins et de prévention auprès du personnel des établissements de soins. Il est aussi chargé d'identifier les problèmes des structures et les porte à la connaissance de la commission de coordination.

Pour ce qui concerne la communication et la mobilisation sociale dirigée par l'UNICEF, le responsable est chargé d'élaborer un plan de communication conjoint avec les départements de la communication, de l'élevage, de défense. Il organise la formation des journalistes pour une bonne communication sur la maladie et détermine les stratégies et modalités de diffusion des messages aux différents niveaux du système de santé. Pour finir, le responsable de la communication et de la mobilisation sociale étudie les dossiers de sensibilisation élaborés par les ONG et autres associations et analyse les effets des campagnes de communication sur les pratiques des individus et des familles. L'UNICEF, quant à elle, va diriger les activités de mobilisation sociale et d'engagement communautaire avec l'accompagnement d'autres partenaires de la Guinée telles des institutions locales ou internationales. Elle s'active également dans la protection et la prise en charge des enfants affectés par l'épidémie. Ainsi, des ONG telles que Plan Guinée, Research Triangle Institute (RTI), Centre Africain de Formation pour le Développement (CENAFOD), l'ONG Action d'Intégration Mère Enfant (AIME), l'ONG Aide à la Famille Africaine (AFA), Sabou Guinée, Terres des Hommes (TDH) entre autres vont être financées par l'UNICEF pour réaliser un paquet d'activités communautaires dans le cadre de la sensibilisation sur Ebola. Cette sensibilisation est associée à une dotation de kits d'hygiène aux communautés pour le renforcement de la prévention à travers un volet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA).

Le responsable de la surveillance quant à lui développe un plan d'action avec les autres départements ministériels et organise la formation des équipes mobiles de surveillance épidémiologique. Il est aussi chargé d'organiser la recherche systématique de tous les cas suspects et le suivi des contacts. Il lui est également demandé d'établir les besoins en matériel de prélèvement des échantillons et de protection individuelle au niveau de tous les districts à risque et de mettre en place des équipes de gestion rapide de la Riposte au niveau préfectoral, l'ensemble

des activités de surveillance épidémiologique sont dirigées par l'OMS qui s'appuie ainsi sur le soutien des organismes et institutions internationales ayant l'expertise dans ce domaine, en particulier le Center for Disease Control (CDC, Atlanta). Les activités de surveillance consistent concrètement en la gestion des alertes, l'investigation sur les cas confirmés, mais également la supervision des activités de suivi des contacts assurée en ambulatoire par les agents communautaires. Compte tenu de la tournure particulière qu'a connue l'épidémie, l'OMS a eu également à développer un programme de communication et de mobilisation sociale afin de renforcer la sensibilisation des communautés sur Ebola.

L'unité comprend aussi un responsable de la sanitation et des enterrements dirigés par la Croix-Rouge qui a pour tâche d'élaborer un guide d'intervention des agents sur le terrain et d'organiser leur formation sur la gestion des corps. Il s'occupe parallèlement à la supervision des activités de la Croix-Rouge sur le terrain.

Enfin, l'unité est aussi composée d'un responsable de la logistique qui centralise les besoins exprimés par les unités techniques et élabore la liste qualitative et quantitative des besoins de structures en ressources matérielles. Il organise la répartition et la distribution des stocks entre les structures ainsi que le pré positionnement des stocks au niveau des structures de santé. Pour finir, le responsable de la logistique assure la formation des agents chargés de la gestion des stocks au niveau des sites concernés et supervise la gestion des stocks au niveau des bénéficiaires. L'Organisation Internationale pour la Migration (OIM) pour sa part s'implique également dans le soutien logistique et organise la Riposte au niveau transfrontalier avec l'installation des cordons sanitaires et des postes de contrôle qu'il gère en appui à l'armée de la Guinée. Le Programme Alimentaire Mondiale (PAM) va appuyer la prise en charge alimentaire des familles affectées par l'épidémie. Ainsi au niveau des CTE, dans les familles ou dans les zones mises sous quarantaine ou cerclage du fait des foyers qui y existent, le PAM fait des dotations en produits alimentaires au regard du contexte de surveillance qui nécessite de fixer les populations pendant la période d'observation. Le PAM participe également à la construction des unités de soins notamment avec le CTE de Coyah.

❖ **Les services de soutien**

Ils ont pour mission d'appuyer les services techniques dans la réalisation de leurs activités. Ils sont composés d'un responsable de la gestion des données épidémiologiques qui s'occupe de la collecte des informations provenant des districts sanitaires et de l'élaboration du bulletin épidémiologique quotidien. Il procède ensuite à une analyse de la tendance des indicateurs et tient le procès-verbal des réunions du comité stratégique et de la coordination et rédige le rapport d'activité hebdomadaire et mensuel de la coordination tout en supervisant la qualité des données épidémiologiques.

Il est également composé d'un responsable de la sécurité qui est chargé d'identifier avec les autorités de chaque préfecture le responsable de la sécurité en matière de lutte contre Ebola et établit un rapport quotidien sur la situation sécuritaire par zone affectée. Ce dernier peut solliciter les appuis nécessaires auprès des services de sécurité en cas de besoin pour mettre à disposition du personnel de sécurité pour le transport du personnel et des ressources à envoyer à l'intérieur du pays et participer à la supervision des services de sécurité aux postes frontaliers et aux débarcadères.

Un responsable de la gestion financière complète les services d'appui et a pour rôle de tenir la situation des contributions financières des partenaires et autres acteurs, mais également d'élaborer le plan de cadrage des ressources non affectées ainsi que l'exécution des dépenses, conformément aux manuels des procédures. Au-delà, le responsable financier assure la comptabilité financière et matérielle de la coordination et suit la situation des ressources humaines intervenant dans la Riposte. Pour finir, il assure l'entretien et la maintenance du matériel et de l'équipement de la coordination, procède au classement des pièces justificatives de la coordination et supervise la tenue de la comptabilité au niveau des structures bénéficiaires de fonds.

❖ **Les équipes d'appui**

Pour permettre aux responsables des unités d'être efficaces, ils sont appuyés par des équipes de travail qui ont pour rôle d'assister les structures sur le terrain en cas de besoin. Pour ce faire, une équipe investigation épidémiologique, surveillance et laboratoire est mis en place sous la responsabilité d'un chef d'équipe. Ce dernier a pour tâche d'assurer la formation du personnel à la

surveillance, d'organiser la recherche systématique de tous les cas suspects ainsi que le suivi des contacts. Cette équipe aide aussi à l'identification des chaînes de transmission et à leur analyse et supervise la surveillance dans les districts.

Une équipe de la sanitation dont le chef d'équipe est chargé d'assurer la formation du personnel de la Croix-Rouge et de superviser le fonctionnement des unités d'intervention sur le terrain. Il y a également une équipe de la logistique dont le chef d'équipe est chargé de centraliser les besoins de ressources matérielles exprimés par les différentes commissions dans le cadre de la Riposte et d'assurer la gestion des stocks au niveau central tout en organisant le pré positionnement et la distribution des stocks dans les districts sanitaires et établissements de soins. Le chef d'équipe doit aussi établir un rapport périodique de la gestion des stocks. Enfin, une équipe chargée de la gestion financière dont le chef d'unité est chargé de réaliser les opérations de dépenses selon le manuel en vigueur, d'assurer les paiements du personnel et de récupérer les pièces justificatives des dépenses afin de mettre à jour la comptabilité de la coordination.

❖ **Le comité régional de lutte**

Elle a pour mission d'assurer la coordination générale des opérations de lutte contre la maladie au niveau de la région. À cet effet, elle est particulièrement chargée de suivre la réalisation des activités au niveau des établissements de soins et des communautés, de superviser la mise en œuvre des activités et de mobiliser des moyens techniques et humains pour appuyer les zones nécessiteuses. La commission régionale de lutte comprend le gouverneur qui en assure la Présidence, le directeur régional de la santé qui en est le vice-président, le directeur de l'hôpital régional ainsi que les représentants de chaque partenaire technique et financier et un représentant des services de sécurité et de défense. Les structures déconcentrées et décentralisées constituent les maillons les plus importants dans la lutte contre la maladie. À ce titre, les différentes commissions et équipes techniques définies au niveau central ont été répliquées au niveau régional et préfectoral pour permettre aux dispositifs locaux d'agir directement sur les cibles.

❖ **La commission préfectorale de lutte**

Elle a pour mission d'assurer la coordination générale des opérations de lutte contre la maladie, au niveau de la préfecture. À cet effet, elle est particulièrement chargée d'établir un plan d'action

détaillé de la lutte, de suivre la réalisation des activités au niveau des établissements de soins et des communautés et d'organiser la coordination avec les autorités et commissions chargées de la lutte. Enfin la commission préfectorale est chargée d'élaborer le rapport d'évolution de la situation et de le partager au niveau central. La commission préfectorale de lutte contre Ebola est présidée par le Préfet. Les directeurs préfectoraux de santé en assurent la vice-présidence et sont appuyés par les représentants des différents partenaires techniques et financiers au niveau préfectoral, les représentants des forces de l'ordre ainsi que les différents représentants des organisations communautaires de base.

❖ **La cellule de coordination technique préfectorale**

Elle est chargée de coordonner les activités techniques quotidiennes des équipes sur le terrain et de vérifier la bonne application des directives données. De façon spécifique, elle est chargée d'identifier avec les chefs des équipes de travail les problèmes liés à la mise en œuvre des activités de Riposte et de prendre des décisions urgentes en collaboration avec les chefs des équipes, les partenaires techniques et les autorités concernées pour résoudre les problèmes identifiés. En outre, elle doit veiller à l'utilisation judicieuse des ressources matérielles et financières affectées à la Riposte et rend compte de la situation épidémiologique, financière et comptable de la gestion de la Riposte à la commission préfectorale de lutte et au niveau central ainsi que de l'évolution de l'épidémie et des résultats des actions menées au comité préfectoral de lutte contre Ebola.

Pour assurer sa mission, la commission technique est composée du Directeur Préfectoral de Santé (DPS) qui en assure la coordination, le Directeur de l'Hôpital Préfectoral (DHP) qui est responsable de la prise en charge, du Médecin Chargé de la Maladie (MCM) responsable de la Surveillance. La cellule de coordination technique est aussi composée par le pharmacien de la direction préfectorale de santé qui est responsable logistique, du chef de service financier responsable des finances, la chargée des statistiques responsable de la gestion des données et enfin un responsable de la sécurité au niveau local. Au niveau de Coyah spécifiquement, le CTE est géré par le gouvernement de la Guinée avec l'appui de l'Union africaine à travers African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa (ASEOWA), mais également le soutien du Cuba à travers la mise à disposition d'une équipe médicale.

1.1.2.2 Acteurs non étatiques

❖ Organisations régionales

L'implication des organisations régionales s'est présentée comme l'expression d'une solidarité sous régional. Elles interviennent dans le cadre de la réponse essentiellement en mettant à disposition des moyens humains et financiers ainsi qu'en tant que facilitateurs de la coordination/action transfrontalière. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui est le bras technique de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en matière de santé va recevoir un appui financier de la Banque Africaine de Développement (BAD) d'une valeur de deux millions de dollars US pour soutenir les activités de lutte contre Ebola. Elle procédera ainsi au déploiement de sa ressource humaine en appui aux structures déjà en place pour lutter contre l'épidémie. L'OOAS va aussi axer son intervention dans le développement de mécanisme de prévention au niveau des pays limitrophes.

Ainsi des réunions et ateliers de travail seront effectués avec les différents représentants des pays de la CEDEAO pour définir des mécanismes de contrôle aux frontières et des systèmes d'alerte. Le caractère transfrontalier de l'épidémie va pousser l'organisation à ne pas reproduire la pratique consistant à accentuer la lutte sur les pays concernés et de laisser sans information et préparation les pays limitrophes. Au niveau même de ces pays, des mesures sont prises avec la fermeture temporaire des frontières terrestres et le renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau du territoire national.

L'implication de l'Union Africaine quant à elle va se matérialiser à partir du mois de septembre 2014 par la mise en place d'un organe dénommé African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa (ASEOWA). Un ensemble de médecins cliniciens et épidémiologistes, d'infirmiers, d'hygiénistes et de spécialistes de la santé publique et de la communication venant de l'Ouganda, du Rwanda, du Nigéria, du Burundi, de l'Éthiopie et de la République Démocratique du Congo vont être regroupés à Addis-Abeba (Éthiopie) sous l'égide de l'Union africaine pour constituer la mission de l'organisation africaine en réponse à l'épidémie d'Ebola dans la région Ouest de l'Afrique. De manière concrète, l'intervention de l'Union Africaine à travers l'ASEOWA s'articule autour de la prise en charge notamment avec son implication dans la gestion du CTE de

Coyah, construit sous le signe de la coopération Sud-Sud et où on pouvait observer la présence de différents humanitaires des pays de l’Afrique, mais également du Cuba.

L’ASEOWA va aussi orienter ses interventions dans le domaine de la surveillance épidémiologique et la prévention et le contrôle des infections de concert avec l’OMS. En dernier, l’ASEOWA va aussi faire sa contribution dans la conduite des activités de communication et de mobilisation sociale en appui à l’UNICEF qui tient le lead de l’activité dans le cadre de la Riposte à la nouvelle épidémie. Pour une première fois de son histoire, l’Union Africain, dont l’implication s’observait plus dans la gestion des conflits armés et autres situations d’urgence sur le continent s’engageait dans une mission sanitaire. Même si elle a tardé à se mettre en place, l’implication de l’Union Africaine sera magnifiée par certains observateurs comme l’expression de réussite de la coopération Sud-Sud et un pas vers la rupture du rapport hégémonique construit dans les rapports de coopération Nord-Sud.

« Vous êtes unique en ce sens que vous porterez la bannière africaine dans votre mission. C’est le moment pour l’Afrique de montrer sa solidarité avec les pays touchés » **Dr. Mustapha Sidiki Kaloko, Commissaire aux affaires sociales de l’UA, septembre 2014.**

❖ **Partenaires financiers et les fondations**

S’ils sont largement invisibles dans les organigrammes de la Riposte au niveau local et régional, les partenaires financiers et autres bailleurs sont très présents au niveau de la coordination nationale, notamment pour les acteurs de cette catégorie articulant fonction diplomatique officielle et financière. Schématiquement, on distinguera les coopérations bilatérales, les bailleurs institutionnels et les fondations. Si leurs fonctions sont les mêmes, leurs modalités et stratégies de financement, ainsi que leurs agendas diffèrent sensiblement.

Ces représentations diplomatiques appui le déploiement de leur assistance technique/expertise sur des capacités de financement relevant de structures telles que USAID pour la diplomatie américaine, ECHO, OFDA, DFID, pour l’Union Européenne. Un autre acteur diplomatique et bailleur de premier plan, très puissant nettement plus discret dans le cadre de la réponse sera la Banque Mondiale dont les financements se sont révélés déterminants pour financer l’action sanitaire portée par les autorités de la Guinée au début de l’épidémie. En plus de ces acteurs

relevant de relations interétatiques, la réponse à l'épidémie d'Ebola et notamment un certain nombre d'activités de réponse à l'épidémie d'Ebola et de recherche ont été appuyées par des fondations privées, notamment la Bill & Melinda Gates foundation.

❖ La coopération bilatérale

La lutte contre Ebola s'est également illustrée par l'implication des grandes puissances qui interviennent dans les différents pays en situation d'épidémie à travers une approche qui donne l'image d'un parrainage ou sponsoring : les États-Unis soutiennent le Liberia, le Royaume-Uni la Sierra Leone et la France va, elle, appuyer la Guinée.



Figure 15 : Schéma illustratif des différentes formes de parrainage développées par les puissances étrangères⁵⁹

Si l'épidémie est déclarée en Guinée depuis mars 2014, il aura fallu plus de six mois, soit précisément le 14 novembre 2014 pour que la France mandate Annick Girardin, Secrétaire d'État chargée du développement et de la francophonie, pour se rendre en Guinée-Forestière afin d'y inaugurer un centre de traitement à Macenta construit par MSF et géré par la Croix-Rouge

⁵⁹ « Leparisien.fr | 3 milliards contre Ebola ». s. d. Consulté le 7 juin 2018. <http://atelier.leparisien.fr/sites/3-milliards-contre-ebola/>.

Française (CRF)⁶⁰. Cette dernière déclare lors d'une conférence de presse à Conakry : « À la demande des Nations unies, à la demande de l'Europe, la France va jouer encore un rôle plus important ici, parce que nous avons proposé de renforcer notre soutien à la Guinée en devenant les coordinateurs de l'intervention européenne et internationale en Guinée, et de faire le lien entre la cellule de coordination nationale et l'ensemble des partenaires présents tant au niveau national qu'au niveau régional⁶¹ ». Différents retards ou occasions manquées ont été observés dans l'intervention de la France pour la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée.

Si le laboratoire P4 Jean-Mérieux-Inserm de Lyon a permis à la suite des échantillons envoyés par MSF de diagnostiquer la présence d'une épidémie d'Ebola en Guinée-Forestière, l'implication réelle des autorités gouvernementales françaises va être caractérisée par des atermoiements. Au moment où la Sierra Leone et le Liberia connaissent le déploiement de forces militaires respectivement par l'Angleterre et les États-Unis, les mêmes engagements ne sont pas observés du côté de la France pour appuyer la Riposte en Guinée. Pourtant un ensemble de dispositifs est mis en œuvre au niveau du territoire national pour parer à une éventuelle exportation de l'épidémie. Malgré les alertes lancées par MSF et même la société Internationale SOS sur le caractère « hors normes » de l'épidémie d'Ebola en Guinée, on observe une certaine « nonchalance » des autorités françaises au début de l'épidémie en Guinée.

Il aura fallu que l'épidémie commence à prendre un caractère transfrontalier pour que le gouvernement français se décide sous l'impulsion des Nations Unies (UN) à renforcer son soutien à la Guinée. Un premier lot de financement est accordé à la CRF et la Croix-Rouge Guinéenne (CRG) pour l'organisation d'activité de désinfection, de suivi des cas contact et de sensibilisation des communautés en Guinée-Forestière. D'autres formes d'appui vont suivre notamment avec l'intégration d'une ressource humaine française dans les équipes de l'OMS, l'appui à la

⁶⁰ « Guinée : MSF livre à la Croix-Rouge Française un centre de traitement Ebola - Communiqués | Médecins Sans Frontières ». Consulté le 26 février 2017. <http://www.msf.fr/presse/communiqués/guinee-msf-livre-croix-rouge-francaise-centre-traitement-ebola>.

⁶¹ « Guinée : la France à la tête de la lutte contre Ebola - Le Point ». Consulté le 26 février 2017. http://www.lepoint.fr/sante/la-france-a-la-tete-de-la-lutte-contre-ebola-15-11-2014-1881500_40.php.

surveillance épidémiologique et de détection virale avec les équipes de l'Institut Pasteur de Dakar ainsi que la Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU) de l'Institut Pasteur de Paris.

Essentiellement constituée par les représentations diplomatiques, les acteurs de la coopération bilatérale sont notamment polarisés autour des représentants de l'ambassade de France et de celle des États-Unis, mais aussi de l'Union Européenne. Les coopérations bilatérales structurent, en plus des financements qu'elles apportent, des réseaux d'expertise technique et opérationnelle intégrés dans la coordination (assistants techniques) et la Riposte (financement de la recherche, capacité d'analyse/production de données, laboratoire, prise en charge). Les deux exemples les plus illustratifs de cette implication financière diplomatique peuvent se lire à travers l'ambassade de France avec la présence de l'armée française dans le cadre du déploiement et du fonctionnement du Centre de Traitement des Soignants (CTS), mais aussi l'investissement de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans le cadre de recherche de solutions thérapeutiques pour la prise en charge de la maladie d'un côté et de l'ambassade des États-Unis avec le déploiement important du CDC et du NIH de l'autre

❖ **Laboratoires de recherche et industriels du médicament**

La présence importante de ces acteurs de la recherche et de l'industrie du médicament dans le paysage de la réponse à une épidémie est probablement une des spécificités de l'épidémie d'Ebola. Il est possible de distinguer trois (3) grandes catégories d'acteurs : les laboratoires d'analyses biomédicales qui sont une partie intégrante de la réponse dans leur fonction de confirmation des cas, structures publiques de recherche notamment avec la présence de l'INSERM, du NIH ou encore du CDC. Largement dépendants des logiques de coopérations bilatérales, le traitement des prélèvements et les examens de laboratoires sont inscrits dans des logiques opérationnelles et diplomatiques, symbolisant l'investissement technique des pays contributeurs. Les centres de recherches publics qui sont investis sur la réponse à l'épidémie, notamment autour de la recherche de traitements curatifs ou préventifs, ou la validation de tests de diagnostic rapide, relèvent de logiques similaires de celles des laboratoires, enjeu de visibilité de la présence, doublée d'enjeu de biosécurité. Les discussions informelles avec les acteurs soulignent tout à la fois de réels enjeux de recherche scientifique et des logiques d'influence et de concurrence.

La présence de l'industrie à l'image des recherches relève à bien des égards de logique de santé publique et d'influence qui renvoient à l'état des forces en présence comme l'illustre les tensions autour du concurrent chinois du ZMapp, la promotion des Tests de Diagnostic Rapide. L'Institut Pasteur de Dakar, qui abrite le Centre collaborateur de l'OMS pour les arbovirus et les fièvres hémorragiques virales, a été sollicité depuis mars 2014 par l'OMS et le gouvernement guinéen, pour apporter son concours à l'investigation autour des premiers foyers épidémiques. L'Institut Pasteur de Dakar sera ainsi la première structure africaine à avoir installé un laboratoire en Guinée (Conakry) et à avoir confirmé des cas suspects.

Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar s'est ensuite déployé, avec trois (3) virologistes et des experts de l'Institut Pasteur de Paris ainsi que du matériel, à l'hôpital Donka à Conakry où MSF va installer un CTE. Il apporte son aide dans la gestion des cas, la surveillance épidémiologique et l'identification des « cas contact » par le diagnostic des cas suspects à Conakry et dans les autres foyers en Guinée. Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar a identifié le premier cas confirmé de fièvre Ebola à Conakry et au Liberia. Les équipes de l'Institut Pasteur et de l'Institut Pasteur de Dakar sont-elles beaucoup plus impliquées dans la formation de techniciens guinéens au diagnostic du virus Ebola et aux méthodes de prélèvement chez les patients.

❖ **Société civile internationale**

Elle est en particulier composée des différentes ONG internationales qui vont se muer en acteur de la réponse opérationnelle. Cependant, en fonction de l'évolution du dispositif et des réajustements qui vont être opérés, les différentes organisations de la société civile internationale vont s'organiser en cluster en fonction des domaines de compétences. Ainsi, elles vont se fondre dans l'armature de la Riposte organisée à partir de cinq (5) volets : la surveillance épidémiologique, la prise en charge, les activités de sanitation et de gestion des enterrements, la logistique et le volet mobilisation communautaire et WASH. Bénéficiant de guichets de financement, ils sont acteurs de la Riposte soit directement à travers des dispositifs (CTE, ressources humaines en charge de la sensibilisation, distribution de kits...) ou via des partenaires locaux (ONG, associations ou Croix-Rouge) dont ils financent les différentes interventions. Certains ont des domaines d'intervention spécifiques, par exemple la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR) en appui aux EDS organisés par la Croix-Rouge Guinée (CRG). MSF et

de manière plus secondaire ALIMA et la Croix-Rouge Française (CRF) ont développé une expertise dans la prise en charge des cas et la gestion des CTE. La plupart des autres acteurs sont quant à eux concentrés sur les activités de communication pour la prévention de la transmission (IMC, ACF, Plan, TDH, RTI) ou de protection (Save The Children, TDH).

❖ **Société civile nationale**

L'implication des acteurs locaux dans la réponse à l'épidémie d'Ebola ne fait plus débat aujourd'hui au regard de la forte présence des citoyens guinéens dans les instances et structures actrices de la réponse à l'épidémie. Cette présence a eu un caractère permanent tout au long de l'épidémie même si elle a connu des évolutions au fil de l'histoire de l'épidémie, mais également des formes d'implication de ces derniers dans un dispositif aux acteurs multiples. Les formes complexes de la mobilisation des populations de la Guinée dans la Riposte permettent d'en distinguer les formes spontanées et celles suscitées. Si l'on peut considérer les premières réponses locales comme des initiatives, individuelles ou collectives qui se distinguent par leur spontanéité, les dynamiques engagées par la Riposte par contre vont relever d'une logique où les actions sont suscitées dans le cadre non plus d'un engagement communautaire, mais de logiques contractuelles, non plus collectives, mais individuelles, salariées ou indemnisées tel que discuté dans la deuxième partie de cette thèse et qui conduit à parler de tarification de l'action communautaire. Ici, on peut distinguer deux tendances :

Dans une première temporalité de la mobilisation suscitée, on peut distinguer les différentes structures associatives nationales (CNOCS, Zéro Pauvres en Afrique, AGIL, Croix-Rouge guinéenne) où des ONG internationales avec une représentation locale à qui on délègue un certain nombre de tâches à accomplir dans le cadre de la Riposte. Le bureau pays de l'ONG Plan Internationale s'est positionnée dans la Riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi dans la région ouest-africaine à partir de la fin de l'année 2013. Ainsi, l'ONG au même titre que les différents acteurs qui sont venus répondre à l'appel à l'assistance lancée par les pays les plus touchés par l'épidémie a eu à développer un ensemble d'intervention en particulier dans le cadre de la communication, mais également dans le domaine de l'hygiène de l'assainissement. De ce fait, l'ensemble des ressources humaines, logistiques, mais également financières a été réorienté dans la Riposte à l'épidémie d'Ebola. Dans la préfecture de Coyah, Plan Guinée sera un des

premiers acteurs à intervenir dans le cadre de la Riposte face à l'épidémie qui à partir de la deuxième moitié de l'année 2014, a ressurgi dans la Basse-Guinée guinéenne.

Dans un second moment des mobilisations suscitées par le dispositif, un accent sera plus mis sur les structures créées par le dispositif renvoyant plus à l'image de la communauté telle que perçue par les acteurs du dispositif. Ces structures (CVV, CVQ, unité opérationnelle) ont été mises en avant au détriment des autres formes d'organisation à base communautaire (groupements professionnels, mécanismes de solidarités locales, OCB), ce qui ne manque pas d'introduire une problématique des formes de légitimité et de leur articulation dans les cadres de gouvernance de l'épidémie.

Il s'observe ainsi la présence d'une pluralité d'acteurs à différentes échelles de la lutte contre l'épidémie avec une promotion d'un ensemble de technologies. Toutefois, des difficultés seront enregistrées dans la coordination des interventions particulièrement dans le domaine de la communication où les différents acteurs adoptent des pratiques diverses et parfois contradictoires. Les cadres de gouvernance de l'épidémie deviennent dès lors des arènes où la présence d'acteurs pluriels avec des agendas diversifiés conduit à la mise en œuvre d'interventions parfois contradictoires. En revanche, ces modes de gouvernance de l'épidémie à partir de pratiques, discours et interventions diverses conduisent les populations à adopter des réactions contestataires. Dans la suite de notre travail, nous allons porter un regard critique sur le jeu de pouvoir au sein de ces différentes arènes de la gouvernance de l'épidémie.

1.2 LES ARÈNES DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE : UN CADRE DE PRODUCTION DE L'ACTION PUBLIQUE

Suite à la déclaration par l'OMS de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest comme urgence sanitaire de portée internationale constituant une menace pour la paix et la sécurité internationales, l'organe internationale de prise en charge des questions santé s'est activité à mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre l'épidémie en cours particulièrement dans les trois (3) pays de l'Afrique de l'Ouest. Une action mondiale de lutte contre l'épidémie va donc être enclenchée par les différents acteurs au niveau de la communauté internationale et va être orientée par la capitalisation des expériences passées de gestion des flambées d'Ebola en Afrique centrale principalement. Les différents acteurs ne manquent pas également de prendre en compte les spécificités de la nouvelle flambée autant dans l'espace géographique où elle se développe, l'importance des foyers de transmission et la faiblesse des systèmes de santé des pays concernés à faire face à une épidémie de telle envergure.

« En mettant en place des mesures disproportionnées par rapport au risque, les trois pays les plus touchés sont isolés et marginalisés et cela empêche une réponse rapide. L'épidémie va s'aggraver et demande une réponse à grande échelle bien coordonnée et de manière urgente. » **Margaret Chan, Directrice de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)**

Le constat de la faible capacité des gouvernants dans les pays les plus touchés par l'épidémie à faire face à l'envergure de l'épidémie conduit l'OMS à mieux s'impliquer dans la réponse à l'épidémie. En d'autres termes, auprès des attitudes et comportements des populations qui favorisent d'une certaine manière la multiplication des foyers de transmission, il importe de notifier la faiblesse des capacités logistiques et des ressources humaines engagées pour faire face à l'épidémie. Si les premiers acteurs, en l'occurrence MSF, la Croix-Rouge et les autorités sanitaires de la Guinée, arrivent tant bien que mal à gérer l'épidémie, la démultiplication des foyers épidémiques va mettre à nu les écarts entre les moyens engagés et les besoins pour répondre à la crise. Dans la localité de Guéckédou par exemple, au moment où toute une critique est faite à l'endroit d'une partie des populations qui est réfractaire à l'intervention des équipes d'humanitaires, on peut constater également une absence de promptitude dans la sollicitation en matière de soins des communautés. La faiblesse des capacités des acteurs sur le terrain qui se

décline en terme logistique et en ressources humaines ne manque pas de déteindre sur les réponses aux demandes. Le nombre de malades excède de plus en plus le nombre de lits disponibles ainsi que la capacité de réception des CTE mis en place. Au plan logistique, le nombre d'ambulances reste insuffisant dans un contexte d'accès difficile à certaines zones d'intervention, ce qui va impacter également sur le temps de réponse. On verra ainsi des malades passer plusieurs jours après leur signalement à attendre la disponibilité d'une ambulance afin d'être évacués, et attendre qu'une place soit disponible pour être admis dans le CTE.

« Ne dites pas qu'on n'a pas appelé au secours, non je refuse. Même celle qui est morte la, elles étaient toutes possibles de marcher. J'ai appelé, appelé, appelé plus d'une semaine, personne pour nous secours » **Mari d'une femme décédée d'Ebola, Guéckédou_Mars 2014.**

L'analyse de ces différentes situations vont conduire les présidents de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone à adresser une lettre conjointe au secrétaire général des Nations Unies pour demander l'adoption d'une résolution pour l'assistance à la situation d'urgence dans leurs pays et la demande d'une plus grande implication de la communauté internationale dans la coordination de la réponse internationale à l'épidémie. La gouvernance de l'épidémie va dès lors s'appuyer sur une stratégie dénommée STEPP⁶² et qui constitue les différentes activités nécessaires à la gestion de l'épidémie. En d'autres termes, il s'agit de :

- ✚ Stopper l'épidémie : cette première étape concerne l'ensemble de mécanismes mis en œuvre pour rompre les chaînes de transmission de la maladie. Pour ce faire, il est procédé à l'identification et à la recherche des cas de personnes atteintes de la maladie Ebola et de les isoler dans des centres spécialisés, mais également prendre en charge la question des inhumations afin de les réaliser en respect au protocole de gestion des risques.

⁶² La stratégie STEPP constitue la déclinaison opérationnelle de la feuille de route pour la riposte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest défini par l'OMS à partir d'août 2014. L'acronyme signifie : STOPPER la flambée, TRAITER les personnes infectées, assurer (ENSURE) les services essentiels, PRÉSERVER la stabilité et PRÉVENIR d'autres flambées dans les pays encore préservés

- ✚ Traiter les personnes infectées : cette étape qui constitue la seconde étape du processus, consiste à offrir aux personnes infectées, des soins à partir d'un traitement symptomatique au regard de l'absence de traitement spécifique contre Ebola. Cette étape s'intéresse également à renforcer la prévention et le contrôle des infections pour les acteurs de première ligne, c'est à dire en particulier le personnel de soins et les équipes de sanitation et de gestion des corps qui sont en contact direct avec les personnes infectées.
- ✚ Assurer les services essentiels : dans un contexte d'instabilité sociopolitique et de crise économique provoquée par la situation sanitaire, il importe pour les acteurs de penser à des mécanismes de prise en charge des besoins essentiels des communautés afin d'éviter une cristallisation de la crise. Un accent particulier va donc être mis sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les zones infectées. Les pratiques de gestion de l'épidémie impliquant à des moments une sédentarisation des populations (confinement, quarantaine, etc.) limitent les activités économiques et impactent sur le quotidien de ces derniers. À cet effet, l'acceptabilité de ces pratiques de gestion de l'épidémie nécessitait donc des mesures d'accompagnement. Au-delà des aspects nutritionnels, il importait également d'accentuer les interventions vers une remise à niveau des systèmes de santé qui se voit paralyser par l'épidémie. La priorisation de la gestion de l'épidémie va conduire à une négligence des autres besoins de santé dans les pays concernés par l'épidémie. Il va s'observer une recrudescence de certaines pathologies. La peur d'être confondu à un malade d'Ebola, en raison des signes cliniques (fièvre, diarrhée, vomissement, etc.) partagés par différentes maladies dans cette zone ainsi que l'appréhension des établissements de santé comme lieu de contamination, va favoriser une défection massive des populations vis-à-vis des structures de santé.

« D'abord beaucoup d'agents de santé ont déserté les centres de santé pour travailler dans les centres de traitement d'Ebola. Normalement, chaque année il y a des campagnes d'éradication à la fois des moustiques, mais aussi de distribution de moustiquaires spéciales, on appelle ça les moustiquaires imprégnées, qui sont imprégnées notamment de perméthrine qui est un produit qui tue les moustiques par contact. Donc toutes ces campagnes n'ont pas eu lieu. En outre il y a eu beaucoup de contamination au sein des centres de santé, ce qui fait que les patients malades ne se sont pas rendus dans les centres de santé par peur d'être contaminés et enfin, il y avait une telle peur des populations vers le dispositif de prise en charge d'Ebola que

et toute fièvre laissant penser qu'éventuellement que vous étiez malade d'Ebola, les patients au lieu d'aller se faire soigner sont restés chez eux, or parmi ceux qui sont restés chez eux, il y avait des patients d'Ebola, mais il y avait aussi des patients du paludisme. » **Frédéric Le Marcis, spécialiste de l'Afrique et professeur en anthropologie sociale à l'ENS Lyon répondant à une interview sur la radio chrétienne francophone (RCF)**

- ✚ Préserver la stabilité : afin de permettre une bonne prise en charge de l'épidémie, il devenait essentiel d'assurer une fourniture fiable de matériel et d'équipement pour répondre à la demande logistique consécutive aux activités engagées. En outre, il importait également de développer une mobilisation sociale et envisager l'option d'une participation des populations aux actions de lutte contre Ebola. Pour finir, la question de la communication s'exprime également en axe prioritaire avec l'intérêt d'une plus grande diffusion des messages de sensibilisation sur la maladie qui se développe dans un espace où elle reste peu connue.
- ✚ Prévenir les flambées épidémiques dans les pays jusqu'à présent épargnés : il s'agit ici de développer des actions préventives en vue de préparer les pays n'ayant pas encore fait l'épreuve de l'épidémie de disposer de mécanisme de prévention et de lutte. Le renforcement des mesures de contrôle sanitaires au niveau des frontières ainsi que la vigilance en matière de surveillance épidémiologique deviennent de fait une priorité pour les différents pays.

Afin d'opérationnaliser cette stratégie, le système des Nations Unies va responsabiliser l'OMS pour l'organisation des actions d'urgence en réponse à l'épidémie d'Ebola. C'est ainsi que l'OMS va mettre en place à partir du 19 septembre 2014 la Mission des Nations Unies pour l'Action d'Urgence Contre Ebola (MINUAUCE) suite à l'adoption à l'unanimité de la résolution 69.1 de l'assemblée générale et de l'adoption de la résolution 2177 du conseil de sécurité sur l'épidémie d'Ebola.

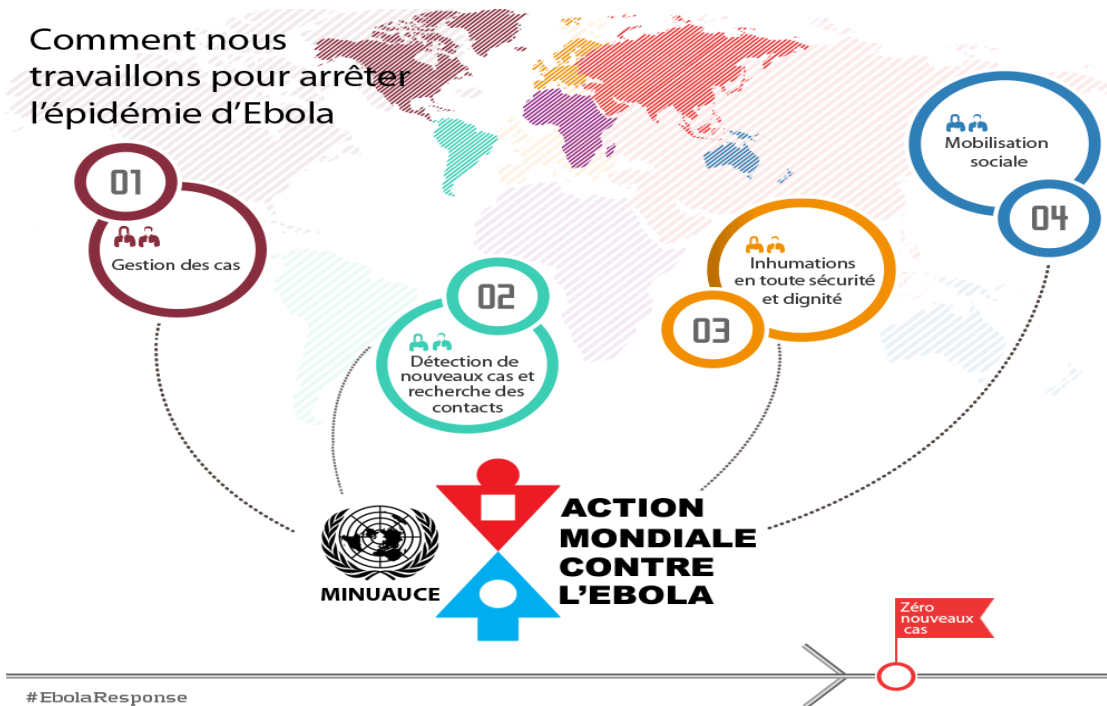


Figure 16 : Schéma des différentes étapes de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest défini par la MINUAUCE⁶³

En d'autres termes, on assiste à la définition de la part de l'OMS et des différents partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola, à la mise à agenda des différentes étapes à mettre en œuvre avec des objectifs spécifiques. Si cette démarche reste pertinente au regard des approches paradigmatiques de santé publique, elle correspond moins à l'agenda des populations qui sont beaucoup plus préoccupées par une offre de soins aux personnes malades au détriment de la limitation de la chaîne de transmission. Cette dissonance observée entre les agendas de la communauté d'une part, et les acteurs de la Riposte d'autre part, va conduire à un ensemble d'attitudes de défiance qui amplifie l'épidémie. En outre, la lecture de ce schéma permet de comprendre la place que le dispositif accorde à la question de la mobilisation sociale.

On comprend à travers ce tableau que l'intervention consiste d'abord à gérer les cas de malades en les isolant dans des unités spécialisées pour le cas d'espèce d'épidémie comme Ebola, puis

⁶³ https://img-ebolaresponse.un.org/sites/default/files/infographie-1-4-ways_0.png

d'organiser les activités d'identification et de recherche nouveaux cas à travers une stratégie de surveillance des communautés, ensuite d'appliquer les procédures de gestion des corps en tenant compte des protocoles de biosécurité et enfin de mobiliser les communautés pour faire de la communication. Cette approche de gouvernance remet en exergue un problème de paradigme dans la gouvernance des épidémies. Il se structure dans cette approche une forme de médicalisation des épidémies qui, plus que des problèmes biomédicaux, constituent des « processus sociaux » (Schoepf, 2004). Il s'observe également que cette approche de gouvernance ne considère pas les communautés comme des acteurs des problèmes qui les concernent directement et ne leur reconnaît pas dans le même sens des capacités d'action. Cette absence de reconnaissance de l'ingéniosité des populations, de leur expertise et leur capacité de résilience, influence le développement de formes d'engagements citoyens orientés vers la revendication et le besoin de reconnaissance.

1.2.1 Les cadres de gouvernance de l'épidémie

La réponse des acteurs de l'épidémie Ebola en Guinée s'est organisée autour d'un ensemble de cadres définis pour identifier et orienter les activités de la Riposte contre la maladie. La déclinaison locale de la stratégie STEPP en Guinée va se traduire par la mise en place d'un ensemble de cadre et de mécanismes de gestion de l'épidémie, élaborés à partir du modèle de la décentralisation qui se décline suivant différentes échelles : macro, méso et enfin micro. De plus, elle va a-également s'observer sous des formes multiples dont une lecture ethnographique permet d'en saisir les pratiques.

1.2.1.1 Les réunions de coordination

Les réunions de coordination sont une activité mise en place par les différents acteurs de la Riposte afin de suivre et d'apprécier l'évolution des différents efforts consentis dans le cadre de lutte contre l'épidémie en cours. Elles sont organisées suivant l'architecture même de l'organe national de lutte contre l'épidémie d'Ebola. En d'autres termes les réunions de coordination sont mises en œuvre au niveau des instances nationales, régionales et préfectorales de coordination de la Riposte. Elles sont organisées de manière quotidienne à partir de 07 heures 30 mn ou 8 h selon les modalités définies dans chaque cadre, mais se déroulent en général en début de journée pour faire un

débriefing des différentes actions entreprises par les acteurs sur le terrain. Au cours de ces séances, les différents acteurs impliqués en fonction des échelles se rencontrent pour faire un état des stratégies de lutte mises en œuvre et définir des mécanismes de gestion des défis. Un document de rapportage plus connu sous l'acronyme « Sitrep » est documenté et partagé aux différentes échelles du dispositif afin de partager l'information permettre à tout un chacun d'avoir une vue sur les évolutions de la situation. Cet outil constitue également un mécanisme de suivi des différentes interventions en cours mis en œuvre par les acteurs impliqués. Les réunions de coordination sont présidées par les responsables des démembrements techniques de la Riposte suivant les différentes échelles de la gouvernance. Au niveau de la préfecture par exemple, les Préfets les président de concert avec le coordinateur préfectoral de la Riposte.

Ce qu'il convient de préciser également, et cela au regard des observations faites au niveau des préfectures de Coyah et à Forécariah est qu'à partir d'un moment de la lutte, les directeurs préfectoraux ont été relégués au second plan dans le cadre dans la gouvernance de la Riposte dans leur aire de responsabilité sanitaire. Dans les deux localités précisément, on va assister au transfert des coordonnateurs qui ont géré la Riposte en région forestière pour venir conduire les activités dans cette zone. Même si les raisons de ces pratiques trouvent des rationnels dans l'incompétence à faire face à une telle entreprise pour certain du fait de leur profil (pas épidémiologiste, pas d'expérience en gestion de crise sanitaire) ou des questions question de sanction (détournement de denier public), on va assister au retrait de la gestion de l'épidémie à ces derniers, dont les aires de santé, sont, comme pour le dire de manière ironique, mises sous tutelle. Même à l'échelle nationale, la question du leadership de la gouvernance de l'épidémie a été expropriée au ministère de tutelle pour être mise en œuvre par un organe dédié, érigé spécialement pour l'occasion. L'érection de la coordination de lutte contre Ebola vient s'afficher comme une forme d'extraction d'une parcelle de pouvoir au ministère de la Santé. En dépit de tout cela, on constate qu'il n'existe même pas de rapport fonctionnel entre le ministère de la Santé et la coordination dont le responsable nommé par décret présidentiel rend compte directement à ce dernier.

1.2.1.2 Les plateformes ou clusters

Les plateformes ou clusters sont des cadres mis en place par les différents acteurs impliqués dans la Riposte à l'épidémie d'Ebola. Elles sont définies en fonction des domaines d'intervention et

réunissent l'ensemble des acteurs qui y interviennent. Cette dynamique connue par la Riposte répond aux déficits d'impact des interventions éparses et des actions singulières développées par les différents acteurs impliqués. En d'autres termes, le manque d'efficacité dont font montre les stratégies isolées des acteurs va pousser le dispositif à se reconfigurer.

« E : ok, ok mais au début quand on discutait un peu vous avez parlé de, de cette expérience en situation d'urgence c'est n'était pas la première fois que vous en tant qu'organisation ou les autres partenaires vous intervenez dans les situations d'urgence ?

R : Non, tu sais chaque situation d'une urgence est un spécifique surtout la maladie à virus Ebola qui était un cas encore vraiment très spécifique pour la Guinée parce qu'on n'avait jamais connu euh une telle maladie tu as vu non, mais si c'était le choléra, les gens étaient habitués un peu à régir par rapport au choléra parce que c'est vraiment une épidémie qui a été vraiment très récurrente en Guinée, c'est ces derniers temps qu'on en parle pas, sinon dans les années 2006, 2007, 94, jusqu'en 2007 tu as vu non, donc fréquemment les gens avaient chaque année donc, la Riposte là c'est comme si c'était dans le quotidien des gens quoi, et ça c'était connu, mais la maladie Ebola était ignoré pratiquement par tout le monde, et c'est pourquoi les gens ont véhiculé des messages qui n'étaient en cohérence avec la Riposte qui ont contribué même à aggraver la maladie, à aggraver la réticence des gens, il y a eu des coups de poing ici ; il y a la base qui le connaît parce que nous on a eu des sérieux problèmes pour nous intégrer à Forécariah ici parce que c'est on intervient à Forécariah, on a eu des sérieux problèmes, nos animateurs ont été vraiment des gens qui ont rencontré pas mal de difficultés sur le terrain, mais qui ont su s'adapter et vaincre les obstacles, mais sinon au début c'était compliqué. » **IDI_Point Focal TDH, Coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Coyah_Mars2 016**

Le 25 novembre 2014, le Dr Sakoba Keita va diffuser une note de service de la coordination nationale de lutte contre Ebola portant sur la réorganisation des différents axes d'intervention de la lutte. Dès lors, l'OMS va avoir pour tâche d'intervenir dans le domaine de la surveillance, du laboratoire, de la recherche et de la prévention de l'infection. L'UNICEF pour sa part est réconforté dans sa position de leader du volet mobilisation sociale et communication. Le PNUD hérite quant à lui de l'ensemble des questions sécuritaires et de la gestion financière du dispositif alors que le

volet logistique et les transports sont sous la bannière du PAM. Pour ce qui concerne la société civile internationale, MSF est investie en leader de la prise en charge et la Croix-Rouge se voit affecter les opérations de sanitation et de gestion sécurisée des enterrements.

« Au début c'était difficile, mais avec les différentes réunions de la coordination, avec la cellule de lutte contre Ebola avec Docteur Sakoba tu as vu l'État a commencé à prendre vraiment des mesures efficaces pour harmoniser tu as vu non même les messages clés qu'il fallait diffuser, par après on a cherché à rédiger les types de messages, à les harmoniser, à les donner aux bailleurs des directives. Je dis bien avant c'était vraiment du n'importe quoi hein, ça il faut le reconnaître quoi, mais au fil du temps on a cherché à harmoniser les choses quoi, même les messages qu'il fallait diffuser, même les sermons dans les mosquées, dans les églises bref finalement il y avait un comité qui est chargé de gérer tout ça tu vois non... on parlait dans des endroits où on est censé intervenir on trouve d'autres partenaires tu vois. Donc l'harmonisation des interventions n'a pas été bien réfléchi au début quoi c'est pourquoi il y a eu par endroit des duplications, tu vois différentes institutions qui font la même chose dans un endroit ce n'est pas normal, alors qu'il y a des zones qui sont dans le besoin qui n'ont rien quoi. **IDI_Point focal Plan Guinée, Coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Coyah_Mars 2016**

1.2.1.3 Les interactions entre les acteurs

Les cadres de gouvernance que nous venons de décrire plus haut, sont des instances ou interagissent dans le cadre de la Riposte à l'épidémie d'Ebola en Guinée, différentes catégories d'acteurs. Ainsi, on retrouve dans ces cadres les humanitaires, les organisations de développement, les acteurs à base communautaires ainsi que les services décentralisés et déconcentrés de l'État. Dans cette logique, il va s'observer dans le cadre de leur interaction, une confrontation des différents pouvoirs dont sont investis les différents acteurs.

Il importe de faire un rappel sur les modes d'implication des acteurs dans les cadres d'intervention. À la suite de l'appel lancé par les gouvernements des pays concernés par l'épidémie, mais en particulier la déclaration de l'épidémie d'Ebola comme une urgence sanitaire de portée internationale par l'OMS en août 2014, on a assisté à la mobilisation de différents acteurs. En rapport avec la réponse à l'appel à assistance également, il va s'observer que chaque acteur va

venir pour mettre en œuvre une intervention en lien avec son domaine de compétence. En d'autres termes, certaines organisations venaient sur le terrain avec un projet d'intervention déjà ficelé et qui, à des occasions, pouvaient ne pas correspondre aux besoins sur le terrain.

Cette situation s'explique par la manière dont les acteurs qui viennent répondre à l'appel de la Guinée sont déployés sur les localités. Il devenait dès lors primordial au regard des modes de financement basé sur les résultats (FBR) que ces organisations mettent en œuvre les activités pour lesquels elles ont reçu des financements, mais également de mettre en avant la visibilité de l'institution réduisant dans la même perspective la possibilité d'adapter l'offre à la demande. C'est en raison de cela qu'aux premiers moments de l'épidémie à Coyah par exemple, on va assister à une duplication des activités : la plupart des acteurs présents dans la préfecture développent des activités de mobilisation sociale et de distribution de kits d'hygiène et érige la participation communautaire en principe actif prioritaire, car étant une des conditions d'octroi de financement par les bailleurs.

« Comme tu le sais la relation entre nous c'est carrément une relation de partenariat quand nous sommes venus on a présenté notre programme au directeur préfectoral de la santé qui déjà ne nous a jamais refusés, qui ne va jamais aussi apporter des suggestions significatives et comme je tiens aussi à rappeler que c'est vrai c'est n'est pas de sa faute parce que les projets sont déjà préconçus selon ce que le bailleur veut sous la base de l'évaluation qu'on fait sur le terrain même pas sans tenir compte de l'avis des directeurs de la structure parce que quand Ebola est venue tout le monde courait dans tous les sens ; donc chacun se positionnait sur ce qu'il pouvait faire, donc quand on a eu des projets par-ci par-là on est venu, c'est une convention, un partenariat qui nous lie avec le ministère de la Santé en global et la DPS en particulier » **IDI_Responsable ONG, Coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Coyah_Mars 2016.**

Le caractère vertical à travers lequel se configure l'implication des acteurs produit des effets peu productifs et conduit même dans une certaine mesure à une faible efficacité des interventions. En outre, les formes d'implication de ces acteurs trouvent un rationnel dans le discours de ces derniers qui au nom de la situation d'urgence considèrent qu'il est plus important de se mettre à développer les interventions que de travailler à une harmonisation. Par contre, on verra et de manière assez

rare, des organisations avec des modes de financement beaucoup plus souple tel que l'IMC qui était venu au départ pour mettre au niveau de Coyah un centre de traitement Ebola, réorienter ses ressources vers les activités de prévention et de contrôle des infections.

L'International Medical Corps (IMC) va donc s'atteler à organiser et à former les agents au niveau des unités de triage mis en place au niveau des entrées des différents établissements de santé publique afin de prévenir la transmission nosocomiale et travailler sur un système de détection précoce des cas de malades d'Ebola. On peut également rapporter l'exemple de l'ONG Première Urgence Aide Médicale Internationale (PU AMI) dont l'intervention a été définie à partir de l'analyse des types d'intervention déjà mis en œuvre par les partenaires français (MDM, ACF, CRF, etc.) ainsi qu'une investigation préalable dans les zones d'intervention ciblées pour orienter le projet. C'est en raison de cette approche que l'ONG va très tôt s'intéresser à la réhabilitation des établissements de santé avec un volet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), la Prévention Contrôle Infection (PCI), mais également un travail de médiation entre les communautés et les formations sanitaires dans un contexte marqué par une désaffection des structures de santé considérées par une partie de la communauté comme l'endroit par excellence pour être infecté ou être détecté comme personne porteuse d'Ebola.

Cependant au-delà des différences d'approche mues par les modes de fonctionnement des institutions ou encore les modes de financement qui pour certains sont assujettis au besoin de résultat, il est important de noter également que la temporalité à partir de laquelle arrive une institution dans la Riposte est significative dans son mode d'implication et d'intervention. En d'autres termes, on peut constater que les premières organisations qui sont arrivées en début de l'épidémie, mais aussi dans la phase critique, constituée par la recrudescence de l'épidémie à partir de l'été 2014, se sont beaucoup retrouvées dans une quasi-absence d'organisation de la Riposte et un contexte de trouble sanitaire et sociopolitique qui donne peu de temps aux acteurs. Dans cette période précisément, l'enjeu réside dans le seul objectif d'endiguer l'épidémie et d'éviter qu'elle ne devienne une menace pour le monde. Il aura fallu attendre le mois de septembre 2014 donc pour que l'État de la Guinée reprenne le leadership de la lutte et organise, autour de la coordination nationale de lutte, les différentes interventions développées en réponse à l'épidémie d'Ebola.

1.2.2 La question de la pérennisation au centre des interactions

S'il y a un élément qui permet de distinguer la capacité d'action des organisations internationales, venues en réponse à l'appel à assistance des pays concernés par l'épidémie d'Ebola, c'est bien leur disponibilité financière. Pour le dire autrement, les différents acteurs impliqués dans la réponse à l'épidémie ont bénéficié d'une importante capacité financière leur permettant de mettre en œuvre un ensemble d'interventions nécessaires à lutte contre l'épidémie. Cependant, il va très rapidement s'observer un très grand écart entre les capacités locales des pays concernés par l'épidémie et les capacités des organismes et institutions étrangères impliqués dans la lutte. Rien qu'en terme logistique, on constate que les différentes interventions se réalisaient avec la mobilisation d'un parc important de véhicules 4x4 permettant d'accéder à des localités qui en raison de la faiblesse en infrastructures routières rendait difficile l'opérationnalisation de la couverture sanitaire. En sus, les formations sanitaires se sont vues doter en équipement et produits essentiels qui jusque-là constituaient une limite à l'accès aux soins pour les populations. On constate que certains établissements sanitaires ne disposaient même pas gants ou d'équipement de protection pour le personnel de soin, entretenant ainsi les risques de contamination nosocomiale.

Au-delà, on va également assister à la démultiplication des acteurs sanitaires et à une gratification du niveau communautaire de la santé. Que ce soit dans le modèle des structures communautaires l'engagement des communautés promues par les organisations de développement local. Les activités programmatiques qu'elles développent et qui ont une durée de vie inscrite dans un temps restreint conduisent très souvent les ONG et autres structures du monde du développement à observer des pratiques de gratification de l'engagement des communautés. En témoigne aujourd'hui la digression produite dans le programme des agents communautaires. Ce programme à la base pensée à partir des conclusions de la conférence d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires et conforté par les résolutions de l'initiative de Bamako relatives à la décentralisation des soins a nécessité l'implication de nouvelles catégories d'acteurs dans le système de santé afin de décentrer l'offre de soin avec une base communautaire. Par contre, les pratiques d'usage de ces catégories d'acteurs avec une démultiplication de programmes et politiques de santé ont fini par en faire un groupe stratégique incontournable et qui du fait des pratiques décalées, c'est-à-dire les formes de gratification directe ou indirecte, les conduisent à travestir le principe du bénévolat communautaire.

Cependant, même si la mise à disposition de ces différents moyens permettait de répondre à la situation spécifique que définit l'épidémie, il importe au regard des modes d'intervention de réfléchir déjà à la pérennisation des différentes interventions développées en vue de répondre aux manquements des systèmes de santé ayant d'une certaine manière conduit les pays à observer une épidémie d'Ebola pendant plus de deux années successives. En parlant même de la question de la pérennisation, il devient prétentieux de s'aventurer à faire une analyse au regard de l'histoire encore récente d'Ebola en Guinée et des différentes formes de mobilisation des communautés. Cependant, l'observation de certaines pratiques et des effets induits fonde tout un intérêt autour de l'observance des mesures préventives et de gestion des questions de santé de manière globale.

Comme cela a pu être notifié dans différents rapports sur la situation sanitaire de la Guinée, il a été observé le recul d'un ensemble de maladies à caractère endémique dans le pays à l'instar du choléra qui se manifestait de manière fréquente en Guinée. De l'avis des professionnels de santé, cette situation est la résultante de l'observance des pratiques d'hygiène par la population (lavage des mains à l'eau et au savon, chloration des eaux, etc.) pendant la période de l'épidémie malgré toutes les attitudes de défiance. On peut également distinguer le relèvement de la qualité au niveau des établissements de santé autant du point de vue de l'infrastructure que de la ressource humaine.

L'épidémie d'Ebola a paradoxalement été également une opportunité pour le système de santé de la Guinée de bénéficier d'une amélioration significative en matière d'infrastructures, d'équipement, mais surtout de renforcement de capacité de la ressource humaine. Par contre, l'observation de manière progressive de la disparition des kits d'hygiène autant au niveau des espaces publics que des ménages permet de constater un relâchement des populations face aux mesures d'hygiène, mais également de manière globale des différentes pratiques préventives développées au courant de l'épidémie. L'approche développementaliste à partir de laquelle est structurée la réponse à l'épidémie d'Ebola (Faye, 2017 a) conduit naturellement à un échec en cas de retrait des acteurs qui possèdent les moyens de sa survie réarticulant les rapports d'hégémonie envers les bailleurs de fonds et l'absence d'autonomie des pouvoirs publics.

« Pour de nombreux anthropologues, l'échec des projets de développement semble programmé. Selon les auteurs, il découle quasi mécaniquement du manque de connaissance des acteurs locaux, de finalités trop décalées par rapport aux réalités locales, quand ce n'est

pas du poids des acteurs dominants (bailleurs, État, pouvoirs locaux selon les cas) ou de la perversité structurelle du système d'aide et de son projet hégémonique. Selon une telle conception, les dispositifs d'aide, les agents de développement, leurs stratégies d'action, les pratiques effectives n'ont guère d'autonomie, et finalement guère d'intérêt ». **(Lavigne Delville, 2013)**

1.3 LES TECHNOLOGIES DE LA LUTTE CONTRE EBOLA EN GUINÉE

La Riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola s'est également illustrée à travers la mobilisation d'un ensemble de technologies. Certaines d'entre elles ont déjà eu à montrer des résultats prometteurs dans le contrôle de l'épidémie notamment les centres de traitement, les enterrements sécurisés, les mesures d'hygiène ainsi que les pratiques de communication. Elles ont dès lors été reconduites dans le cadre de la réponse à la nouvelle flambée de 2014 en Afrique de l'Ouest. Cependant, les caractéristiques particulières de l'épidémie d'Ebola en 2014 vont mettre à l'épreuve les différentes technologies dans des contextes géographiques et sociopolitiques différents des environnements où elles ont déjà fait l'objet d'expériences diverses.

1.3.1 Les Centres de Traitement Ebola (CTE)

La préfecture de Guéckédou abritera le premier CTE, cette superstructure développée par les experts de MSF spécialistes des maladies infectieuses, en particulier la maladie à virus Ebola dont ils ont l'expérience depuis une bonne dizaine d'années dans la région centre de l'Afrique (Piot, 2012 ; Patterson, 2015 ; Gasquet-Blanchard 2016). Le CTE s'est imposé comme forme de technologie de la Riposte dès la détection du virus en cause de l'épidémie en cours en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone. À Guéckédou, le CTE va être implanté au niveau de la direction préfectorale de la santé. Il intéresse de rappeler que cet espace a anciennement été utilisé dans le cadre de la lutte contre la trypanosomiase plus connue sous le nom de « maladie du sommeil » (Dozon, 1985 ; Lachenal, 2014 ; Le Marcis & Gomez-Temesio, 2017). Les centres de traitement Ebola sont des structures dotées de services médicaux pour la prise en charge des personnes atteintes d'Ebola. Un traitement symptomatique des déficiences d'organes y est offert aux patients dans le sens où, à ce jour, il n'existe pas encore de remède connu contre Ebola. Toutefois, un ensemble d'initiatives est en cours avec la multiplication des essais vaccinaux qui sont réalisés par les industries pharmaceutiques qui produisent des résultats assez prometteurs.

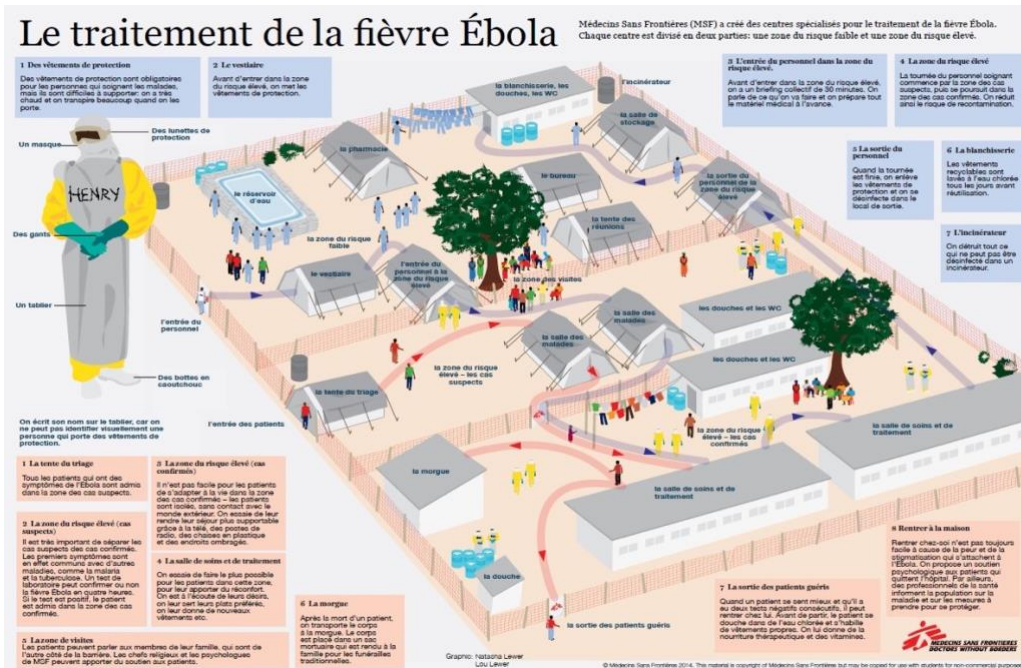


Photo 9: Image de présentation d'un centre de traitement Ebola (Médecins Sans Frontières, 2014)

1.3.2 Les Enterrements Sécurisés

Il s'agit d'un protocole de l'OMS défini en octobre 2014 et portant sur les inhumations sans risque et dans la dignité pour les personnes décédées dans et en dehors d'un établissement de santé en période de flambée épidémique (OMS, 2014). Ce protocole a été mis en vigueur en Guinée depuis la déclaration officielle de la flambée épidémique d'Ebola dans l'espace territoriale. Les enterrements sécurisés constituent un mécanisme de gestion des corps de personnes décédées de maladie de type virale. Les cadavres sont quatre (4) fois plus contagieux que les personnes vivantes dans le sens où l'arrêt de fonctionnement du cœur occasionne un arrêt de la circulation sanguine et le corps devient ainsi un milieu de culture avec une capacité de multiplication rapide du virus du fait de l'absence de fonctionnement du système humain. C'est en raison de cette situation que les enterrements sécurisés ont été définis par l'OMS de concert avec la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), les organisations confessionnelles avec le Conseil œcuménique des églises, Islamic Relief, Caritas Internationalis et World Vision et se sont distingués en outil incontournable dans la Riposte au regard de l'ampleur du risque de contamination dont fait montre la gestion du corps d'une personne décédée d'Ebola.

Dans sa conception, le protocole des enterrements sécurisés prévoit la prise en compte à la fois des principes de biosécurité relatifs à la maladie en question, mais tient compte des aspects culturels en rapport aux pratiques locales de gestion de la mort. Pour ce faire, il a été prévu dans la réalisation de cette activité, une présence d'un représentant de la communauté religieuse du défunt, le respect ou l'adaptation de certains rituels, telle que la pratique des ablutions sèches pour les musulmans, ou la réalisation des prières funèbres pour les chrétiens au-delà des membres de l'équipe technique. En Guinée, ce volet qui constitue l'un des grands piliers pour stopper la diffusion de l'épidémie va être délégué au mouvement de la Croix-Rouge avec ses antennes locales appuyé par les agents de la protection civile.

Cette dynamique est née des difficultés liées aux pratiques de gestion des corps dans les précédentes épidémies de type Ebola. Les pratiques de crémation des corps, d'enfouissement dans des tombes communes entre autres ont difficilement été acceptées par les communautés. En d'autres termes, la mise en avant des principes de biosécurité dans la gestion des corps de personnes décédées de maladie virale au détriment du respect des pratiques culturelles et rites de gestion de la mort ont souvent été à l'origine d'attitudes de défiance entre les acteurs et les communautés. S'il est attesté que les cérémonies funèbres sont aujourd'hui considérées comme les moments à risque de contamination les plus importants dans le cas de flambée épidémique, l'introduction d'un mécanisme de gestion acceptée par les communautés devient un incontournable de la lutte. En outre, l'instauration de tel protocole permet d'éviter des pratiques communautaires de gestion des corps favorables à l'émergence de l'épidémie.

« Ce qui était important dans ce nouveau protocole était d'introduire non seulement des techniques d'inhumation sûres en matière de biosécurité, mais aussi des techniques d'inhumation qui pourraient être acceptées religieusement par les différentes communautés et les personnes. Donc on a discuté en profondeur avec les chrétiens et les musulmans sur les rituels habituellement réalisés pour les personnes qui meurent dans un contexte normal et on a regardé comment on pouvait rester sûr, mais aussi donner un enterrement digne aux victimes d'Ebola en s'assurant que le protocole respecte au moins en partie les rituels pour les chrétiens ou les musulmans » **Dr Pierre Formenty, OMS, novembre 2014.**



Photo 10: Préparation du corps d'une personne décédée d'Ebola par les équipes d'enterrement sécurisé de la Croix-Rouge (Pete Muller, août 2014, Sierra Leone)

1.3.3 Les pratiques d'engagement communautaire contre Ebola en Guinée

À la suite de la recrudescence de l'épidémie d'Ebola en Guinée durant l'été 2014, l'intérêt d'impliquer les communautés dans les activités de Riposte s'est imposé comme un élément incontournable de la lutte contre Ebola. Dès lors, la Riposte va faire de l'engagement des communautés son nouveau cheval de bataille face à la maladie à virus Ebola qui ne cesse de mettre en exergue les limites des technologies de lutte jusque-là mises en œuvre. Le principe de la participation communautaire n'est pas un élément nouveau dans les modes de gouvernance de l'action publique. Depuis la conférence d'Alma Ata, l'implication des communautés dans la gestion des questions de santé est devenue un axe prioritaire dans la définition des politiques de santé publique. Si l'intérêt du principe de la participation est de mieux en mieux reconnu dans le cadre des projets de développement, son intégration dans le domaine de la réponse médicale et sanitaire en urgence pose des problématiques actuelles.

L'exemple de la gestion de la crise sanitaire en Guinée avec l'épidémie à virus Ebola remet à l'heure l'intérêt de l'analyse de cette problématique. Cependant, l'approche socio-anthropologique que nous proposons est de lire la participation communautaire comme une technologie mobilisée

dans le cadre de la gouvernance de l'épidémie Ebola en Guinée. La mise en œuvre de ce choix va se matérialiser de manière concrète par la création de structures ou la mobilisation d'un ensemble d'acteurs au nom du principe de participation communautaire. Ainsi, à la suite des recommandations de la réunion de l'unité de coordination de la communication et de la mobilisation sociale en date du 10 décembre 2014, il a été procédé à la mise en place dans chaque village ou quartier, un Comité de Veille Villageois ou Comité de Veille de Quartier, mais également une mobilisation de la société civile locale. Comme le souligne Faye (2017a), « cette approche d'implication des communautés promue par l'OMS, l'UNICEF et les acteurs de la Riposte, rappelle une perspective développementaliste des années 1990, visant à impliquer les villageois dans les programmes liés à leur développement, en les mobilisant par le biais de structures comme les comités de santé (Fassin et Fassin, 1989) ou les comités d'usagers d'eau (Gomez Témésio, 2014) ».

À ce titre, il convient de rappeler qu'avant l'avènement des comités de veille érigés dans le cadre de la Riposte contre l'épidémie comme structure à base communautaire, il existait en Guinée des structures dénommées les comités de santé et qui sont des cadres d'implication des communautés dans la gestion des questions de santé au niveau local. Cette approche est la résultante des différentes politiques de promotion des communautés comme acteur de la santé. Ainsi depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 suite à la conférence internationale sur les soins de santé primaires⁶⁴, la conférence de Helsinki et plus récemment dans l'Initiative de Bamako, les États signataires de ces accords ont décidé de décentrer et d'impliquer les communautés à la base dans l'organisation, la planification et le fonctionnement des systèmes de soins. Les comités de santé sont dès lors composés des membres de la localité qui participent aux des programmes de soins de concert avec les professionnels de santé. Au-delà de leur existence, la fonctionnalité ou l'implication effective des comités de santé reste peu perceptible. Ces structures du fait de leur inactivité n'ont même pas été mobilisées à l'occasion de la lutte contre l'épidémie d'Ebola. Le dispositif a plutôt mis en avant l'implémentation de ces propres structures ou contractualisé avec

⁶⁴ <https://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-Encadres-2.2-FR.pdf>

d'autres structures qu'il considère plus aptes à lui permettre de faciliter sa maîtrise des communautés.

Par contre, au niveau des communautés elles-mêmes, on va observer des formes d'implication spontanées qui se distinguent des formes suscitées par la Riposte. Les formes multiples de l'implication de la communauté qui s'observe dans le cadre de l'épidémie d'Ebola en Guinée conduisent Faye à faire usage du concept de grammaire pour en faire une lecture.

« Les déclinaisons multiples de la participation communautaire justifient amplement l'usage du concept de "grammaire" dans le cadre de cet article. Étymologiquement, ce concept désigne un ensemble de normes, de règles implicites et explicites des manières d'écrire et de parler (actions et usages sociaux). Ces règles conventionnelles sont variables suivant les époques et les contextes sociohistoriques. Elles renvoient ainsi à ce que Bourdieu appelle le "sens pratique". Dans le cadre de cet article, nous utilisons ce concept non pas seulement dans sa dimension de règles conventionnelles : il ne s'agit pas ici d'insister sur les seules règles explicites de la participation comme la référence permettant d'en identifier les fautes, les incohérences grammaticales, les écarts... Il s'agit aussi d'être attentif à d'autres règles plus implicites de la participation, qui se déclinent dans les pratiques des acteurs et les dynamiques communautaires visant à apporter une réponse à l'épidémie d'Ebola. Rendre compte des confrontations de cette multiplicité des manières d'écrire, de faire, de parler de la participation communautaire permet de souligner le paradoxe de certaines d'entre elles et d'éclairer la compréhension des réactions violentes observées lors de l'épidémie. » (Faye, 2017a)

1.3.3.1 Les mobilisations suscitées par la Riposte

Il a été noté un ensemble de structures à base communautaire qui ont été générées par la Riposte. Dans l'optique d'une implication de la communauté dans la prise en charge de l'épidémie de maladie à virus Ebola, l'unité de communication et de mobilisation sociale de la coordination nationale de lutte contre Ebola a sorti une note de service pour la mise en place d'un comité de veille dans chaque village ou quartier du pays. Le Comité de Veille Villageois (CVV) en milieu rural et le Comité de Veille de Quartier (CVQ) dans la ville de Conakry sont selon l'article 2 de la note de service n° 0034 CNRMVE/2014 portant attribution et organisation du comité de veille,

des structures communautaires de sensibilisation et de mobilisation sociale. Les comités de veille constituent en d'autres termes, le niveau communautaire de la Riposte dont ils mettent en œuvre la politique. Au-delà des CVV et CVQ, on assiste également à la création d'unités opérationnelles à Conakry et de comité de levée des réticences (Coyah, Forécariah) ainsi que des plateformes sous-préfectorales à Forécariah.

La mise en place de ces structures à base communautaire renvoie à la promotion du leadership de certaines catégories au niveau des communautés dans la conduite des activités de prévention et de protection face au contexte épidémique. Loin de constituer une nouveauté, la mise en place de structures à base communautaire ont connu des expériences dans le cadre de flambée épidémique d'Ebola en RDC où comme le souligne Faye (2017a), « les communautés ont été proclamées dans l'identification, et le traçage des cas de maladie à virus Ebola, dans l'isolement et la prise en charge des malades atteints d'Ebola et dans la conduite des enterrements sécurisés sans risque ». Lors de son allocution, à l'occasion de la mise en place des comités de veille à Forécariah en septembre 2014, le Président du CNOSCG déclare que « Le programme des CVV est implémenté avec la communauté, pour les communautés et par la communauté. En tant que société civile, nous sommes des serviteurs des communautés ; notre rôle est de faciliter aux populations la compréhension et l'appropriation de ce processus important ».

L'initiative répond à une revendication et une critique des communautés en rapport aux catégories d'acteurs impliqués dans les activités de mobilisation sociale et de gestion de l'épidémie. L'implication d'acteurs étrangers à la communauté a été souvent remontée comme obstacle à la bonne interaction entre les communautés et le dispositif. Cet état de fait renforçait le poids des rapports de méfiance traduit en attitude et comportement de défiance vis-à-vis des catégories d'acteurs considérés comme illégitimes aux yeux de la communauté. Ce réflexe de repli sur soi et de recours vers les personnes considérées comme légitimes va s'observer dans la capacité des ressortissants basés au niveau des villes ou à l'étranger à être au cœur des dynamiques communautaires. C'est la période où les « sms » ou encore les sermons des Imams dans les mosquées sont devenus les canaux de communication les plus usités pour partager des informations sur l'épidémie ou haranguer les communautés à s'opposer aux équipes d'intervention.

Sous ce rapport, il devenait de plus en plus opportun d'impliquer les communautés en tant qu'acteur de la Riposte. Les comités de veille seront donc proposés à cet effet comme forme d'implication des communautés. Ce dispositif regroupait des acteurs issus de la communauté et qui devraient mettre en œuvre des activités qui jusque-là étaient développées par des « étrangers ». Cependant, la conception normative et idéaliste des structures communautaires introduites par la Riposte caractérise les comités de veille comme une instance où les populations sont représentées par des personnes qu'elles désignent et qui sont censées prendre des décisions à leur nom. Cette posture s'observe même dans la configuration des comités de veille dont la composition est basée sur les représentants des différentes structures traditionnelles. La note de service précise à son Article 3 que le comité de veille s'appuie sur les structures traditionnelles, et est composé de 7 membres dont :

- ✚ Un représentant des religieux
- ✚ Un représentant des femmes
- ✚ Un représentant des jeunes
- ✚ Un représentant du comité de santé
- ✚ Un agent de santé communautaire
- ✚ Un représentant des tradithérapeutes

Le CVV était donc installé à l'échelle du quartier ou village et les sept (7) membres de la structure devaient développer les différentes activités de mobilisation, de surveillance et d'accompagnement des équipes techniques dans la zone. En d'autres termes, le CVV en zone rurale ou le CVQ en zone urbaine n'est rien d'autre qu'un prolongement ou une forme décentralisée du dispositif à l'échelle du village ou du quartier. Au-delà des tâches qui leur sont assignées, même la composition de la structure est définie par le dispositif. Ces derniers qui sont formés, technicisés et contractualisés par le dispositif qui leur offre même un salaire, se retrouvent dans la communauté en tant que promoteur des interventions du dispositif. Ainsi, environ 2500 comités de veille seront installés et mis en fonction dans les différents quartiers et districts de la Guinée par l'UNICEF et ces partenaires stratégiques en particulier l'antenne locale de l'ONG Plan International, le PNUD et le FNUAP. La mise en place des comités de veille a également nécessité le concours des autorités administratives qui ont délégué la tâche aux collectivités locales (maire,

chef de quartier, chef de district) pour désigner au sein des communautés qu'elles administrent, les personnes correspondant aux critères définis pour être membre des comités de veille.

Dans la note de service, il y est précisé que ladite composition est à titre indicatif et qu'elle pouvait varier en fonction des spécificités des localités, mais aussi que les membres devraient être investis d'une certaine légitimité en raison de leur représentativité et de leur influence dans la communauté. De manière pratique, les chefs de quartier ou de districts ont fait représenter dans ces instances des personnes de leur choix en l'absence de toute consultation des communautés. Les membres après sélection devraient être formés sur les différentes activités qu'ils devraient réaliser. Deux réunions sont prévues pour la structure au cours de la semaine afin de faire le point sur les activités réalisées et faire une évaluation de la situation de l'épidémie dans la zone d'intervention. Un superviseur est mis à disposition par la coordination préfectorale et est chargé de contrôler l'activité du comité de veille à qui on envoie un procès-verbal des différentes réunions organisées par le comité de veille. En dehors de la composition, un cahier de charges est défini pour les différents membres des comités de veille. Ainsi à l'article 2 de la note de service portant attribution et organisation du comité de veille, les activités suivantes ont été déclinées :

- ✚ La protection et la prévention
- ✚ L'identification communautaire des cas suspects
- ✚ La promotion des services de prise en charge disponible au niveau communautaire
- ✚ L'organisation des enterrements dignes, rassurants et sécurisés
- ✚ L'appui aux enfants vulnérables et personnes guéries
- ✚ La participation à la gestion des rumeurs, dénis et réticences
- ✚ La notification des décès communautaires
- ✚ La surveillance des mouvements de populations

Il importe de préciser que les CVV étaient au premier moment de leur mise en œuvre pensés sur le principe du bénévolat communautaire. Cependant face à la difficulté de la Riposte d'engager les communautés dans de tels cadres, des pratiques de rémunération de l'implication des communautés ont été développées. En raison des différentes tâches qui leur étaient assignées, les membres du comité de veille sont rémunérés mensuellement à hauteur de 500 000 GNF pour ceux des cinq (5) communes de la capitale Conakry et 400 000 GNF pour ceux de l'intérieur du pays.

L'urgence de la situation et la mortalité occasionnée par l'épidémie vont constituer autant d'éléments qui vont structurer le rationnel des pratiques de contractualisation et de rétribution des personnes mobilisées dans les comités de veille.

Le mandat de la gestion financière a été transféré aux ONG pour faire face aux pratiques de détournement de deniers publics, qui sont des pratiques courantes dans un pays marqué par une corruption notoire en particulier dans les services de l'administration publique. Les expériences négatives de gestion des ressources financières connues par l'UNICEF à Guéckédou avec le contrôle attribué aux collectivités locales ont nécessité une réorganisation en ce sens. Ainsi à Coyah par exemple, même si du point de vue administratif, les membres du comité de veille restent sous la responsabilité de la coordination préfectorale, le paiement des indemnités est sous la responsabilité de l'ONG Plan avec son antenne régionale qui a des obligations de rendre compte aux bailleurs de fonds en particulier à l'UNICEF qui est le leader de toutes les activités de mobilisation sociale dans le cadre de la Riposte et qui à ce titre met à disposition les différents financements.

Au-delà, la mise en œuvre de la participation communautaire comme option de gouvernance de la Riposte à Ebola en Guinée se traduit également en dehors des structures créées par le dispositif à savoir les Comités de Veille de Quartier (CVQ) en milieu urbain et les Comités de Veille Villageois (CVV) en milieu rural avec la mobilisation de structures ou acteurs déjà existants. On verra une implication particulièrement dans la prise en charge des paramédicaux avec les AC dans le cadre du suivi des contacts ainsi que les chefs de centre de santé⁶⁵ en ce qui concerne la supervision de proximité des AC. La société civile locale va aussi être mobilisée à travers le Conseil Nationale des Organisations de la Société Civile de Guinée (CNOSCG) et dans le même sens les ONG locales, scouts, les OCB (associations de jeunes, de femmes), les syndicats des

⁶⁵ Pas observé à Conakry où la supervision des AC est assuré par les équipes de l'UNICEF

transporteurs et motos-taxis, groupes des leaders religieux (ligue islamique), traditionnels (conseil des sages) et coutumier ainsi que les associations de sortis guéris⁶⁶ à un certain moment de la lutte.

L'implication des structures communautaires se décline en une réponse aux difficultés des acteurs humanitaires « étrangers » à interagir avec les communautés qui ne les reconnaissent pas et qui ne leur font pas confiance. Dans ce cas de figure, la mobilisation de ces structures composées de membres de la communauté constituait pour la Riposte, un gage d'acceptabilité sociale des activités de lutte contre l'épidémie. Il s'observe ainsi une réarticulation du modèle d'engagement des communautés dans les politiques et programmes de santé promu depuis les années 80. Comme le rappelle Faye (2017a), la mobilisation des structures à base communautaires est « fondée sur l'idée selon laquelle il serait plus facile de trouver les cas d'Ebola si un groupe de personnes, appartenant au village, se chargeait d'indiquer les familles ou une personne est suspectée de maladie afin que les agents puissent l'amener au centre de traitement Ebola (CTE) ».

Ils s'observent dans différentes localités du pays que les membres de ces structures communautaires chargés d'engager les communautés dans les efforts de lutte contre l'épidémie sont confrontés à des difficultés dans la mise en œuvre des activités qui leur sont dédiées. Dans les villages, certains membres des comités de veille ont même du mal à passer une communication sur Ebola au niveau des ménages. Remonter un décès communautaire pour demander l'intervention de la croix rouge devient très rapidement source de menace de mort. À Manéah par exemple, un membre CVV a été victime de violence physique de la part des membres d'une famille dont il a signalé le décès d'un parent aux équipes de la Croix-Rouge pour venir réaliser l'enterrement sécurisé. Ces derniers font l'objet de rejet et de critique quant à leur supposée implication dans un complot se traduisant par les gratifications individuelles de la part du dispositif dont ils font l'objet (500 000 GNF à Conakry dans les CVQ et 400 000 GNF pour les CVV à l'intérieur du pays). Au-delà, les attributs définis aux structures communautaires, donnant l'idée d'une police sanitaire ayant ainsi la capacité de contrôle et de sanction, conduisaient à établir une

⁶⁶ La mobilisation des sortis guéris résulte d'une volonté manifeste du dispositif de montrer aux communautés que l'on pouvait guérir de cette maladie qui au début de l'épidémie était considérée comme incurable.

distinction entre les communautés d'une part et les membres de ces structures d'autre part qui sont chargés de les contrôler, de les surveiller et de les dénoncer en cas de comportements qui ne répondent pas aux normes édictées.

« On a eu des problèmes. Les gens du quartier nous ont chassés ils nous ont abandonnés et traités comme des traitres, ils ont dit que c'est nous qui envoyons ces maladies-là ici et qu'on nous donne de l'argent pour contaminer les gens. » **IDI_Membre CVV_Nasser_CR de Wonkifong_Coyah_Mars 2015**

Dans le village de Mangata par exemple, la constitution même du CVV a été un problème dans le sens où les gens étaient réfractaires à participer dans une structure où « on te paye pour dénoncer les tiens ». En d'autres termes, la volonté de contrôle et de gouvernement des corps (Fassin, 2004) qu'impose la Riposte ne semble pas facilement transposable aux dispositifs locaux. Les activités de surveillance et veille communautaire ont été appropriées par les communautés comme des formes de dénonciation qui remettait en cause le système de solidarité communautaire. Cette situation de mise en confrontation des membres des CVV avec les communautés a été contreproductive dans le sens les informations sur les événements ne leur sont pas remontées et ces derniers sont confrontés même à la menace communautaire en cas de remontées des événements.

Dans d'autres localités comme à Bonfé, le principe de la contractualisation et du salariat va produire une logique opportuniste dans lequel on fait profiter parents, amis et connaissances. Ainsi, on retrouve dans les CVV les parents du chef de district (sa femme ou son enfant comme ce fut le cas à Bonfé dans la sous-préfecture de Wonkifong), les membres du bureau de quartier ou encore des partisans du chef de quartier (ce qui a plus été observé en milieu urbain avec les CVQ). Ceci va vite raviver les tensions et provoquer une décrédibilisation des catégories porteuses de la stratégie de l'engagement communautaire. Cependant, si le choix porté sur cette technologie est le fruit d'une revendication communautaire, on remarque que sa mise en œuvre ne produit pas à certains endroits l'engagement des communautés. Ces différentes attitudes et comportements de défiance développés par les communautés à l'endroit de ces acteurs renseignent d'une certaine manière sur l'état des ordres de légitimité mobilisés dans les structures communautaires suscitées ou créées par la Riposte. Il importe de rappeler que l'épidémie de maladie à virus Ebola se

développe en Guinée à la veille des élections présidentielles, contexte qui se distingue par une critique des élites politiques par les populations. Par conséquent, la mobilisation des légitimités classiques, en particulier les élites politiques, pour conduire les activités de mobilisation et d'engagement des communautés, connaît du mal à donner les résultats escomptés.

1.3.3.2 Le mouvement des scouts de Guinée, une structure mobilisée, mais qui revendique une autonomie dans son approche

Dans la description des pratiques de mobilisation par le dispositif, il convient de mettre en exergue l'expérience particulière du mouvement scout de Guinée. Si cette structure a été mobilisée par le dispositif, sa particularité réside dans le fait qu'elle ait été plus proactive. De jeunes gens en uniforme, foulard au cou, béret sur la tête, déterminés et engagés, voilà comment les scouts se définissent. Il est important de savoir que le scoutisme est un mouvement de jeunesse non gouvernementale à but non lucratif et qui cherche à travers des actions à instaurer des comportements citoyens chez les jeunes et ainsi favoriser un mieux vivre ensemble. Avant l'épidémie d'Ebola en Guinée, le mouvement scout s'est distingué son implication dans le développement d'activités de responsabilités sociales (reboisement, assainissement, lutte contre les IST VIH/SIDA, développement agricole, promotion de la bonne gouvernance, etc.). L'intervention du mouvement des scouts de la Guinée a été notoire dans la gestion de la crise. Ces derniers ont manifesté leur implication par l'originalité de leur manière d'intervenir.

L'épidémie d'Ebola qui a sévi en Guinée et qui a occasionné des milliers de cas de décès a plongé le pays dans une crise sanitaire sans précédent. D'une menace locale, elle a entraîné une urgence sanitaire de portée internationale poussant les pays affectés à déclarer la situation d'urgence sanitaire. Depuis cette déclaration, de nombreux efforts et ressources sont déployés pour freiner l'évolution l'épidémie. la méconnaissance et l'ignorance de la maladie, l'ignorance des interventions inhabituelles dans les districts, quartiers et villages, en particulier les interventions de la Croix-Rouge dans la gestion des alertes ont entraîné des attitudes dites « réticentes » dans plusieurs localités favorisant ainsi l'expansion du virus dans presque toutes les régions du pays ; ces attitudes s'expriment par les pratiques de dissimulation des malades, les enterrements nocturnes clandestins non sécurisés, refus de l'observation des activités de suivi des contacts, déplacement des cas contacts.

Les scouts ont dès lors avec l'appui de l'UNICEF ont initié un projet de mobilisation sociale à l'échelle du pays dénommé « Les scouts à l'avant-garde ». 295 délégués scouts ont dès lors été formés et déployés dans toutes les différentes préfectures du territoire de la Guinée ainsi que les 5 communes de Conakry. À partir d'une approche innovante, les scouts ont réalisé des activités inspirées des méthodes et stratégie scout, c'est à dire, la communication de masse via des projections vidéo sur la maladie Ebola, la mise ne place de centre d'écoute, les feux de camp, les journées olympiques, les carnivals avec fanfare, mais également des activités de communication interpersonnelle à travers des visites à domicile et les causeries éducatives. Les scouts se sont aussi investis dans la distribution de kits de lavage des mains. Les scouts ont également initié des réunions de plaidoyers à l'endroit des leaders afin de favoriser le dialogue communautaire. Les scouts ont ainsi mené des activités de mobilisation dans différentes localités sur l'étendue du territoire à travers l'utilisation de vidéo court métrage pour la sensibilisation les communautés afin de rompre avec les attitudes de « réticence » et ouvrir les localités qui se sont braquées contre l'intervention des équipes d'humanitaires. L'une des particularités des scouts a également été sa capacité permettre aux communautés d'exprimer leur opinion sur la situation qu'elle expérimente et à proposer des solutions aux différentes situations difficiles qui s'observent dans les localités.

Les activités des scouts se sont aussi beaucoup déroulées autour des feux de camp. Comme dans la majorité des cultures, le feu est synonyme de victoire, d'espoir et source de vitalité. C'est durant les feux de camp que les scouts faisaient des théâtres de forum ou des animations culturelles articulées à la sensibilisation sur Ebola, en utilisant le pouvoir sacré du feu pour mouvoir les esprits réticents, exaltés les âmes tristes et désespérées par la maladie. Il s'observe une très grande adhésion des populations à ces méthodes de communication qui s'intègre plus facilement à leur quotidien, ce qui se traduit par la levée de la réticence dans plusieurs villages. Les scouts ont également développé des activités de communication adaptées aux centres d'intérêt des populations. Ainsi pour atteindre la catégorie des jeunes, les scouts ont organisé des tournois de football et des activités artistiques, organisé des journées olympiques, suscitant ainsi une grande mobilisation des jeunes et un engagement de ces derniers dans les activités de lutte contre Ebola.



Photo 11 : Stratégies développées les scouts dans le cadre des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation sur Ebola (feux de camp, match de football, etc.), mars 2015.

Les scouts ont également organisé des marches dans différentes localités pour faire de la sensibilisation sur la maladie à virus Ebola à travers les langues locales. Ces activités ont surtout été mises en œuvre dans les localités où les attitudes de « réticences » ont été les plus vives conduisant même les équipes d'humanitaires à ne plus accepter d'y aller pour des raisons sécuritaires. Dans la préfecture de Coyah par exemple, le port des T-shirts avec l'effigie d'Ebola était devenu de plus en plus un risque dans certains quartiers à l'instar de Doumbouyah, Somayah, Kenkéten, Fily etc. Pour lutter contre ce fléau, le mouvement scout a réalisé une chaîne humaine en habillant plus de mille personnes avec des T-shirts Ebola et sillonné dans les ruelles de ces différentes localités pour apaiser les différentes tensions. La dernière stratégie des scouts a consisté à se rendre dans les ménages et à développer une communication interpersonnelle pour informer, écouter et observer les comportements des communautés et enfin apporter un soutien social conformément au programme de la coordination nationale contre la maladie à virus Ebola.



Photo 12 : Mobilisation d'une chaîne humaine par les scouts pour sensibiliser les populations de Coyah sur Ebola, mars 2015.

Il est important également de notifier que l'intervention des scouts n'a pas été reçue de la même manière dans toutes les zones où ils ont mené leur activité. Dans des localités comme Bolaya ou encore Tanéné (Dubréka), Kamsar et Missira (Boffa-, Sikhorou (Forécariah), Nasser, Kiryah, Bonfé, Mangata, CBA et Manéah (Coyah), les mots ont fait l'objet de rejet par les communautés et ont même à certaines occasions été victime de violences physiques. Ces différents événements n'ont cependant pas empêché aux scouts de continuer dans leurs démarches et rechercher toujours des formules pour arriver à apaiser les tensions avec les communautés. Finalement, les scouts peuvent se féliciter du bilan positif qu'ils ont acquis ; sur les 34 localités où ils sont intervenus, ils sont arrivés à lever les réticences sur 22 localités et à permettre la poursuite des activités de gestion de l'épidémie conformément au protocole.

« Quand scout venait à Coyah, Coyah était une zone rouge, une zone active. Rouge parce qu'il y avait assez de réticence, la réticence se trouvait dans les quatre collectivités, à Kouriah, à Manéah, à Wonkifong et dans la commune urbaine à tel point qu'on avait vraiment du mal à communiquer dans certaines localités. Lorsque scout est venu avec son paquet d'activités tel que le feu de camp, tel que le sport, vous convenez avec moi que le

sport est un facteur de mobilisation de la jeunesse et la jeunesse est l'un des maillons forts de la réticence avec les femmes. Donc scout a essayé de chérir cette couche des jeunes à travers le sport, mais aussi les sages à travers les feux de camp, vous convenez avec nous qu'en Afrique traditionnelle, le feu représente un signe pour l'éducation. Cela à émerveiller les sages et les sages ont adhéré. L'autre chose, c'est que c'est à travers les projections vidéo et les activités de sensibilisation de masse et cela, c'est des activités qui ont beaucoup frappé. Mais le son envoutant de la fanfare, ça a permis à Mangata pour la première fois, ce n'était pas possible qu'une équipe parte pour y communiquer. Pour preuve il n'y avait même pas de comité de veille alors que dans toutes les autres localités il y en avait. C'est à travers les scouts qu'on a pu avoir accès et sans force de sécurité je vous le dis, sans force de sécurité. Après la fanfare, tout de suite c'est le sport, après le sport c'est le feu de camp et le lendemain c'est le porte-à-porte. J'avoue franchement que Nasser qui est l'une des zones rouges de la réticence à Coyah, Mangata idem ont adhéré à la lutte contre Ebola grâce à l'effort des scouts et cela, on va classer ça en lettre d'or et dans les annales de l'histoire, on ne va pas l'oublier franchement. » **IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015**



Photo 13 : Fanfare des scouts de Guinée dans le cadre des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation des populations sur Ebola, mars 2015.

Au moment où les autres acteurs avaient du mal à rentrer dans les communautés en raison de la verticalité de leur rapport, les scouts ont cherché à promouvoir d'autres mécanismes ou approches beaucoup plus collaboratives des communautés. De l'organisation de match de football où on se laisse par courtoisie battre par l'équipe adverse pour gagner la sympathie au feu de camp pour créer une harmonie des cœurs, les scouts ont su appâter les communautés, les écouter avant de leur faire passer leur propre message. Cette stratégie, qui est très différente de la manière dont les autres acteurs sous le couvert du dispositif intervenaient, a eu à faire ses preuves avec le nombre important de villages réfractaires à l'intervention des équipes de la Riposte que les scouts ont pu lever. En d'autres termes, la contractualisation implique des avantages individuels au détriment du collectif qui induit un rapport conflictuel entre l'individuel et le collectif.

CHAPITRE III : LA RIPOSTE À L'ÉPREUVE DE L'ENGAGEMENT CITOYEN EN GUINÉE

Si Ebola n'est pas pour autant une nouveauté pour le monde biomédical, la flambée de 2014 en Afrique de l'Ouest va se distinguer des autres épidémies jusque-là connues en particulier en Afrique centrale. Celle-ci se caractérise non seulement par un fort taux de mortalité poussant même les premières analyses vers l'hypothèse d'une mutation du virus vu son ampleur. Au-delà, la question de la mobilisation des communautés et des formes d'implications multiformes observées au cours de l'épidémie va être une caractéristique particulière de la Guinée. Malgré se développe dans le triangle formé par les trois (3) pays de la Mano River, il s'observe particulièrement en Guinée une dynamique sociale inédite.

En Guinée, l'intensité des attitudes et comportements des populations face aux normes édictées par la Riposte rentre dans le lot des éléments qui font l'exceptionnalité de l'épidémie de 2014 (Almudena & Borchert, 2014 ; Faye, 2015b). Les incidents fréquemment observés entre ces deux catégories vont être caractérisés par l'OMS comme de la « réticence ». De manière concrète, il s'agit des attitudes de rejet des objets techniques tels que les thermoflashes ou le CTE, les pratiques d'entrave au déroulement des interventions des acteurs au niveau communautaire à travers les barricades et la vandalisation des équipes, le refus des protocoles de gestion de l'épidémie (EDS, alerte des cas suspects, etc.), qui permettent de rendre compte des attitudes et comportements d'une partie de la population.



Photo 14 : Voiture d'une équipe d'humanitaires saccagée par les populations lors des manifestations à Womey (Marie Ouendenou, septembre 2014)

De plus, les attitudes de défiance ne sont pas seulement orientées vers humanitaires étrangers venus répondre à l'appel lancé par l'État de la Guinée face à la situation d'urgence dans lequel se trouve le pays. Les associations de ressortissants, les groupes de sages ou encore les autorités politiques et administratives impliquées dans la Riposte feront également l'objet de violence de la part des communautés (Faye, 2015a). Ces attitudes et comportements vont au cours de l'histoire de l'épidémie s'amplifier et atteindre leur paroxysme avec ce qui sera dramatiquement intitulé la « tuerie de Womey ». Même si on s'accorde à rappeler que les attitudes de défiance ne sont pas l'apanage de l'épidémie de 2014, puisque déjà observé dans l'histoire de la gestion des flambées épidémiques d'Ebola (Gasquet-Blanchard, 2011), leur intensité et leur recrudescence sur la durée vont en Faire une caractéristique particulière. Cette partie sera composée de trois (3) points :

- ✚ Dans le premier point, nous allons décrire les différents discours développés par les populations face à l'épidémie d'Ebola. Cette description tient compte des dynamiques spatio-temporelles de l'épidémie, mais également des contextes particuliers qui les produisent.

- ✚ Dans le second point, il s'agira de décrire les différentes attitudes et pratiques des communautés face aux différentes technologies de lutte contre de l'épidémie introduites par la Riposte. De manière concrète, nous avons documenté dans cette partie les différents types de réactions des communautés face aux technologies de la Riposte en particulier les CTE et les enterrements sécurisés. Nous avons aussi porté un regard sur les formes d'engagement spontané développées par les communautés face aux pratiques d'engagement promues par la Riposte.

1.1 EBOLA ET PRODUCTION DE « RUMEURS » : DISCOURS PLURIEL AUTOUR D'UN PROBLÈME DE SANTÉ

La publication des résultats sur les investigations autour des échantillons envoyés sur le laboratoire P4 Jean-Mérieux-Inserm de Lyon confirme la présence d'Ebola en Guinée. Le 23 mars 2014, l'État de la Guinée déclare officiellement une épidémie d'Ebola dans la région Forestière au Sud-Est du pays. Cette annonce va semer le trouble au niveau des populations qui ont une faible connaissance sur cette maladie. Si le virus Ebola a depuis 1976 été responsable d'une vingtaine de flambées épidémiques dans les pays de l'Afrique centrale en particulier, il est cependant peu ou pas connu des populations en Guinée. Cette méconnaissance est même observée au niveau du personnel de santé. L'organisation médicale internationale MSF qui est intervenue dans la gestion d'Ebola à l'occasion de plusieurs flambées et dans différents pays s'érige en chef d'orchestre pour mener le combat contre cette fièvre hémorragique.

Les premiers lots de matériels et ressources sont envoyés par MSF en appui au ministère de la Santé de la Guinée, qui est confrontée à une épidémie dont elle ne détient une expertise. 33 tonnes de matériels médicaux et logistiques, des médicaments et du personnel de santé spécialisé sont envoyés en Guinée pour la prise en charge des cas de malades et la protection des équipes médicales. À Guéckédou et à Macenta, MSF s'occupe de l'érection d'unités d'isolement des cas. La mortalité et la haute contagion qui caractérisent la maladie à virus Ebola orientent les mesures d'isolement définies pour les personnes infectées par le virus afin de rompre les chaînes de contamination.

La gestion de l'épidémie nécessitait dès lors une prise en charge rapide des cas confirmés ou suspects. Pour ce faire, des activités de recherche des cas contacts vont être entérinées afin de limiter l'expansion de l'épidémie. Toutefois, on constatera très vite que la maladie va vivre et s'agrandir des comportements des populations. La forte mortalité qui caractérise l'épidémie et l'inefficacité de l'offre de soins dans les structures de santé va entraîner un désaveu de la biomédecine. De plus en plus, les malades refusent de se rendre dans les centres d'isolement qui sont conçus comme des « mouirois » dans le sens où il n'y avait pas de traitement spécifique. Les efforts de prise en charge avec les traitements symptomatiques proposés par le personnel de MSF

dans les centres d'isolement se voient minés par les recours tardifs des personnes infectées par le virus.

1.1.1 De la maladie « mystérieuse » à Ebola : une annonce différemment reçue en Guinée-Forestière

Un premier niveau de discours tend vers une négation de l'épidémie avec une rationalité structurée en particulier sur des questions politiques. Il importe de préciser que l'épidémie d'Ebola survient dans un contexte de fin du premier quinquennat du Président Alpha Condé élu en 2010 et de préparation des nouvelles joutes. Les discours autant du côté du parti au pouvoir que de ceux des partis d'opposition tendent vers une politisation de l'épidémie. Le gouvernement de la Guinée, qui jusque-là servait un discours d'assurance face au problème de santé qui se développait en Guinée-Forestière, va revoir son discours au vu de l'évolution critique de l'épidémie. C'est ainsi qu'après plus moments d'atermoiement, le gouvernement va se décider de procéder à la déclaration de la situation d'urgence sanitaire en la date du 23 mars 2014 et engage des actions de lutte avec l'appui de l'organisation médicale internationale MSF. Cependant, l'État et ses partenaires sont confrontés aux réactions des populations qui se traduisent en une négation de l'épidémie.

Des contradictions sont cependant observées entre les discours du gouvernement autour de la situation sanitaire et la manière dont les médias internationaux et les acteurs intervenants en particulier MSF décrivent l'épidémie d'Ebola en Guinée. La communauté, considérée comme des bénéficiaires d'une intervention et donc non prise en compte dans ces interactions, réagit en adoptant des comportements hostiles face à toute intervention ou discours sur cette « mystérieuse maladie ». Le « mystère » qui depuis le début de l'épidémie caractérisait cette maladie va conduire les communautés à s'interroger sur sa nature, mais également sur ses origines. Si le virus responsable de la fièvre hémorragique a été identifié depuis la première flambée déclarée en 1976 en RDC par le médecin biologiste Peter Piot, le développement de la maladie en Guinée va poser un véritable questionnement pour les communautés.

Une étude rétrospective menée par une équipe de l'OMS et des représentants du ministère de la Santé de la Guinée a permis de remonter au cas index de l'épidémie. Selon les rapports de cette mission, l'épidémie avait commencé le 26 décembre à Meliandou, un village reculé de Guéckédou

chez un enfant de 18 mois. L'enfant aurait souffert d'une maladie caractérisée par de la fièvre, des selles noires, et des vomissements et en a succombé deux jours plus tard. Même si la source effective de son infection reste à être clairement définie, les hypothèses tendent vers le contact avec les animaux sauvages en particulier les chauves-souris, potentiel vecteur du filovirus responsable de ladite maladie Ebola. L'activité minière très développée en zone forestière a produit une déforestation notoire et un rapprochement des animaux sauvages des lieux d'habitation. Le développement d'une maladie aux symptômes similaires avec des cas de décès successifs quelques moments après dans la famille du jeune enfant renforce l'hypothèse autour de son identification comme premier cas d'Ebola en Guinée.

« D'ailleurs quand Ebola se déclare en Guinée dans la région forestière, les premières communications sur l'origine de la maladie sont mises en rapport avec le contact, la manipulation ou la consommation de viande de Brousse. Dans les différents pays touchés par l'épidémie, des mesures d'interdiction de la commercialisation et de la consommation de la viande de brousse sont initiées. C'est d'ailleurs ce qui pousse Alpha Condé dans une interview sur France 24 à déclarer : pour le moment, nous demandons à la population [...] qu'elle écoute les recommandations des médecins, entre autres de ne plus manger la viande de brousse »⁶⁷.

Ce type de discours construit très rapidement une opinion qui telle une poudre se répand très rapide dans tout le pays : la maladie concerne les forestiers du fait de leurs habitudes alimentaires. Ce discours va pourtant avoir des effets contre-productifs, car l'interdiction de la consommation de la viande de brousse en l'absence de toute évidence scientifique autour du réservoir animal du virus, conduit les Forestiers qui sont plus concernés par ces habitudes alimentaires à accorder moins de crédit aux messages de la communication qu'ils considèrent comme une forme de réarticulation de la stigmatisation des autres groupes ethniques en particulier les Malinké dont fait partie le Président de la République et qui ont depuis toujours eu des rapports conflictuels avec les Forestiers avec qui ils ne partagent les mêmes pratiques culturelles. Au-delà, les communautés en

⁶⁷ « OMS | Les origines de l'épidémie d'Ebola 2014 ». WHO. Consulté le 30 janvier 2017. <http://who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/virus-origin/fr/>.

Guinée-Forestière considèrent qu'elles ont consommé de tout temps ces aliments sans avoir connu d'épidémie d'Ebola. Interrogé à ce propos, cet habitant de Guéckédou déclare : « mon père, mes grands-pères, mes aïeux ont toujours mangé des chauves-souris et ne sont jamais tombés malades ! Moi-même, j'en consomme depuis des années. Je ne comprends pas pourquoi tout à coup il faudrait s'en priver. Si la viande est si dangereuse, pourquoi n'avons-nous pas été prévenus auparavant ? »⁶⁸.

Pourtant, cette situation va alimenter l'idée selon laquelle la maladie ne concernerait que les communautés consommatrices de "viande de brousse" et que les autres ne seraient pas concernées, créant ainsi une aporie autour du mécanisme de transmission de l'épidémie. Cette attitude de la communauté est en partie renforcée par la manière dont le dispositif se déploie sur le territoire guinéen. En effet jusqu'à une certaine période, les différents efforts consentis à la lutte contre l'épidémie sont orientés vers la région forestière en particulier entre Guéckédou et Macenta qui connaissent les premiers foyers de l'épidémie. La diffusion au niveau communautaire de discours divers autour de l'épidémie va conduire l'État à développer des activités de communication en vue de répondre aux attitudes et comportements de négation de la maladie et de défiance des acteurs humanitaires impliqués dans les activités de Riposte. Il est appuyé en ce sens par les institutions onusiennes en particulier l'UNICEF et d'autres structures de la société civile nationale et internationale. Les outils de communication utilisés dans le cadre de la lutte contre Ebola en RDC vont dès lors être mobilisés afin de partager un ensemble d'informations aux populations.

Dans le contenu de cette communication, Ebola est décrite comme une maladie qui tue et dont on ne dispose pas de remède. Cette information qui décrit le caractère fataliste de la maladie à virus Ebola, dans un contexte marqué par un pluralisme de discours autour de l'épidémie de maladie à virus Ebola, va très rapidement produire des attitudes de défiance de la Riposte. Les CTE sont conçus comme des « mouiroirs », car la majorité des cas qui y sont transférés n'en reviennent pas. Le taux de mortalité est très élevé dans ces structures spécialisées dans la prise en charge des cas

⁶⁸ « Ebola : viande de brousse, le goût du risque | Africatime ». Consulté le 8 février 2017. <http://fr.africatime.com/articles/ebola-viande-de-brousse-le-gout-du-risque>.

suspects⁶⁹ de la maladie à virus Ebola. De plus le caractère fermé de ces structures va ouvrir une brèche avec un ensemble de discours autour de « ce lieu fermé, où on envoie des personnes, mais qui n'en reviennent jamais ». Au-delà même du fort taux de létalité de la maladie, les discours autour de l'absence de prophylaxie spécifique (vaccination) ou d'options thérapeutiques disponibles actuellement (traitement antiviral) vont conduire les populations à s'interroger sur la rationalité de la fréquentation des CTE.

Les populations deviennent de plus en plus réfractaires aux interventions des acteurs, les villages se ferment. Partout en Guinée-Forestière des affrontements sont observés entre les communautés et les acteurs engagés dans la Riposte. Ces attitudes seront renforcées par la batterie de technologies mobilisée par la Riposte avec la mise en place des CTE, les cordons sanitaires et l'utilisation des thermoflash, les équipements de protection individuelle et la stratégie des enterrements sécurisés qui sont appréhendés comme des moyens de diffusion de la maladie. Dès lors, les différents acteurs commencent à se rendre compte des effets contre-productifs de la communication. Les inquiétudes produites par la manière dont les acteurs mènent la lutte contre Ebola vont amener les communautés à se mobiliser pour faire face. De part et d'autre, des dynamiques s'observent avec des caractères multiformes.

⁶⁹ L'OMS établit une distinction entre les catégories de patient en rapport avec le virus Ebola. Est donc considéré comme cas suspect, toute personne, vivante ou décédée, ayant présenté au moins trois des symptômes d'Ebola et ayant été en contact avec un cas suspect, probable ou confirmé, un animal mort ou malade ou toute personne morte subitement et dont le décès est inexpliqué. Pour ce qui concerne la notion de cas probable, elle concerne tout cas suspect (évalué par un clinicien) ou tout cas suspect décédé (et pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir des échantillons biologiques pour confirmation au laboratoire) ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Enfin, les cas confirmés renvoient à tout cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire positif.



Photo 15: Cordon sanitaire, installé au niveau des différents points d'entrées et entre les limites frontalières des préfectures de la Guinée (Photo : Waly Diouf, juillet 2015)

Au regard des rebondissements connus par l'épidémie qui depuis le début de l'été 2014 va connaître une amplification, les autorités politiques ont mesuré l'intérêt d'une plus grande mobilisation des élites politiques. À ce titre, le gouverneur de la région forestière va demander aux différentes autorités des services techniques décentralisés et déconcentrés de mieux s'impliquer à travers l'organisation de tournées dans les différentes sous-préfectures pour sensibiliser et favoriser une meilleure collaboration entre les communautés et les équipes d'humanitaires chargées de la mise en œuvre des protocoles épidémiologiques de gestion de l'épidémie. C'est dans ce contexte qu'une mission a été conduite dans la sous-préfecture de Womey le mardi 16 septembre 2014 par le Préfet de N'Zérékoré pour la réalisation d'une activité de mobilisation communautaire et de sensibilisation sur les mesures préventives nécessaires à la lutte et au contrôle de l'épidémie. La délégation a connu la participation des représentants des institutions et structures techniques et financières partenaires de l'État dans le cadre de la lutte contre Ebola dont l'OMS, la Croix-Rouge, l'ONG Eau Vive et le représentant du Programme Intégré pour le Développement de l'Entreprise (PRIDE).

Cette mission fera l'objet de la plus importante forme d'expression des attitudes de violence de la part des communautés dans l'histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée. En marge de l'activité qui

avait débuté dans un climat apaisé, les communautés du village de Womey se sont attaquées aux autorités venues réaliser l'activité. Un bilan tragique de huit (8) cas de décès sera enregistré. Cet événement ne va cependant pas avoir un caractère singulier : des événements similaires moins intenses vont être observés dans différentes localités produisant ainsi une dynamique particulière des attitudes de violence.

Dans les différentes localités où les équipes d'humanitaires mettent en œuvre les protocoles de gestion de l'épidémie, des mobilisations spontanées sont observées de la part des communautés. Toutefois les formes de mobilisations communautaires qui ne reproduisaient pas toujours les attentes de la Riposte, sont caractérisées de réticence traduisant ainsi l'opposition entre les actions entreprises par le dispositif et les réactions des communautés. Cependant, il convient également de préciser que les mobilisations des communautés n'ont pas toujours été orientées vers les acteurs humanitaires étrangers, les « blancs » pour reprendre l'expression usitée au niveau communautaire. L'exemple de la tuerie de Womey et également des attitudes de violence faites sur des autorités locales traduisent une dimension beaucoup plus complexe des réactions communautaires face au dispositif.

La tendance vers une lecture réductrice des attitudes et comportements observés de la part des communautés conduit les acteurs de la Riposte à expliquer les formes de mobilisation des communautés comme une résultante d'un contexte marqué par le poids de la culture. À ce titre, le dispositif va se bonifier à travers l'implication des sciences sociales. Dans les différentes équipes de la Riposte, des anthropologues et sociologues sont investis à l'avant-garde afin d'améliorer les interactions entre les équipes techniques et les communautés. Par contre, si les mobilisations des communautés en Guinée-Forestière ont souvent été considérées comme de la « réticence » face à la Riposte et comprises comme une résultante du poids des réalités culturelles des communautés forestières, l'histoire de l'épidémie va remettre en cause la seule hypothèse de la « primitivité » qui était mise en avant dans l'explication des comportements des communautés en particulier par la Riposte. En d'autres termes, comme le précisera Vincent Foucher :

« L'hostilité avec laquelle les équipes impliquées dans la lutte contre la maladie ont par endroit été reçues par la population, ne trouve pas une explication satisfaisante dans la "primitivité" volontiers prêtée à la population par les observateurs occidentaux et les élites

urbaines guinéennes, ni même dans la faiblesse de l'information des citoyens concernés ou dans la manipulation éventuelle de rumeurs par l'opposition »⁷⁰.

Mieux que de la réticence, les réactions communautaires semblent exprimer des formes d'engagements citoyens des communautés face à l'épidémie. Autrement, les barricades pour empêcher l'arrivée des humanitaires, le refus de se souscrire aux technologies de la Riposte et les réactions hostiles face aux pratiques d'imposition du dispositif semble constituer les actions par lesquelles les communautés se défendent ou se protègent face à Ebola. Dans la suite de cette thèse, nous reviendrons avec plus de détails sur l'analyse des formes d'engagement citoyen ainsi que leurs différentes motivations. Néanmoins, l'histoire de l'épidémie d'Ebola en Guinée va remettre en cause l'hypothèse des réalités culturelles comme seul modèle explicatif des attitudes et comportements des communautés. Dans la dynamique de l'épidémie, on va observer que, plusieurs mois après la déclaration de l'épidémie en Guinée-Forestière, les mêmes attitudes et comportements des communautés face à l'épidémie quand elle se déclare en Basse-Guinée dans un contexte géographique et socioculturel différent. Que cela soit à Coyah, Forécariah, Dubréka et même à Conakry la capitale, les mêmes comportements considérés comme de la « réticence » face à la Riposte seront observés chez les communautés.

1.1.2 Les différents registres de compréhension du mal « Ebola » en Basse-Guinée

Comme elle est décrite plus haut, la présence de la maladie Ebola dans le discours des populations a précédé son apparition dans la région naturelle de la Basse-Guinée. Même si le développement de l'épidémie s'observe sur une temporalité différente de celle de la région forestière, on assiste à une réarticulation des différents modèles explicatifs véhiculés dès les premiers moments de l'épidémie en Guinée-Forestière.

⁷⁰ « Ebola en Guinée : une épidémie « politique » ? | Crisis Group ». Consulté le 23 janvier 2017. <https://www.crisisgroup.org/fr/africa/west-africa/guinea/ebola-en-guinee-une-epidemie-politique>.

1.1.2.1 Théorie de la sanction et du soupçon

« Alors que des mois et des mois de sensibilisation forcenée ont fini par vaincre à peu près les réticences en Guinée-Forestière, quand de nouveaux foyers s'embrasent au Sud-ouest du pays, dans un cercle d'environ 100 km de rayon autour de Conakry, ce sont à nouveau les mêmes contestations des messages, les mêmes doutes sur la moralité des agents de santé, et les mêmes légendes d'automne, le crâne fendu à l'arrivée au CTE, les trafics d'organes, rumeurs alimentées par le fait que les corps ne sont pas restitués, une maladie qui apparaît programmée de l'extérieur, non endogène, avec sa durée précise d'incubation de 21 jours comme une mèche qu'on allume ». (Absolu, 2016, p.238)

À Coyah par exemple, les cas de décès observés dans le premier foyer épidémique sont interprétés dans une première temporalité comme une sanction consécutive à la vente de terrains à deux personnes différentes qui pour se venger de l'affront ont jeter un sort à la famille. Ensuite la maladie observée dans cette famille est assimilée à une intoxication alimentaire. D'après le propos des voisins, le chef de ménage, suite à la recommandation d'utiliser de l'eau de javel comme forme de mesure préventive dans un contexte d'épidémie, aurait mis une quantité importante de cette solution dans le puits où la famille tirait l'eau de boisson. Une autre explication reçue va mettre un rapport entre le développement de la maladie et une histoire de vol d'huile. La femme du chef de ménage, vendeuse de profession, aurait acheté de l'huile de palme à Forécariah, huile qui serait volée en Sierra Leone d'après les tenants de cette théorie. Suite à cette infraction, le propriétaire de l'huile aurait jeté un sort dont le principe est de rendre malade toute personne qui aurait consommé cette huile de palme volée.

« Bon comme mes femmes sont malades, mes enfants, donc moi aussi j'ai décidé que l'on pulvérise chez moi. Maintenant à Coyah, on disait que c'est moi qui ait tué mes parents parce que j'ai mis de l'eau de javel dans le puits, 5 kilos d'eau de javel granulée. J'étais devenu isolé... l'entourage, tout Coyah, j'étais seul maintenant, tout le monde s'est débarrassé de moi sous le prétexte que j'ai mis de l'eau de javel dans le puits et il y a eu 11 morts. Mais cela c'est ce que les gens ont cru, ils ne croyaient pas à la maladie Ebola et pour eux c'est moi qui ai mis de l'eau de javel dans le puits, et les gens ont bu l'eau de ce puits, ce qui a fait qu'ils étaient malades. D'autres disent que c'est l'huile, l'huile qui est sortie de chez moi,

que les gens ont préparé la sauce avec cette huile et c'est ce qui a causé la maladie. »

IDI_Personne contact d'un malade d'Ebola_Coyah_Quartier Nord 2_Mars 2015

1.1.2.2 Théorie des conflits sociaux : le *fossi* comme forme malédiction ou de punition

Dans la préfecture de Forécariah et au niveau de la capitale Conakry, une histoire de vol d'argent va être à l'origine d'une succession de décès dans des familles. Dans les différentes situations décrites, l'événement qui s'observe à la suite de l'infraction prend la forme d'une sanction connue sous le vocable de *fossi*. De manière simple, le *fossi* est un sort, une malédiction subite suite à un vol ou à l'usurpation du bien d'autrui ou d'une infortune relative au non-respect des interdits. Il s'opère à travers le jet d'un sort que le ou les victimes infligent à la personne incriminée ainsi qu'aux personnes en contact avec le bien usurpé. Le *fossi* peut également revêtir la forme d'une sanction qui résulterait par exemple d'un adultère. Cependant, il importe de préciser que le *fossi* s'exprime à travers un mode opératoire précis avec un nombre déterminé de décès qui permet de l'identifier. Par contre, quand il s'observe des manifestations divergentes, c'est-à-dire quand par exemple le nombre de décès excède le nombre habituel ou se produit suivant une certaine temporalité insoupçonnée, les communautés cherchent à mettre en valeur d'autres schémas explicatifs du vécu.

1.1.2.3 Théorie du complot

Dans cette perspective, la logique du complot, voire bioterrorisme, apparaît comme une autre des causalités d'Ebola. La maladie est décrite ainsi comme une machination dont les instigateurs sont les politiciens (en l'occurrence le Président) et les étrangers (les Blancs, l'Occident), et dont le but est d'« attirer l'attention des investisseurs étrangers vers la Guinée, un pays délaissé par la communauté internationale, d'empêcher les élections de se tenir en respect au calendrier électoral du pays ou tout simplement de se venger de l'affront du Président pour certaines communautés qui expriment un désaveu de ce dernier.

« Qu'il s'agisse de la rumeur de sacrifices humains qu'aurait commandité Alpha Condé dans le but de conserver le pouvoir, aidé par MSF qui travaillerait par âpreté au gain, d'une instrumentalisation politique à des fins d'enrichissement, nommée « Ebola business » en Guinée, ou de l'existence d'un laboratoire américain en Sierra Leone où le virus aurait été

fabriqué dans le but de diminuer la population africaine ou dans celui de faire réélire les trois Présidents des trois pays touchés, le gouvernement – et particulièrement celui d'Alpha Condé – est directement impliqué. Les complots incriminant les « Blancs » ou encore une institution internationale comme MSF, font avant tout du gouvernement et du Président de la République Alpha Condé des têtes de pont dont la finalité est l'enrichissement. » (Fribault, 2015 : 12)

Cette interprétation syncrétique de la causalité d'Ebola s'inscrit dans les mécanismes populaires d'explications et de gestion du mal (Augé et Herzlich, 1984), qui part du principe qu'un mal dispose toujours d'un sens biologique et un sens social. Toutefois, elle a été nourrie par les défaillances de la communication autour d'Ebola, l'impréparation de ces localités, de même que les fractures sociales entre le l'État central et la population. Ainsi dans un autre registre de modèle explicatif, la coïncidence des épisodes de décès et de maladies avec des antécédents de fautes, d'infractions sociales conforterait les individus dans la causalité du *fossi* ou de la sanction divine. Comme Ebola, ces malédictions se manifesteraient par des décès successifs dans une même famille, ainsi que les personnes qui l'auraient côtoyée. Aussi, cette interprétation *fossi* et les théories du complot associées à Ebola ont été amplifiées par les silences et les contradictions dans l'opération de communication autour de la maladie. On peut citer par exemple l'absence de sang parmi les symptômes présentés par les personnes décédées alors que la communication avait été focalisée sur le sang comme symptôme majeur.

« On nous a dit que quand quelqu'un a la maladie, il y a du sang. Moi mon frère n'a pas saigné même une fois, c'était le palu là seulement. » **IDI_Membre de famille d'un malade d'Ebola_Kaback_Forécariah_Août 2015**

Dans un autre cas de figure, la promiscuité observée entre des personnes et des malades déclarés plus tard positifs sans que par la suite ces derniers ne développent la maladie va également renforcer la remise en cause du diagnostic, mais aussi remettre en cause les mécanismes de transmission de la maladie partagés dans les activités de communication. Cette situation va rendre difficiles les activités de suivi des contacts dans le sens où certains commencent à refuser de se soumettre au protocole de suivi.

« Je faisais tout avec mon mari, je dormais avec lui, tout. Et comment vous pouvez expliquer que moi je n'ai pas attrapé la maladie comme lui ? » **IDI_Femme_Non-cas_veuve_Forécariah_Août 2015**

1.1.3 Ebola : et si la Guinée n'en était pas à sa première épidémie : un discours historique et comparatif qui influence les formes d'engagements citoyens

Au moment où tout un discours controversé est véhiculé dans le territoire de la Guinée sur l'origine de l'épidémie qui se développe à partir de décembre 2013, de nouvelles informations sont diffusées par différents canaux pour expliquer la situation sanitaire difficile que traverse la région Ouest-africaine. En d'autres termes, au moment où le postulat d'une infection à travers la chauve-souris perd de plus en plus de crédit au niveau communautaire, la révélation d'une épidémie d'Ebola en Guinée dans les années 80 vient renchérir sur la balance du doute. Contrairement à une opinion très partagée, Ebola ne serait pas à sa première observation en territoire guinéen. Une première apparition du virus a été déclarée dans la sous-préfecture de Madina Oula (Préfecture de Kindia) à la frontière avec la Sierra Leone en 1982. Le propos est rapporté par le Dr Ben Youssoupha Keita qui affirme que dans les années 80, les recherches de l'Institut Pasteur de Kindia appuyées par l'expertise soviétique ont détecté une flambée d'épidémie d'Ebola à Madina Oula dans la région de Kindia.

« Effectivement, l'épidémie d'Ebola existe bel et bien en Guinée depuis 1982, c'est-à-dire six ans après son apparition en septembre 1976 au Zaïre. Il est apparu chez nous précisément dans la sous-préfecture de Madina Oula dans Kindia. Et comme vous le savez, à Kindia il y a l'institut de recherche scientifique de Pastoria très célèbre, à l'époque de la première et de la deuxième République. Les Guinéens qui ont participé à la recherche de cette pathologie sont là et sont bel et bien vivants et il y'en a trois : M Baldé, Inapogui et Ibrahima Boiro. Les tests avaient bel et bien indiqué que sur 130 cas, 11 étaient positifs, donc depuis 1982-83 on savait que c'était Ebola et c'est pour cela qu'on a fait la publication en 1987 »⁷¹.

⁷¹ « Dr Ben Youssouf Keita : « Ebola existe en Guinée depuis 1982. Il est apparu à Madina-Oula, dans Kindia » (entretien) ». 2014. *Portail de la communauté guinéenne* (blog). 20 octobre 2014. <http://kababachir.com/dr-ben-youssouf-keita-ebola-existe-en-guinee-depuis-1982-il-apparu-madina-oula-kindia-entretien/>

La maladie n'a pas fait qu'apparaître en mars 1982, mais a connu une résurgence en janvier 1983. L'étude révèle que l'épidémie a été maîtrisée en l'espace de six (6) mois dans la zone de Madina Oula avant de faire une résurgence en janvier 1983 et pour ne revenir que 34 ans après avec cette fois-ci une épidémie hors du commun. Une forte implication de l'expertise guinéenne a été notifiée dans la gestion de cette épidémie avec le travail réalisé par l'institut pasteur de Kindia avec le Professeur Ibrahima Boiro qui était directeur du laboratoire de virologie et de microbiologie de l'institut au moment des faits, le Dr Mamadou Celou Baldé, qui est l'actuel secrétaire scientifique de l'institut et Alphonse Péma Inapogui appuyé par des chercheurs de l'Union soviétique⁷². À la question de savoir si la pathologie, qui a fait des ravages en 1982, était réellement liée au virus Ebola, le Dr Keita déclare :

« Est-ce que, docteur, le nom de la maladie était bel et bien signifié (donné) dans ce document ? Je vous le montre, c'est écrit noir sur blanc. Regarder ce passage par exemple "en prenant en compte l'ensemble des données épidémiologiques et de laboratoire ci-dessus, on pourrait admettre l'existence en Guinée de poussés épidémiologiques semblables à des fièvres hémorragiques dont les agents étiologiques seraient le virus Ebola". Et ça, c'était en 1982 en Guinée »⁷³.

Interrogé à ce propos, Le Professeur Ibrahima Boiro ancien ministre de l'Environnement, qui était membre de l'équipe de l'Institut Pasteur de Kindia qui a réalisé les études autour de cette épidémie en 1982, précise dans une interview les propos suivants :

« On a fait des tests sérologiques et nous avons détecté des anticorps d'Ebola dans les sérums sanguins. Je dirigeais le laboratoire de l'Institut Pasteur. Entre-temps, j'ai changé de profil,

⁷² <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1987-80-4-607-612.pdf>

⁷³ « « Ebola est en Guinée depuis 1982 et il y a une irresponsabilité des dirigeants de ce pays depuis cette date jusqu'à maintenant », dénonce Dr Kéïta Guineenews actualité Guinée ». 2014. 10 octobre 2014. <http://aminata.com/ebola-est-en-guinee-depuis-1982-et-il-y-a-une-irresponsabilite-des-dirigeants-de-ce-pays-depuis-cette-date-jusqua-maintenant-denonce-dr-keita/>.

je travaille actuellement dans le domaine de l'environnement. Il ne faut pas que les gens racontent que le virus Ebola vient d'arriver en Guinée. Il est endémique »⁷⁴.

Si depuis le début de la crise sanitaire, l'alibi de la méconnaissance de la pathologie est souvent avancé pour expliquer l'incapacité du système de santé guinéen à faire face à la crise sanitaire, ces révélations du Dr Ben Youssouf Keïta, viennent remettre en cause toute cette posture. Cette information ne manquera pas d'interpeller le Président de la République. Il est important de préciser que le Dr Ben Youssouf Keïta est un médecin ayant pratiqué dans les hôpitaux de Paris, formé au Cuba et en France et est député à l'Assemblée nationale, membre de la commission santé, éducation, affaires sociales, Jeunesse, sports et arts. C'est aussi un responsable du conseil politique de l'UFDG, le principal parti d'opposition et membre du groupe parlementaire des libéraux démocrates. Cette révélation a fait tache d'huile et a atteint le plus haut sommet de l'État guinéen avec le Président Alpha Condé qui en ait finalement informé lors d'une rencontre avec les médecins retraités et les étudiants en médecine où le Dr Edouard Niankoye Lamah, ancien ministre des Affaires Étrangères et de la Santé révèle être informé d'une épidémie d'Ebola en Guinée en 1982 depuis les années 1990 : « C'était bien documenté. Donc, il fallait s'attendre à ce qu'un jour, il y ait des malades d'Ebola ». Cette déclaration va lui attirer les foudres du Président, qui jusque-là déclare n'avoir jamais eu connaissance d'un tel événement :

« Vous dites que depuis des années, on savait qu'Ebola existait en Guinée ? Vous avez été ministre de la Santé, pourquoi n'avez-vous pas informé le gouvernement que la Guinée pouvait faire face à une épidémie d'Ebola ? ... C'était votre rôle en tant que médecin et surtout ministre d'alerter le gouvernement afin qu'on puisse prévenir l'apparition de cette maladie dans notre pays ». (**Op.cit.**)

Même si nous ne disposons pas d'une documentation pouvant nous permettre de discuter de cet épisode d'Ebola en Guinée en dehors du papier publié dans la revue Bulletin de la société de pathologie exotique, la révélation de cette précédente épidémie d'Ebola va alimenter les discours populaires autour de l'épidémie en cours. En outre, l'instrumentalisation de cette information par

⁷⁴ « Ebola : le virus est en Guinée depuis 1982, révèle un médecin | Vision Guinée », 16 octobre 2014. <http://www.visionguinee.info/2014/10/16/ebola-le-virus-est-en-guinee-depuis-1982-revele-un-medecin/>.

les partis d'opposition en vue de décrédibiliser le parti au pouvoir déteint sur l'opinion publique et renforce les attitudes de déni de la maladie. De plus, cette situation donne également du poids aux théories du complot qui indexent le parti au pouvoir comme étant responsable des événements qui se produisent en Guinée-Forestière mais favorise également la crise de confiance entre les populations et les élites politiques.

1.2 RÉACTIONS DES POPULATIONS FACE AUX TECHNOLOGIES DE LA RIPOSTE

Comme nous l'avons précédemment décliné, la riposte contre l'épidémie d'Ebola s'est aussi illustrée par la mobilisation d'un ensemble de technologies. Cependant, même si elles ont déjà fait leurs preuves dans la gestion des précédentes épidémies, il importe de souligner que les caractéristiques particulières de la nouvelle épidémie les mettent au défi de nouveaux enjeux. Autrement dit, le développement de l'épidémie en zone urbaine qui se caractérise par l'importance des flux migratoires et dans un espace géographique qui fait sa première expérience d'une épidémie d'Ebola, mais également l'ampleur que va prendre l'épidémie avec sa diffusion dans d'autres pays, et même en dehors de l'Afrique, vont constituer un ensemble d'éléments qui font de cette nouvelle flambée une situation d'exception. En nous basant sur les expériences sociales des populations, nous avons tenu dans ce qui suit, à faire état des différentes formes de réception de ces technologies par les populations en Guinée, mais aussi rendre compte des différentes réactions produites par leur introduction dans la lutte contre Ebola. De manière sélective, nous avons travaillé autour du CTE, des enterrements sécurisés qui ont été les principales technologies de la lutte contre Ebola.

1.2.1 Réactions communautaires face aux centres de traitement Ebola (CTE)

L'analyse des expériences sociales du CTE permet de constater que les discours et les attitudes que les populations ont entretenus à l'endroit de cette technologie découlent de l'idéologie ayant prévalu dans sa conception, des apories de la communication autour d'Ebola et des caractéristiques du CTE au début de son implémentation. D'ailleurs, il importe de rappeler que les CTE, à la base, ne visaient pas la prise en charge des malades d'Ebola, mais apparaissaient plutôt comme des zones de « confinement » en vue de rompre les chaînes de contamination, consécutives au séjour des malades au sein des familles (Hewlett & Hewlett 2008 ; Epelboin et al. 2008).

Le but premier n'était ainsi pas de soigner les malades, mais de les isoler et accessoirement tenter de sauver ceux qui pouvaient l'être au nom des principes de biosécurité articulés autour de la séparation des personnes saines des personnes malades. En tant que zone « à haut risque » de contamination, le CTE gagnait donc à se fermer au monde extérieur. Dans cette logique, il s'est

illustré comme une entité fermée qui n'admettait pas d'accompagnant (ni de communication avec les proches à cause de leurs interférences dans la prise en charge des malades) et qui ne délivrait pas non plus d'informations sur son mécanisme interne (les essais cliniques, le type de soins offerts aux malades, par exemple.). Au cours de l'épidémie d'Ebola, la Guinée va bénéficier de l'érection de huit (8) CTE (Nongo, Coyah, Macenta, N'Zérékoré, Beyla, Kindia, Forécariah et le CTE provisoire de Boké) avec 197 lits pour la prise en charge des cas suspects, probables ou confirmés d'Ebola. Il importe également de comptabiliser le Centre de Traitement des Soignants (CTS) géré par les services de santé de l'armée française (SSA) qui était réservée exclusivement pour les personnels soignants infectés dans le cadre de l'exercice de leur fonction.

1.2.1.1 Les CTE par les familles : entre violence symbolique et profusion du care

Le caractère fermé du CTE et le taux élevé de mortalité des patients internés au sein de ces espaces de soins ont contribué à forger une image populaire du CTE, nourrie elle aussi par la rumeur. En l'absence d'informations fournies par le dispositif sur le fonctionnement du CTE, il s'est produit des sources parallèles d'information portées parfois par les anciens pensionnaires des CTE, ainsi que certains employés. Ainsi, dans un contexte où la logique du complot était de rigueur, où les familles n'avaient quasiment pas de contact avec leurs proches internés, et où la mortalité était très élevée et les dépouilles n'étaient pas restituées aux familles pour le besoin des enterrements sécurisés, il s'est construit une image des CTE comme des sortes de « camps d'extermination », des mouiroirs, des lieux de pratiques « occultes » et de trafics d'organes, orchestrés par MSF, la Croix-Rouge en complicité avec l'État guinéen.

« Si tu vas à Donka, dès que tu passes à côté, tu peux être contaminé parce que la maladie est par là. Le centre qui est là-bas diffuse la maladie. J'ai aussi remarqué qu'à chaque fois que tu passes, tu as la fumée, parce qu'on brûle les corps des personnes qui ont été amenées là-bas. À Conakry, les gens disent dans les marchés que dès que tu rentres dans ces centres, tu ne sors pas vivant. Moi, j'y crois, car dans mon quartier à Ratoma, toutes les personnes que les véhicules des blancs sont venus chercher ne sont pas revenues vivantes. On a aussi dit qu'à leur mort, les têtes seraient coupées, leurs organes volés, leur sang tiré pour être vendu ou envoyé en Occident et le reste du corps brûlé. On est tenté de croire à ça parce

qu'on ne sait pas ce qui se passe dedans. Tu vois comment tout est fermé là-bas » Femme, Ratoma, Conakry » **(Faye, 2015b :14)**

Le déficit d'information qui s'observe dans le discours des populations autour des CTE décrit la faiblesse de la communication autour de cette technologie. On est tenté de s'interroger sur la rationalité de cette absence de communication autour de cette technologie au début de l'épidémie pour des communautés qui expérimentent pour une première fois une épidémie d'Ebola. Si les raccourcis simplistes d'une situation d'urgence ou d'une supposée complexité du dispositif, incompréhensible pour une population à plus de 70% d'analphabètes sont avancées par certains acteurs de la Riposte, elle témoigne dans une autre lecture de la carence en capacité d'intervention communautaire dudit dispositif. En d'autres termes, cette situation témoigne encore du caractère peu humanisant de la Riposte qui se focalise beaucoup plus sur les protocoles médicaux et biosécuritaires au détriment des dimensions humaines et sociales du soin.

« Lorsqu'on analyse de près ces rumeurs, on comprend que les populations critiquent l'absence d'ouverture de cet espace et la faiblesse de la communication sur "ce qui se passe à l'intérieur". Plutôt que l'expression de croyances culturelles, ces rumeurs reflètent (au moins en partie) une réaction à un dispositif de réclusion, avec une approche trop purement technique. Les discussions avec des membres de l'équipe MSF à Conakry et Guéckédou (juin-juillet 2014) ont permis de constater que ces derniers jugeaient inutile d'expliquer aux communautés l'organisation du traitement à l'intérieur des CTE, sous prétexte que c'était trop technique. Or, cette attitude renvoie à une absence de reconnaissance de l'expertise des populations et de leur capacité à comprendre ce qui se passe. Elle leur enlève le droit à l'information alors que ce sont leurs parents qui sont concernés » **(Faye, 2015b : 15)**

Cette manière d'interagir avec les populations va introduire de nouveaux rapports entre les communautés et le CTE, introduit comme outils de gestion de l'épidémie. Ainsi dans différentes localités, les populations vont afficher un désaccord face au transfert de leur parent malade vers les CTE. À cet effet, des pratiques telles que la non-déclaration des cas de malades aux équipes d'investigation, le transfert ou déplacement des malades vers des villages ou endroits reculés vont s'observer du côté de la communauté pour faire face aux acteurs appuyés dans leurs activités par les forces de l'ordre. Le fait de signaler ou d'informer de la situation de maladie d'un parent était

devenu une source d'exclusion sociale : le responsable est dès lors considéré comme ayant vendu ces parents ou les ayant sacrifiés.

« Les gens ont dit que j'ai vendu ma femme, mes beaux-parents m'ont dit de tout faire pour qu'elle revienne vivante sinon je vais répondre de mes actes. Donc je partais très tôt le matin à CTE, et je rentrais très tard le soir, comme ça personne ne me voyait ». **IDI_Parent de victime Ebola, Forécariah_Août 2015**

Des mouvements de protestation ont été observés quant à la décision de l'État d'installer des CTE dans certaines localités. Ainsi, à Nasser dans la commune rurale de Wonkifong de violents affrontements ont été notés à l'occasion de la construction du CTE. Les mêmes événements vont également être notés dans le quartier de Nongo en marge de l'installation d'un nouveau CTE de MSF pour répondre à la demande de prise en charge des malades de Conakry que le seul CTE de Donka ne satisfaisait plus. À la base des différentes revendications, les populations expriment la peur d'une contamination qui pourrait résulter d'une cohabitation avec une structure où on traite des personnes souffrant d'Ebola, cette maladie de « l'horreur » dont les messages de la communication ont inscrit une image dans la mémoire gardée des Guinéens. La possibilité d'une contamination par l'air ou encore par les eaux ruisselantes le long des chantiers du village et débouchant sur des marigots où les femmes pouvaient faire la lessive ou le linge et qui constituait des lieux fréquentés par les jeunes enfants pour se divertir à la nage. Il aura fallu donc de longues tractations avec l'intervention même du ministre de la Défense, ressortissant de la zone pour arriver à faire accepter l'installation du CTE à Wonkifong.

En somme, les CTE apparaissent, à la lumière des discours comme des espaces de violence symbolique et physique potentielle autour de la mort, de l'enfermement (faible marge de manœuvre, surveillance et contrôle, ne pas s'approcher des autres) et de transactions diverses (les essais cliniques, la recherche des malades avec l'appui de la police, etc.). Cependant à la suite des recommandations des anthropologues qui ont cherché à se prononcer sur les incidences du caractère peu socialisé de la Riposte, les équipes de MSF ont décidé d'ouvrir les CTE au public. Ainsi, une vidéo de présentation a été réalisée pour faire une présentation détaillée de l'infrastructure et des types d'activités qui y sont réalisées. En outre, l'espace même du CTE a été redéfini avec des espaces dédiés aux familles pour voir leurs parents internés tout en respectant les

protocoles de biosécurité. Il est même permis aux parents du malade de lui amener des plats si ce dernier n'était pas satisfait du service culinaire mis à disposition sur le site.

Les personnes ayant survécu à la maladie plus connue sous le dénominateur « sorti guéri » vont également être des relais de l'information à propos de la prise en charge offerte dans les CTE. Ces derniers vont à certains égards permettre de désamorcer les vagues de frustrations des populations qui au regard de la létalité dans les CTE s'interrogent sur les rationalités autour de cette technologie. Ils vont ainsi être mobilisés pour mettre en confiance les malades, et deviennent une preuve de la non-dangerosité du système. Par contre dans un autre registre, ces derniers feront toujours l'objet de stigmatisation et seront considérés comme ayant monnayé les autres membres de leur famille et de n'avoir été au CTE que pour se faire un alibi.

« On voulait me tuer, on a dit que c'est parce que j'ai vendu les autres (son père, sa sœur, son épouse et l'un de ses enfants) qu'on m'a laissé sortir, tout ça parce que c'est moi qui ait insisté pour les autres aussi aillent au CTE ». **IDI_Sorti-guéri Ebola, Forécariah_Août 2015**

1.2.1.2 Le CTE du point de vue des soignants : au cœur du risque (biologique et social).

Si le CTE, au regard des protocoles épidémiologiques et de règles de biosécurité, semble être un lieu d'extrême compétence, un regard de l'intérieur permet de découvrir un environnement totalement différent. L'observation des organigrammes associés au type de profil laisse entrevoir un écart important entre les profils et les postes associés. En d'autres termes, on découvre ainsi que des soignants employés à des postes sous-qualifiés (médecins et ingénieurs informatiques occupant le poste de promoteur de santé, des sages-femmes qui deviennent infirmières. Dans les décombres des motivations associées à cet engagement, les opportunités financières et professionnelles, et accessoirement la contribution à une cause nationale, sont les motivations premières déclinées dans cet « espace à risque ».

« Il y a des gens, on sait que c'est uniquement pour avoir l'argent qu'ils sont là, sinon ce n'est pas pour aider les malades. Une fois je me suis disputée avec un collègue. Normalement on descend dans l'isoloir en binôme, et chaque fois, lui il est pressé de ressortir. Donc un jour, moi je me suis attardée pour aider un malade qui voulait que je le nettoie. Il m'a dit

qu'on n'a qu'à partir, qu'il y a des gens pour ça. Je lui ai dit que s'il veut il peut partir (...). Comme c'est interdit de se quitter, il a été obligé de m'attendre ». **IDI_Infirmier CTE_Août 2015**

Dans la description de la scène du CTE dans le long métrage d'Ebola en Guinée, il importe également d'exposer la vie dans le CTE. En d'autres termes, les interactions entre les expatriés, engagés au nom d'une assistance internationale à un pays en situation d'urgence d'un côté, et des personnels locaux impliqués au nom d'une citoyenneté nationale, mais qui sont très souvent moins considérés en termes de prise en charge alors qu'ils expérimentent les mêmes situations de risque produit à des moments de petites tensions. Au-delà, les querelles de position sont également notoires dans un environnement où l'institution ou encore la personne qui vous y délègue un pouvoir devient plus importante que les compétences ou les aptitudes.

« On a le même statut, mais quand ils s'adressent à nous, c'est comme s'ils étaient supérieurs à nous » **IDI_Infirmière_CTE_Août 2015**

Le CTE fait aussi peur parce qu'il apparaît comme un lieu où les individus peuvent potentiellement s'infecter. Cette situation qui produit une omniprésence de la peur et du sentiment de vulnérabilité implique également l'application de procédures strictes de biosécurité pour parer à toute éventualité de contamination. Cette sensation est accrue lors des premiers contacts avec le centre même si elle tend à se dissiper sous le joug de la routine.

« La toute première fois que je suis descendue dans un CTE, j'ai eu peur, j'ai failli fuir, j'ai failli prendre la tangente et sortir, parce qu'on te dit Ebola c'est ceci, tu vomis du sang, tu fais des selles, etc., ça devient une chanson. Tu es devant des suspects, tu te dis ah, c'est un suspect, mais tu sais les suspects physiquement ça va, l'état général est conservé. Donc il y a la crainte, mais c'est moindre. Mais quand tu entres dans une zone CTE, tu sais dans ta tête que cette personne est atteinte. L'autre là c'est un suspect, mais dans le CTE tu sais que ça, c'est un malade d'Ebola, tu sais qu'il est positif, et tu vois tous les signes qu'on te dit dans Ebola. (...) C'est complètement différent dans la réalité, la théorie et la pratique font deux. C'est deux mondes différents (...) » **IDI_Infirmier CTE_Coyah_Août 2015**

« On ne doit pas se toucher, chacun a son assiette et mange à part » **IDI_Hygiéniste_CTE-Août 2015.**

La psychose interne que produit « la peur » du CTE se traduit dans les comportements sanitaires du personnel : tout est fait pour ne pas manifester de signes ayant trait à un des symptômes d’Ebola au risque de faire office de suspicion. Même si la probabilité de devenir soi-même patient du centre est présentée dans les discours à cause du risque d’infection au cours de la prise en charge, la possibilité de l’inversion des rôles avec un passage du côté des malades est difficilement envisageable, ce qui témoigne d’une certaine mesure du manque de confiance au dispositif qu’eux-mêmes incarnent. Ainsi, certains membres du personnel vont essayer d’échapper à cette hospitalisation en cachant par exemple des épisodes de fièvre.

« Moi, je n’ai pas eu la chance, c’est parce que j’ai eu des frissons devant un des responsables, et ils ont su que j’étais malade ». **IDI_Infirmier_CTE_Coyah_Août 2015**

Malgré tout le stress et l’anxiété qui sévit dans l’enceinte du CTE, le personnel porte à l’extérieur de cet espace de soin, l’extérieur des CTE, les stigmates du CTE et d’Ebola, dont ils constituent un symbole. Par conséquent, ils sont confrontés à des menaces et en retour constituent une menace pour leurs proches.

« On était mal vu, la communauté ne nous aimait pas du tout. Ils disent qu’ah, c’est eux qui sont en train de tuer nos gens au CTE. On avait essayé de prendre un logement pour loger seul, vu que quand tu travailles au CTE, ce n’est pas recommandé de vivre en famille à cause du risque, tu les exposes à un risque. Moi, j’avais essayé de prendre une maison pour vivre seule, mais on a été menacé par la population. Donc on a été obligé de rentrer en famille ». **IDI_Infirmier_CTE_Coyah_Août 2015**

1.2.2 Réactions communautaires face aux enterrements sécurisés

Les recherches conduites à partir de septembre 2015 sur les histoires sociales d’Ebola ont été des occasions de questionner la problématique des enterrements sécurisés. L’épidémie d’Ebola et sa gestion ont été accompagnées de la nécessité d’enterrer de manière sécurisée les morts pour éviter les contaminations. Toutefois, cette mesure valide, lorsqu’on s’inscrit dans une perspective

biomédicale, est celle qui cristallise le plus les tensions entre les familles et la Riposte. Les dissensions observées s'inscrivent dans la longue liste des fractures sociales consécutives aux mesures instaurées et imposées dans le cadre de l'urgence sanitaire de lutte contre Ebola dans le pays.

1.2.2.1 Des rationalités divergentes dans le rapport à la mort

Sur le terrain des enterrements sécurisés se confrontent deux rationalités dans la gestion des morts. Nous avons d'une part celle des communautés dont le but est de « sécuriser » les vivants en respectant les derniers moments du mort (l'intervalle entre le décès et l'inhumation). La sécurité dont il est question se rapporte davantage à une sécurité sociale (protéger les vivants des infortunes qui pourraient découler d'un accompagnement non digne du mort) qu'à une sécurité biophysique (éviter la contamination). Dans cette logique, les communautés disposent d'un savoir-faire local syncrétique construit à partir de normes religieuses (principalement musulmanes) et coutumières. Il s'agit de l'obligation de laver et traiter le corps pour le purifier et préserver la dignité du défunt et celle de sa famille.

Pour les familles, la mort constitue une autre étape de la vie. Le passage vers cette autre vie requiert que le corps du défunt soit « fouri bafe i yaara », ce qui signifie littéralement « enlever le corps dans l'eau sale » en langue Soussou. Elles expliquent qu'au moment de rendre l'âme, les êtres humains sont susceptibles d'être souillés par différents fluides corporels, notamment la bave, l'urine et des selles, dont il est primordial de se débarrasser pour préserver la dignité du défunt et celle de sa famille. Il n'est pas souhaité que des personnes étrangères voient cela, car « une mort doit être belle ». Cela implique d'ôter au mort les vêtements portés au moment du décès, de lui fermer les yeux, essuyer la salive, de disposer ses bras le long de son corps. Le lavage du corps permet aussi de purifier le mort selon les principes de l'islam qui recommande à ce que tout musulman soit purifié lorsqu'il s'adresse à Dieu (les prières) ou lorsqu'il va à sa rencontre (au moment de la mort). Ce lavage se fait à partir des ablutions (petites comme grandes) avec de l'eau « pur » (tel que prélevée à la source). Enfin, le corps doit être emballé dans un linceul, qui faciliterait la libération de l'âme du défunt, contrairement au cercueil.

La gestion de l'espace mortuaire quant à elle est soumise à une division des tâches et un respect des genres. Le lavage et les traitements des corps (habillement, disposition des membres, etc.) sont

confiés à priori aux aînés sociaux considérés comme légitimes pour l'exécution de cette tâche et capables de la discrétion qu'elle requiert. Ce sont en l'occurrence les vieilles femmes, les imams, les marabouts ou maîtres coraniques. Pour les communautés, il est capital qu'un « laveur » soit discret, car c'est lui qui voit tout (la position, la souillure, l'intimité) du mort. Le rôle destiné aux jeunes est celui de creuser les tombes, puiser de l'eau, porter le corps au moment de l'inhumation. Toutefois, les normes veulent par exemple qu'une femme soit lavée et traitée par une femme ou un homme par un homme, une mère par sa fille ou un père par son fils. Enfin, les moments de l'inhumation obéissent eux aussi à des règles liées à l'âge du défunt, son statut, le type de mort (mort brusque, longue maladie, etc.). Il s'agit en somme d'un espace intime, qui met en scène une pluralité d'enjeux, de normes et d'acteurs aux rôles clairement définis dont la prise en compte permet d'assurer une certaine cohésion de ces familles et participe au deuil.

D'autre part, nous avons la rationalité de la Riposte portée par la Croix-Rouge dont l'objectif est de « protéger les vivants » en enterrant de manière sécurisée les morts. Il s'agit d'une sécurité essentiellement biophysique du fait de la contagiosité hautement élevée des morts d'Ebola. Pour cela, la Croix-Rouge mobilise elle aussi un savoir-faire s'appuyant sur des règles et arguments essentiellement biosécuritaires. Elle proscrit notamment tout contact physique avec le corps et ses fluides et préconise l'utilisation d'un paquet d'équipement de protection désigné par le sigle EPP (Équipement de Prévention et de Protection) s'il y a lieu. Ce paquet est composé de bottes en plastique, de bavettes, de combinaisons en plastique, de gants cliniques et de ménage, de lunettes de protection, de blouses et de tablier.

L'enterrement sécurisé repose essentiellement sur ce que la Croix-Rouge nomme le « traitement » des corps et des espaces mortuaires pour réduire les possibilités de contamination : les corps, les vêtements et les domiciles sont désinfectés avec une solution de chlore. L'enterrement sécurisé consiste aussi à empêcher l'écoulement des fluides corporels au moyen d'un sac mortuaire dans lequel est placé et inhumé le défunt. Le savoir-faire autour de ces enterrements sécurisés est acquis au terme d'une formation sur ces règles bio sécuritaires. Il est exécuté par une équipe de la Croix-Rouge composée essentiellement de jeunes. Ces enterrements sécurisés, à l'origine ne tenaient pas compte du genre dans la composition des équipes. Ils se focalisaient surtout sur l'argument des capacités physiques des agents à supporter la chaleur des combinaisons pendant toute la durée de la préparation du corps et la sanitation des espaces occupés par le défunt.



Photo 16: Préparation équipe de la Croix-Rouge pour la réalisation d'un enterrement sécurisé (Papa Ndiaga Cissé, août 2015)

1.2.2.2 Réactions communautaires face aux EDS dans un contexte non épidémique

Dans la Basse-Guinée, des difficultés vont s'observer en particulier à partir du mois de mars 2015. À travers les différents mécanismes de gestion de l'épidémie mis en œuvre à l'échelle du territoire national de la Guinée, les équipes de la Riposte ont pu réussir à éteindre une partie importante des foyers actifs de l'épidémie d'Ebola. Cependant, la persistance de l'épidémie dans certaines zones et l'actualité de la réémergence de l'épidémie en Sierra Leone et au Liberia après des déclarations de fin de l'épidémie, ont conduit l'État de la Guinée et ces différents partenaires à maintenir la Riposte dans les différentes localités avec pour échéances la fin de l'épidémie dans toute l'étendue du territoire. Si le maintien des protocoles de gestion de l'épidémie trouve un rationnel en termes de mesures de santé publique, le caractère contraignant qui structure les mécanismes de gestion de l'épidémie édictée par le dispositif influence le rapport entretenu entre les populations et l'observance de ces dispositions.

Si depuis le mois de mars 2015, l'intérêt d'une communication transparente a été retenu comme forme d'interaction avec les communautés par les différents acteurs de la mobilisation sociale, il va en découler à partir d'un certain moment des effets pervers. Dans les différentes localités, les informations sur la situation épidémiologique au niveau national et local sont partagées aux

communautés à l'occasion des différentes activités de communication. De ce fait, l'information qui dit par exemple que la préfecture de Coyah ne notifie plus de cas confirmé de malade d'Ebola et qu'elle ne figure plus sur la liste des localités concernées par l'épidémie d'Ebola va conduire une certaine partie de la population à être de plus en plus réfractaire aux protocoles de gestion d'Ebola.

Du point de vue des communautés, il existe une discordance entre les messages des acteurs d'une part et les comportements et pratiques qu'ils demandent d'observer d'autre part. Dans ce sens, les EDS seront l'un des premiers éléments de discorde entre les communautés et les acteurs de la Riposte. Il importe de rappeler à ce niveau que les populations ont été appelées à observer cette mesure d'exception en raison de la spécificité de l'épidémie. Par contre la tendance allant vers une forme de pérennisation de la mesure bien qu'on ne soit plus dans une zone active devient de moins en moins acceptée par les communautés. La reprise des enterrements communautaires clandestins et l'absence de remontée des informations dans certaines localités vont constituer les premiers signaux vers ces attitudes communautaires. Ensuite même quand la Croix-Rouge est informée d'une manière ou d'une autre, elle se retrouve avec des difficultés face à la pratique de l'EDS.

Cette situation a même conduit la Croix-Rouge et les différents acteurs autour des EDS à revoir l'approche communautaire. Ainsi au-delà d'intégrer un volet de communication à leur activité, une meilleure prise en compte de l'opinion de la communauté, mettant en exergue la critique de la pratique des EDS, va permettre une dynamique allant vers une socialisation du dispositif des EDS. Dans ce sens, les dimensions de genre, de religion et d'implication des familles dans les EDS qui constituaient les principaux points de divergence entre les communautés et les acteurs seront intégrées dans les nouvelles dispositions.

Dans l'optique de « lever les réticences », les discours et pratiques qui vont être entrepris rendent compte d'un effort continu de la Croix-Rouge pour aider à l'acceptation du dispositif et trouver une sorte de point d'équilibre avec les populations. La Croix-Rouge évoque, une nécessité d'« humaniser les pratiques pour apaiser les communautés ». La concrétisation de cet engagement va se décliner déjà par le glissement terminologique d'Enterrement sécurisé vers celui d'Enterrement Digne et Sécurisé (EDS). La prise en compte de la dignité se traduit par un ensemble de mesures correctrices se rapportant aux équipements, à la place accordée aux familles dans la

préparation des corps et l'enterrement, à la communication et au respect des codes locaux dans la gestion de l'espace funèbre (Faye, 2015b).

En matière d'équipement, on note par exemple le changement de couleur des sacs mortuaires qui sont désormais de couleurs blanches et la possibilité pour les familles de mettre le corps sous linceul après la sécurisation du corps. Concernant la communication et la place accordée aux familles, les agents procèdent à la préparation des solutions chlorées sur place, tentent de respecter le genre dans la composition des équipes et le rituel de l'enterrement. De manière concrète, l'organisation des équipes est fonction du genre de la personne décédée : les agents de sexe féminin s'occupent des corps des femmes et des hommes pour traiter ceux des hommes ; quand c'est un musulman qui décède, celui ou celle qui est impliqué doit être de la même religion afin d'aider à observer les rites de gestion du corps en respect aux pratiques édictées par la religion. On va arriver à un moment où des membres de la famille seront habillés pour participer au traitement des corps.

Malgré l'introduction progressive de ces pratiques visant le respect de la dignité des défunts et des familles, les EDS peinent à faire l'unanimité. Cette « insatisfaction » continue des communautés peut s'expliquer d'une part par le déficit persistant de communication autour de ces nouvelles mesures, et aussi par le fait que ces améliorations de la Croix-Rouge s'inscrivent bien souvent dans la continuité de la logique de son argumentaire bio sécuritaire et par conséquent ne coïncide pas aux attentes des communautés. Il existe encore, malgré les évolutions connues, des aspects dans la réalisation des enterrements qui ne sont pas bien acceptés par les communautés. Dans ce sens, la mise dans le sac, mortuaire, la pulvérisation des corps, et la systématisation des enterrements sécurisés même dans des situations où le lien épidémiologique n'est pas établi vont constituer un ensemble d'éléments qui ne facilitent pas les relations entre les communautés et les équipes des EDS.

« Malgré les progrès relevés ci-haut, l'on observe de nouvelles formes de réticence marquées par des pratiques de dissimulation des malades, et même des corps, d'enterrements non sécurisés de corps non prélevés, une grande mobilité des contacts, des cas suspects perdus de vue. D'autres formes de résistance passive (silence communautaire, refus de parler de la maladie, intériorisation de la douleur, interdiction de pleurer les morts pour les enterrer discrètement, etc.) exigent une analyse approfondie de toutes les stratégies mises en œuvre

depuis le début de l'épidémie, en vue d'une amélioration de nos démarches et une pérennisation des leçons positives acquises »⁷⁵.

Au-delà, les faveurs accordées aux autorités, leur permettant d'outrepasser les protocoles définis en transférant les corps de leurs défunts parents pour être enterrés dans leurs villages par exemple, ont fini par exacerber les communautés. En d'autres termes, la capacité de contournement des normes par certaines catégories de personne en raison de leur statut ou position sociale va conduire le reste de la communauté à revendiquer la possibilité de jouir des mêmes privilèges.

« C'est un poids deux mesures, c'est ça. Mais je crois que nul ne doit avoir le droit, quel que soit son statut de summum de sultanat ou même quand il est imbibé du syndrome de Bourguiba, s'il a fait quelque chose dans, récemment le ministre délégué à la défense, son frère qui était l'ex-maire d'ici, il était très réputé dans toutes les manières ça il faut le dire, mais il est décédé, on a pris le corps là-bas on l'a amené ici. Il est décédé à Conakry, on l'a amené ici, on a attendu 3, 4, 5 jours pour l'enterrer ici ; au citoyen simple on dit Conakry, il ne bouge pas alors que le ministre de la Défense se serait vanté devant tous et à la télé même pour dire, mon frère a rendu l'âme, il a été enterré ici, il n'a pas bougé chez lui à Coyah là-bas il aurait pu partir là-bas, il serait parti là-bas, il est resté là, il a été enterré par la croix rouge. Je suis d'accord que l'enterrement est sécurisé OK, je suis d'accord ça s'est sécurisé, mais pourquoi ce déplacement ? il y a d'autres personnes qui sont venues, des citoyens simples sont venus d'ailleurs, on a intercepté le corps et on les a enterrés ici, mais les "dinosaures" de l'État on dit bon il faut faire quand même le test et si le test s'avère négatif maintenant tu peux l'amener ailleurs » **IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015.**

⁷⁵ Note conceptuelle. Atelier d'élaboration d'un plan de relance et de renforcement du système de communication pour une Riposte efficace aux épidémies et catastrophes en Guinée. Paryss Kouta, OMS, Conakry, Septembre 2015.

1.2.3 Les mobilisations spontanées : des formes singulières d'engagement citoyen face aux pratiques d'engagement de la Riposte

En dehors des formes d'implication des communautés suscitées par le dispositif, l'observation sur le terrain laisse entrevoir d'autres formes de mobilisation plus ou moins spontanées et qui dans ce cadre-ci sont initiées par les communautés. Il a été observé au niveau des communautés un ensemble d'attitudes et de comportements en réponse à l'intervention de la Riposte. Dans plusieurs localités, les populations ont à leur manière développer des mécanismes de prévention et de protection contre l'arrivée de l'épidémie chez eux, se sont mobilisées pour soutenir et prendre en charge les besoins de leurs communautés pendant les moments de la crise sanitaire et enfin pour réagir à la manière dont le dispositif mène la Riposte. Il est important de préciser que l'intervention des communautés n'a pas attendu la mise en place d'un dispositif. Dès lors il devient important de s'intéresser aux différentes formes de mobilisation initiées par les communautés. Ainsi nous allons d'abord à partir d'une approche ethnographique décrire ces différentes formes de mobilisation, les acteurs ainsi que les mobiles de ces mobilisations. L'intérêt que nous accordons à cette relecture des attitudes, pratiques et comportements considérés comme de la « réticence » répond au besoin d'une meilleure compréhension de la réponse communautaire et des mobilisations observées durant l'épidémie.

« Prises dans leur ensemble, les réticences multiples montrent qu'un fond de méfiance existe et perdure, qui peut se lire comme une résistance unifiée de la part des Guinéens. De même pour les rumeurs qui, également prises dans leur ensemble, constituent une opinion publique (Wahnich, 2000). Pour les concepteurs de la Riposte, les "sensibilisés" sont censés acquérir des savoirs et des savoir-faire nouveaux et suivre le chemin, sinueux, mais continu, d'une appropriation de ces savoirs, sur la base de la confiance, et des connaissances ou des ressources qui leur sont fournies, à propos de virus dangereux et de risques de pandémies mondiales. Mais les populations ne suivent pas seulement le fil continu de l'apprentissage ; elles développent aussi une capacité à articuler l'adhésion à des comportements prescrits avec le refus d'autres, à coopérer à certains moments et à manifester des réticences à d'autres. » (Fribault, 2015)

1.2.3.1 S'engager pour se protéger et prévenir l'arrivée de la maladie

En matière de prévention, les discours communautaires rendent compte de logiques et de pratiques de prévention/protection contre le « mal ». Qu'Ebola soit attribuée à un mauvais sort, à une fabrique politique, qu'il soit réel ou infondé, il s'observe tout de même des investissements auprès de la communauté allant dans le sens de se prémunir de ses effets néfastes. Sous des formes individuelles ou collectives, ces logiques et pratiques se modulent selon les conceptions de la maladie et s'inscrivent parfois dans la continuité de celles proposées par la Riposte. Sous ce rapport, lorsque les individus sont inscrits dans la logique du *fossi* et de la sanction divine, se protéger consiste à s'éloigner des personnes porteuses du *fossi* et de leurs biens ou à recourir aux guérisseurs/devins pour soigner et conjurer les sorts ou tout simplement à retourner vers le milieu d'origine pour bénéficier de la protection de sa famille.

Par contre quand Ebola est conçue comme du « bioterrorisme » ou « une sanction politique », les comportements de protection consistent à éviter toute interaction avec les vecteurs de cette maladie. Ainsi, dans les différentes localités visitées dans le cadre de la collecte de données, il a été observé un ensemble de mesures développées par les communautés dans la logique de se protéger contre l'arrivée de la maladie dans leur localité. Dans une logique de protection contre ce « mal » inconnu, des jeunes ont barricadé les entrées de leurs villages, ont affronté les équipes de la Riposte pour empêcher par tous les moyens que la maladie n'arrive chez eux. Les femmes vont de plus en plus s'opposer à la fréquentation des écoles afin d'éviter que leurs enfants soient soumis au protocole de prise de température par le thermoflash considéré comme un des multiples moyens de diffusion de la maladie. Cette mesure défensive, comme il est important de le préciser, va concerner tout moyen pouvant permettre à la maladie d'entrer dans la communauté. Dès lors, le malade venu d'une autre localité, les équipes de la Riposte ou un autre acteur impliqué de près ou de loin dans la gestion de cette maladie sont considérés comme un vecteur donc comme un « ennemi » dont il faut se protéger.

Un système de contrôle et de suivi des étrangers est très rapidement élaboré dans certaines localités en particulier à Téliélé, qui a été un des exemples phares de la mobilisation des communautés dans la prévention contre la maladie. L'histoire de Téliélé commence par un premier cas décédé au niveau de l'hôpital de la localité en mai 2014. La défunte, une dame du village voisin de

Sogoroyah avait quelque temps plutôt rendu visite à un oncle malade à Conakry et présente une maladie à son retour. L'absence de cas d'Ebola dans la zone avec un contexte où l'ensemble des actions de lutte sont orientés vers les zones infectées notamment Conakry la capitale et la région Forestière, laissant vierge le reste du territoire national, la dame reçue à l'hôpital reçoit un traitement contre la typhoïde et va mourir quelques jours plus tard. Cependant les cas de décès qui vont s'observer par la suite dans sa famille vont pousser les acteurs locaux de la santé à investiguer autour du cas et à établir un lien épidémiologique. Cet événement va faire de Télimélé, un nouveau foyer d'Ebola.

Ce qui ressort de particulier dans l'histoire de Télimélé, au-delà de l'intervention de MSF, c'est surtout la mobilisation des populations pour freiner l'avancée de l'épidémie. Dès la confirmation de la situation de contamination, les différentes forces vives de la communauté se sont organisées et mis ensemble un dispositif de lutte contre l'épidémie. Même si des mécanismes similaires sont suscités dans différentes localités sous l'impulsion de l'UNICEF ou d'autres acteurs de la Riposte, la spontanéité avec laquelle s'organise le comité de veille de Télimélé rentre dans le cadre des faits inhabituels de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Ainsi on verra une mobilisation des différentes autorités administratives, religieuses et traditionnelles, des communicateurs, instituteurs, mais également des ressortissants de cette localité établis dans la Diaspora qui mobilise à leur niveau des fonds mis à disposition des acteurs à la base pour rendre accessibles les outils nécessaires à la lutte.

Dans le lot des acteurs, les jeunes également vont se distinguer de par leur implication. Une équipe de quatorze jeunes motards va être mise au centre des activités de suivi des contacts. Cette importante mobilisation de la population de Télimélé face à l'épidémie va permettre d'éteindre le foyer épidémique en un temps-record alors que la région Forestière où s'est déclarée l'épidémie est toujours une zone active. En termes de résultat, on constate que, sur les 26 cas confirmés d'Ebola dans la préfecture de Télimélé (région de Kindia), 10 cas de décès seront enregistrés soit 38% de létalité, bien en dessous de la moyenne nationale à hauteur de 60% en cette période.

« À Télimélé il y'avait eu un cas et toute la Guinée a parlé de leur comportement, la communauté s'est levée pour arrêter l'unique cas, et tous ceux qui étaient là, personne n'a bougé, tout le monde est là ; ils ont même mis des cordons sanitaires. C'est à travers l'histoire

de Téliélé que j'ai entendu parler du mot cordon sanitaire, n'étant pas spécialiste de la santé et du mot réticence...Téliélé c'est qu'il y a eu un cas à Téliélé et depuis lors, les populations se sont levées pour dire personne ne bouge, tout le monde va rester là et de deux, tous ceux qui vont nier la maladie, la communauté s'occupe de l'intéressé et va prendre le mégaphone pour aller dans le marché hebdomadaire pour aller encore démentir sa position, pour dire qu'attention, cette maladie est là et donner des messages qu'on va lui doter pour aller dans les marchés hebdomadaires. Donc nul n'osait dire dans la communauté que c'est faux. » **IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015**

Pourtant si l'expérience de Téliélé a été citée en exemple et félicitée par les différents acteurs, il convient dans une lecture critique de nous interroger sur les différences d'appréciation et d'effets des engagements communautaires par rapport aux autres localités. En d'autres termes, on constate que les formes d'implication de la communauté dans les activités de gestion de la lutte contre Ebola au niveau de la Guinée-Forestière (Macenta, Guéckédou, N'Zérékoré, etc.) ou encore en Basse-Guinée (Coyah, Forécariah, Dubréka, etc.) ont été considérées comme de la « réticence » et conduit même à des formes d'imposition des mécanismes du dispositif (CVV, comité de levée des réticences, etc.). Si une lecture réductrice conduit certains acteurs à interpréter ces différences sur la base d'arguments ethniques distinguant encore une fois en Guinée, les Peuls, les Soussous et les Forestiers, l'analyse des contextes permet d'identifier des caractéristiques particulières qui décrivent des profils sociopolitiques distincts de ces différentes localités.

Téliélé fait partie de la région de Kindia au même titre que Coyah, Forécariah et Dubréka, mais se distingue par une population à majorité Peul. Les Peuls sont un groupe ethnique qui se caractérisent par une la culture religieuse islamique qui prône des valeurs de solidarité, d'entraide et surtout de respect des règles émises par les autorités en particulier dans les situations difficiles. Cette citoyenneté ethnique s'est manifestée comme décrit plus haut dans les formes de solidarité développées par la diaspora pour appuyer les efforts communautaires de lutte contre l'épidémie. La communauté forestière que l'on retrouve par contre au niveau de la Guinée-Forestière se caractérise par une diversité de groupes ethniques ainsi que des divisions historiques conduisant certains à adopter des stratégies de repli identitaire peu favorable à la reconnaissance des engagements citoyens. On peut rappeler à ce titre les manifestations des jeunes de Guéckédou

contre la réception de malades venant des localités environnantes avec qui ils entretiennent des conflits politiques latents et qui se réarticulent dans un contexte d’Ebola. Cependant, les localités de Forécariah, Coyah et Dubréka en Basse-Guinée se distinguent, elles, par leur statut de zone transfrontalière et de transit avec des dynamiques transversales (entrée vers la capitale, frontières avec le Liberia et la Sierra Leone).

Cependant, si à Téliélé les mobilisations des communautés ont mieux exprimé les comportements édictés par le dispositif lui valant même l’expression de « succès story » et repris en exemple au cours des différentes activités de sensibilisation en modèle d’implication des communautés dans la lutte contre Ebola, il existe dans d’autres localités des formes de mobilisations spontanées qui ont elles également décliné une forme d’implication des communautés à la lutte contre l’épidémie. Ainsi, on verra par exemple que dans les localités de Konsouta (Wonkifong, Coyah), ou encore à Bonfé (Wonkifong, Coyah), que les barricades érigées par les communautés au niveau des points d’entrée des villages ou encore les comités de surveillance organisés par les jeunes au niveau des limites des villages pour empêcher les intrusions contre toute personne étrangère et susceptible d’être un vecteur de la maladie dans la localité. Cette protection, au-delà de la défense des frontières, va aussi s’intéresser à la surveillance des points stratégiques comme à Kaback où les puits vont faire l’objet d’une très haute surveillance.

Toujours dans l’optique de la prévention et de la protection, il est important d’invoquer les modifications observées dans les pratiques religieuses. Dans les mosquées, un ensemble de mesures ont été prises par les communautés afin d’implorer la « grâce divine » à travers des prières purgatoires, mais également en opérant à des changements de pratiques telles les salutations après la prière ou même le fait de se coller l’un à l’autre comme il est de coutume dans la prière. Dans l’église, des modifications ont été également observées.

« Et pour vous dire que la maladie a été prise au sérieux au niveau de nos églises, il y a des rites, des rituels qui ont même changé, il y a des rites qui ont changé, des étapes dans notre prière qui ont changé. Par exemple dans les églises catholiques, il y a un moment qu’on appelle baiser de paix, où il faut partager le baiser de paix avec ton frère qui est à côté de toi ; donc nous nous serrons la main pour nous donner la paix du Christ parce que notre

Seigneur Jésus Christ, à chaque fois qu'il voulait parler à la foule, disait que la paix soit avec vous. Et donc cette paix de notre Seigneur Jésus Christ, comme chrétien, nous la partageons pendant la prière, pendant la messe ; donc à un moment donné il y a le baiser de paix qu'on se partage, que la paix soit avec vous. Donc à cause de ce, de cette maladie, nous avons, pendant un moment, supprimé ce rituel, se serrer la main. Donc nous nous saluons par les yeux, par la tête (rires). Ce n'est quand même pas facile hein, ce n'est pas facile pour un début, mais on a réussi, car on s'est dit, dans l'humilité, nous devons l'obéissance à nos chefs religieux, car les évêques de Guinée se sont retrouvés. La conférence épiscopale a décidé que cette partie de nos rituels qu'on l'enlève, mais dans l'obéissance nous avons tous adhéré et on l'a enlevé et depuis le lancement de cette lutte, le lavage des mains est de rigueur à l'église ». **IDI_Membre comité de levée des réticences_Coyah_Mars 2015**

En dépit des mesures collectives de prévention et de protection face à la maladie, on a également assisté au développement de mesures plus individualisées avec la mise en place des kits d'hygiène dans l'environnement immédiat avec des bouteilles d'eau récupérées pour servir de dispositif de lavage des mains. Il s'en est suivi aussi une limitation des cérémonies pouvant occasionner de grands rassemblements. Dans le quartier Nord 2 de Coyah où s'est développé le premier foyer d'épidémie d'Ebola, les populations vont à partir d'un moment s'organiser pour mettre en place des mécanismes de prévention contre l'arrivée de l'épidémie. Après l'extraction des cas de malades qui a suscité des remous du fait du refus exprimé par une partie des voisins face à l'envoi des malades au CTE de Donka pour leur prise en charge, les cas de guérison ont fini par influencer les rapports que les populations de ce quartier entretiennent avec la maladie. Ainsi, la population va beaucoup plus s'approprier des activités de lutte contre Ebola et se met à l'avant-garde des initiatives pour empêcher le retour de la maladie dans leur quartier : les pratiques de lavage des mains sont observées et les populations s'activent pour la surveillance communautaire des cas de malades suspects où face à l'arrivée de personne étrangère au quartier.

« On s'est réuni, et a dit que cette maladie qui est venue est une réalité ; elle a fait beaucoup de décès, ce que nous n'avons jamais vu depuis que nous sommes nés. Donc comment on va combattre cela ? Donc on va s'unir, on va faire des sacrifices, on va se laver les mains avec de l'eau chlorée, même pendant la prière, il ne faut pas qu'on se frotte. Donc nous, nous

étions en quarantaine pendant 21 jours. » **IDI_Voisin de famille affectée_Quartier Nord
2_ Coyah_Mars 2015**

1.2.3.2 Engagement solidaire au nom du bien-être commun

Les mobilisations des communautés se sont également manifestées sous la forme d'un soutien, une assistance des membres de la communauté pour lutter contre la menace que constituait la maladie vu son caractère ravageur. Dans plusieurs localités, les ressortissants, les commerçants, la diaspora, disons, les actifs de manière générale se sont mobilisés financièrement pour faire un appui aux communautés en particulier dans l'achat de kits d'hygiène, mais aussi sur la sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène. On peut noter à Forécariah, l'initiative des femmes du marché qui se sont associées pour acheter des kits de lavage des mains.

Dans la localité de Télimélé, localité citée en exemple en raison des effets considérables de l'implication des communautés dans la Riposte contre Ebola, il a été observé une participation importante des ressortissants de cette communauté et de ses autorités locales qui s'est manifestée par des transferts d'argent pour permettre de rendre disponible les moyens de prévention et de lutte contre l'épidémie. Ainsi, la conjugaison des différentes actions entre autorités locales, les ressortissants de la localité ainsi que les humanitaires en particulier MSF qui a mis en place un CTE dans la localité et la Croix-Rouge ont permis d'arriver au résultat de 75% de malades guéris sur la période de juin à juillet 2014⁷⁶.

À ce niveau, il importe de préciser que la question de l'implication des ressortissants comme catégorie d'acteurs dans le cadre de la Riposte a été différemment appréciée. Si la présence de ces derniers est bien reçue au niveau des populations de Télimélé, les événements observés dans la région Forestière offrent une autre image de l'implication de la catégorie des ressortissants. À cet égard, il convient d'exprimer la distinction que les communautés opèrent sur les catégories de personnes qui se retrouvent dans ces cadres. Cette observation permet de distinguer l'effet du

⁷⁶ « Vidéo : Télimélé, le village guinéen miraculé d'Ebola ». 2014. *France 24*. Octobre 28. <http://www.france24.com/fr/20141028-video-guinee-village-miracule-telimele-ebola-epidemie-oms-medecins-sans-frontiere-prevention>.

capital social des acteurs sur ces dispositions et ces capacités à engager les communautés vers des initiatives. En d'autres termes, les communautés font une distinction entre des acteurs qui avant Ebola s'intéressent à la vie sociale de leur localité et ceux qu'elles considèrent comme des acteurs de circonstance et qui selon ces derniers sont beaucoup plus mues par des intérêts personnels (moyens mis à leur disposition pour réaliser les activités) au détriment de l'intérêt des collectivités.

Dans les formes de mobilisation de soutien, on peut également notifier l'implication des malades guéris qui s'est beaucoup manifestée au niveau communautaire, et même dans les CTE. En raison de l'immunité déclarée à ces derniers après leur guérison et leur disposition à ne plus faire l'objet d'une réinfection, les sortis guéris ont été mobilisés dans les CTE pour appuyer l'offre de soin notamment à travers le soutien psychosocial qui devient de plus en plus un inconditionnel du traitement contre la maladie à virus Ebola. La mortalité que provoque la maladie a conduit à réduire de manière significative l'espoir de guérison pour beaucoup de patients malgré les soins reçus dans les CTE. Au-delà, on peut également mettre sur la balance l'influence des informations qui arrivaient aux patients de l'extérieur des CTE. En raison d'une dynamique vers l'ouverture des CTE et leur socialisation, il a été permis aux patients de disposer de téléphones portables afin de pouvoir communiquer avec leurs familles.

Cependant, cette approche va au-delà des effets positifs qu'elle produit, c'est-à-dire en permettant à la famille d'avoir des nouvelles sur le malade, être à la source d'un ensemble d'effets pervers. En d'autres termes, du fait de la pluralité d'informations qui circulent sur Ebola en dehors des centres, certains patients vont être influencés depuis l'extérieur à ne plus observer les thérapies de soutien offert au niveau des CTE impactant par la même occasion sur le taux de létalité dans ces structures de soins. La mobilisation de malades guéris va dès lors avoir pour objectif de faire d'eux des exemples de réussite de l'offre de soin, mais également en soutien pour la prise en charge des enfants, au niveau de la pédiatrie. Leur implication a été également visible au niveau communautaire dans la réalisation d'activité de sensibilisation, mais également la prise en charge des enfants dont les parents ont été internés au niveau des CTE à travers la mise en place du programme de famille d'accueil soutenu par l'UNICEF dans son volet de protection.

« Par rapport à l'activité là et principalement la base de notre recrutement est due à ça, donner de l'espoir à la personne qui est là, qui croit plus en sa mort qu'en sa survie comme nous.

Moi j'ai au départ, j'étais HP qui signifie en anglais health promotor, agent de promotion de la santé, faire les sensibilisations dans les quartiers, parler d'Ebola aux gens et surtout leur faire comprendre que, il est vrai que Ebola est une maladie mortelle, mais il est vrai aussi qu'on guérit dedans et qu'une fois qu'on est guéri dedans on est plus contaminant, on n'a plus le virus dans le sang. Et là c'était une étape, mais maintenant actuellement, je suis conseiller psychologique, donc c'est une assistance au niveau des malades parce que quand quelqu'un est infecté et qu'il est guéri d'Ebola, il comprend la douleur de la personne qui est là, quand tu rentres, tu te vois à sa place, c'est ton passé que la personne est en train de vivre dans le présent. Donc je suis là, je leur parle, je leur apporte mon soutien, je leur dis que j'ai été malade tout comme eux, j'ai perdu des parents tout comme eux, mais cela n'a pas fait que j'ai baissé les bras, j'ai continué mon combat et ce combat-là, c'est pour lui de donner de l'espoir, lui dire qu'il doit se battre pour retrouver sa santé et qu'à son tour il doit aider d'autres personnes à retrouver la santé, les personnes qui sont malades. » **Témoignage d'un sorti-guéri devenu conseiller psychologique au CTE Donka, Conakry**⁷⁷

« Notre particularité dans la sensibilisation c'est de prouver aux gens que par la grâce de Dieu nous-même nous avons vécu au CTE, nous sommes tombés malade, et dans ce cas si nous sommes guéris d'Ebola c'est que la chance, la probabilité est là que Ebola tue, mais si tu vas vite au CTE tu pourras t'en sortir, ça c'est un et de deux, les rumeurs qui couraient ici comme quoi que Ebola c'est de l'imagination, c'est l'État qui a fait le plan c'est une maladie qui a été envoyé, les gens disent que c'est au CTE qu'on tue les gens et que nous on a aussi été CTE on n'est pas mort on est là aujourd'hui on peut être des messagers clés pour montrer à ceux qui nous connaissaient bien avant que l'on soit au CTE de croire à l'existence de la maladie et contribuer à la sensibilisation. C'est ce qu'on a pensé et on s'est impliqué pour montrer aux gens qu'Ebola est grave, mais si on part au CTE à temps on peut s'en sortir. »
IDI_Malade guérie_Membre Association des Personnes sorties guéries et affectées d'Ebola_Coyah_Mars 2015

⁷⁷ <https://youtu.be/V118UMexMLY>

1.2.3.3 Revendication, réclamation d'une reconnaissance des communautés

Les mobilisations des communautés ont également pris des allures revendicatives face aux mécanismes de gestion mis en place par la Riposte. Il est important de préciser que ces mobilisations ont pris des formes violentes avec des affrontements entre les équipes de la Riposte et les communautés. Une lecture de quelques événements permet d'élucider et de réinterroger les mobiles de ces réactions des populations. La tuerie de Womey a été le plus violent et le plus meurtrier événement qu'a connu la Guinée de toute l'histoire de l'épidémie d'Ebola. Une équipe constituée d'autorités politiques et administratives a été tuée suite à leur intervention dans cette localité pour une sensibilisation des communautés. Au début de l'épidémie, l'origine imprécise et douteuse de la maladie a créé un climat suspicieux et tendu au niveau des communautés. La question des enterrements sécurisés va encore accentuer la situation en particulier avec sa systématisation.

« On ne lave pas les corps, on les traite pour les sécuriser et protéger ainsi le reste des membres de la famille » **IDI_superviseur préfectoral Croix-Rouge Guinée_Coyah_Juin 2015**

Ainsi comme le permet le constat, les pratiques de sanitation et de gestion des corps mis en œuvre en particulier par la Croix-Rouge selon le protocole de gestion et d'inhumation sans risque de contamination des décès au niveau communautaire dans les zones infectées en période d'épidémie remettent en cause toute la symbolique et le rituel autour de la mort et du rituel d'ancestralisation (Le Marcis & Gomez-Temesio 2017). Cette situation n'a pas manqué de provoquer des effritements entre les communautés et les équipes de la Riposte. Si pour les équipes de la Riposte, la protection de la famille, du moins de ce qui en reste passe par la sécurisation des corps pour rompre la chaîne de transmission, la logique reste différente au niveau des communautés.

« Dans ces sociétés où la mort s'accompagne d'un ensemble de rituels traditionnels comprenant la préparation du corps et l'invocation des esprits avant l'enterrement, quand on explique aux gens qu'il ne faut pas toucher les corps des victimes d'Ebola, ils ne comprennent pas. Du point de vue des traditions, il faut se soumettre aux rites d'interrogation

du corps, pour connaître l'origine de la mort, savoir si la personne est décédée de mort naturelle ou de mort "sorcellaire". Il faut donc toucher le corps. »⁷⁸

Il est important de convoquer quelques événements historiques qui ont marqué les enterrements sécurisés en Guinée. À Forécariah, lors d'un enterrement les équipes de la Croix-Rouge ont fait tomber le corps du défunt. Cet événement parmi tant d'autres a provoqué des réactions violentes de la part des communautés qui ont saccagé des infrastructures, caillassé les véhicules des équipes de la Riposte et considéré les équipes de la Croix-Rouge comme « persona non grata » dans les villages.

« Plus spécifiquement, les attitudes face aux enterrements dignes et sécurisés expriment une critique d'un dispositif technique centré sur la biosécurité, qui retire aux familles leurs droits et nie leur capacité de gestion sécuritaire de l'espace mortuaire. Finalement, les attitudes dites réticentes témoignent d'une réaction à une violence structurelle produite par la Riposte et correspondent à des formes de mobilisation pour revendiquer une meilleure reconnaissance du rôle des communautés dans la gestion de l'épidémie » (Faye, 2015b, p.1).

À Wonkifong également l'installation du CTE va être source de discorde entre les acteurs de la Riposte et les communautés résidentes en décembre 2014. L'absence d'un CTE dans la région naturelle de la Basse-Guinée et l'incapacité du seul CTE de Donka (Conakry) d'accueillir tous les malades de la Basse-Guinée a motivé la décision de l'État guinéen d'installer un CTE dans la préfecture de Coyah pour accueillir les malades d'Ebola. Toutefois, le choix du site va poser des problèmes dans le sens où les populations de la sous-préfecture de Wonkifong vont catégoriquement s'opposer à l'installation du CTE dans leur localité. Les populations ont ainsi témoigné leur désaccord face au choix de leur localité et cela même envers les autorités administratives et locales qui ont essayé de faire un plaidoyer auprès des communautés. Le ministre délégué à la défense qui est un ressortissant de la sous-préfecture de Wonkifong a essayé

⁷⁸ « Ebola : Les anthropologues, composante clé de la Riposte. » 2015. *SciDev.Net Afrique Sub-Saharienne*. Consulté le juillet 16. <http://www.scidev.net/index.cfm?originalUrl=afrique-sub-saharienne/sante/article-de-fond/ebola-les-anthropologues-composante-cl-de-la-Riposte.html>.

de sensibiliser les populations, en particulier la famille détentrice du domaine qui a été choisi pour l'installation du CTE et qui a refusé de le céder. De l'autre côté ou, disons, dans presque toutes les localités, les différents acteurs mobilisés par la Riposte sont confrontés au refus des populations. À Bonfé, les populations ont été réfractaires à l'intervention des équipes de la communication au lendemain du décès de l'Imam et du président des jeunes. Pour finir, les attitudes revendicatives des communautés sont également nourries par la systématisation des protocoles épidémiologiques. Dans une circulaire de la coordination nationale de lutte contre Ebola, il y est décrit un ensemble de mesures définies pour le contrôle rapide de l'épidémie sur une période comprise le 15 mars et le 15 avril⁷⁹. Durant cette durée d'un mois, il est systématiquement demandé de :

- ✚ Fermer les cabinets privés et clandestins qui n'appliquent pas les mesures de prévention et ceux par lesquels des malades ou des personnes décédées ont transité sans notification aux services de Riposte ;
- ✚ Poursuivre en justice toute personne qui cache des malades ou déplace les corps d'une localité à une autre
- ✚ Faire enterrer par les agents de la Riposte (Croix-Rouge ou protection civile) tout corps intercepté et mettre en fourrière le véhicule et poursuivre les auteurs en justice
- ✚ Inviter la population à organiser des cérémonies funèbres dans l'intimité familiale et limiter les voyages et les déplacements pour les condoléances
- ✚ Inviter les forces vives de la nation à se mettre à l'avant-garde de la Riposte en vue de mobiliser toute la population à respecter les mesures de prévention et appuyer la sensibilisation de la population pour le transfert des cas suspects aux centres de traitement et faire en sorte qu'il n'y ait plus de décès à domicile sans assistance médicale

La mise en œuvre de ces différentes recommandations va effriter à nouveau les relations entre les populations et les acteurs. La systématisation de ces mesures, en particulier les EDS va

⁷⁹ Les mesures pour le contrôle rapide de la fièvre hémorragique à virus Ebola durant le plan intérimaire du 15 mars au 15 Avril. Circulaire n°0937.CNRE, Coordination nationale de lutte contre la maladie à virus Ebola, Conakry, le 17 Mars 2015.

difficilement être acceptée par la communauté. L'utilisation systématique des technologies mobilisées dans le cadre de la Riposte a fini par construire une idée d'outils de détection de la maladie, de surveillance des communautés plutôt que de diagnostic des symptômes. La décision du dispositif de soumettre tout cas de décès à une investigation préalable par les équipes de surveillance va trouver une réponse communautaire qui exprime un besoin de respect de leur intimité dans la gestion de leur parent.

« Aujourd'hui, nous étions allés dans le village de Katanta pour lever une réticence. En fait, il y a eu un décès communautaire signalé dans le village et la commission alerte à dérouler les opérations d'investigation. Une première équipe s'est rendue dans le village où le décès a été signalé pour s'enquérir de la situation et comme il était devenu de coutume pour tout cas de décès communautaire, de procéder à un prélèvement sur le corps pour faire une expertise. Cependant, les équipes ont été confrontées à une réticence des populations. Selon les villageois, le défunt en personne a été mordu par un serpent et c'est suite à cette morsure qu'il est décédé. Dès lors, ils étaient très réfractaires à l'expertise qui avait pour but de voir si le défunt n'avait pas la maladie. Il y a alors une confrontation, car les villageois on dit niet aux équipes. Le chef de mission a tenté de les persuader et tout, mais depuis ma voiture, car pour nous les chauffeurs la consigne était de rester dans le véhicule, je voyais la foule s'organiser et les villageois commençaient à sortir de partout pour manifester leur désaccord. Alors je me suis mis à klaxonner pour demander au chef de mission de laisser tomber et de nous en aller. Ce dernier qui, au début, s'entêter et voulait coûte que coûte persuader les populations a finalement été pourchassé et a dû détalier pour arriver dans la voiture »

IDI_Chauffeur_DPS_Coyah_Mars 2015

Ces différents éléments que nous avons convoqués plus haut ont souvent été caractérisés de « réticence » par les acteurs de la Riposte. Dans l'exemple précédemment décrit sur la petite histoire qui s'est produite à Bonfé, le comportement des communautés a été tout de suite caractérisé comme de la réticence or lors des discussions avec ces derniers, les communautés disent avoir agi au nom d'un besoin d'intimité et de leur droit de pleurer leur mort au moment où, pour les équipes, l'objectif était de venir faire des investigations autour du défunt.

« Voilà deux cas qui se présentent, parce que la participation communautaire n'est pas que positive quelques fois, elle peut aussi présenter une face négative derrière laquelle vous pouvez faire des propositions positives parce que tant que vous n'écoutez pas une personne dans ses problèmes on ne pourra pas trouver des mesures pour faire face à lui. Mais écouter une personne dans ses problèmes, ça te permettra de venir l'aborder parce que déjà tu connais quelles sont ses difficultés. Quelqu'un qui vient même moi par exemple dans un milieu réticent en plein souci, il nous dit foutez le camps d'ici, vous êtes corrompus parce que vous vous gagnez de l'argent, on vous donne des millions, vous avez des véhicules neufs, nous on est endeuillé, vous voulez nous dire de laisser la Croix-Rouge enterrer nos morts, je comprends celui-ci, il est révolté hein, il est réticent par rapport à notre intervention, mais je le comprends pourquoi il est réticent, deux jours après je peux venir aborder un tel monsieur, il m'a facilité la situation et je lui ai, donc de ce côté-là ces personnes réticentes ne sont pas négatives ; il y a un acte de participation communautaire aussi qu'il apporte tous permettant aux acteurs vis-à-vis desquels ils sont réticents de chercher d'autres stratégies pour venir vers eux et lever cette réticence-là ». **IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Août 2015**

1.2.3.4 Organisation communautaire du « care »

Différentes pratiques ont été observées du côté des populations dans le recours au soin face à l'épidémie d'Ebola. Dès le début de l'épidémie, les constructions sociales de la maladie ainsi que les logiques de la contagion ont beaucoup orienté les comportements de recours aux soins des populations. Un vaste mouvement de retour au milieu social d'origine va être observé du côté des premiers malades, ce qui a favorisé la chaîne de transmission. Le recours à la médecine traditionnelle (tradipraticiens, sorciers, guérisseurs) a beaucoup été aussi observé au début de l'épidémie, ce qui s'explique par les représentations et perceptions que les populations construisent et développent autour de ce « mal » inconnu et qui ne cesse de faire des ravages.

PEUPLE ACTUALITE PEUPLE

Laye KABAKO

UNE SOLUTION TRADITIONNELLE ORIGINALE CONTRE EBOLA I

Avec le grand guérisseur pragmatique, Laye Kabako "Simbo", ce sont les feuilles de plantes médicinales qui quittent la brousse comme par automatisme ou par enchantement pour le retrouver en face de vous qui êtes le patient pour vous guérir de votre mal. Avec lui, vous ne prendrez jamais votre mal en patience et cela constitue vraiment un miracle parmi tant de miracles à son actif pour vous guérir.

C'est incroyable mais vrai, Monsieur Laye Kabako, de par son expérience pour guérir les malades de toutes sortes de maux presque avec des plantes médicinales dont il a le secret pour aider à immuniser toute personne qui sollicite ses services contre la terrible maladie qu'est la fièvre hémorragique Ebola. Une fois consulté, et après lui avoir expliqué de quoi vous souffrez, comme par enchantement ou miracle, ce sont des feuilles de plantes médicinales appropriées qui surgissent à vos yeux pour soulager votre mal ou vos maux, parce qu'il est là pour guérir tous les maux. C'est la médecine traditionnelle, un tradithérapeute ; il a l'art de faire de ces feuilles sélectionnées



KABAKO

l'art de guérir plusieurs maux, expert, il l'est dans le sens de la combinaison, de la compilation, dans le mélange des plantes et feuilles de la brousse pour vous guérir des maux qui vous empêchent de dormir ou qui vous rongent. Et c'est pourquoi, contre Ebola, lui, son vaccin traditionnel original est déjà disponible comme une potion magique, en utilisant les extraits de sa décoction, vous serez immunisé une fois pour toute contre le virus de la fièvre hémorragique qui sème la terreur aujourd'hui en endeuillant des familles, c'est-à-dire le peuple de Guinée. Avec Laye Kabako, n'hésitez pas un seul instant de le consulter. Il est la solution !

une décoction à débarrassent traitements de s'empresment
ingurgiter pour de toutes Laye Kabako pour
apprécier la sorte "Simbo", se le consulter. Il a
la qualité du d'infections ou passent de un don inné en
re m e d e de microbes de commentaire, tant que
de approprié à (Ténias, tellement son guérisseur. Ce
plantes votre mal. Ceci ascaris...) et savoir est savant en
médicinales appropriées qui même autres exceptionnel médecine
surgiront à vos dit qu'avec Ces décoctions v o u s Tous les les malades qui excelle dans
yeux pour soulager votre mal ou vos maux, parce qu'il est là pour guérir tous les maux. C'est la médecine traditionnelle, un tradithérapeute ; il a l'art de faire de ces feuilles sélectionnées



LAYE KABAKO
Guérisseur traditionnel

INCROYABLE MAIS VRAI
Voir vaut mieux que
d'entendre parler du VACLAK

L'INITIATEUR D'UN VACCIN TRADITIONNEL ORIGINAL CONTRE EBOLA I

CONTACTS: (+224) 622 54 88 94 - 662 28 89 85 - 655 98 94 02

UNE SOLUTION POUR ENTER EBOLA I

l'art de guérir plusieurs maux, expert, il l'est dans le sens de la combinaison, de la compilation, dans le mélange des plantes et feuilles de la brousse pour vous guérir des maux qui vous empêchent de dormir ou qui vous rongent. Et c'est pourquoi, contre Ebola, lui, son vaccin traditionnel original est déjà disponible comme une potion magique, en utilisant les extraits de sa décoction, vous serez immunisé une fois pour toute contre le virus de la fièvre hémorragique qui sème la terreur aujourd'hui en endeuillant des familles, c'est-à-dire le peuple de Guinée. Avec Laye Kabako, n'hésitez pas un seul instant de le consulter. Il est la solution !

LE PEUPLE N°040

Le Phascur
AVRIL 2014

Photo 17 : Affiche publicitaire d'un tradipraticien pour la promotion de son offre de soin face à la maladie à virus Ebola (Epelboin, 2014)

Le recours vers la médecine privée va aussi beaucoup être observé en particulier avec la fréquentation des cliniques privées ou le développement d'une médecine à domicile. Dès lors, une certaine défiance se dessine du côté des communautés face au dispositif qui demande aux gens de se rendre dans les structures de santé et de réduire les déplacements des populations afin de contenir et d'endiguer l'épidémie et rompant la chaîne de transmission. La famille est très remarquée dans cette forme de mobilisation et en sera l'actrice principale qui reçoit ses membres

malades, qui définit des itinéraires thérapeutiques pour ces derniers et cherche à restaurer un « état de santé » défectueux.

1.2.3.5 L'engagement citoyen aux prises avec les hiérarchies sociales, les structures de parenté et les dynamiques communautaires

Le caractère collectif qu'implique la déclaration de l'épidémie d'Ebola dans une localité quelconque faisait que même ceux qui croyaient en la maladie et qui voulaient aller vers l'offre de soins étaient contraints par le choix de la majorité. On verra à des moments des divergences entre les communautés qui du fait des discours divers autour de la maladie deviennent de plus en plus réfractaires.

Ce scénario a été observé à Coyah où, dans la famille du premier foyer au Quartier Nord 2, le chef de famille qui voulait envoyer ses parents vers le CTE s'est confronté à la résistance des voisins qui se sont interposés à la décision de ce dernier et ont même essayé d'empêcher le transfert des malades. Il se pose dès lors la question de la prise de décision dans un contexte communautaire où les décisions prises ont une incidence sur l'ensemble du groupe.

« Je me rappelle de cette journée fatidique à Coyah le 22 mars si j'ai bonne mémoire où une famille qu'on appelle famille Kobole, il y a un monsieur c'est un militaire qui est de cette famille les parents ont été atteints d'Ebola, il a compris, il a accepté de livrer ses parents là à la Croix-Rouge voilà pour les transférer dans un centre de traitement quoi, ah ça ça mal tourné, il a été victime de saccage, ses parents sont allés détruire chez lui parce que soi-disant qu'il a vendu ses parents, ses frères c'est ainsi ». **IDI_Membre équipe de mobilisation sociale_Coordination préfectorale_Coyah_Août 2015**

Dans cette situation, ne pas faire état de sa croyance en l'existence de la maladie participait pour certaines personnes à un conformisme qui permet d'éviter les conséquences de la singularité et d'indexation sociale surtout dans les contextes où la logique dominante est la négation de celle-ci. À Kaback par exemple, une sous-préfecture caractérisée de « réticente » où le discours dominant niait l'existence de la maladie, les histoires sociales montrent que lorsqu'on s'intéresse aux discours de manière individuelle, ceux-ci révèlent des rapports pluriels à la maladie. Dès lors, certains habitants se sont donc inscrits dans le discours dominant pour éviter d'être stigmatisés.

« Moi, j'ai compris tout de suite que c'était vraiment une réalité cette maladie. J'ai plus de 50 ans, depuis que je suis né, je vois des maladies, mais une maladie qui vient en l'espace de quelques semaines vider une cour comme ça, je n'avais jamais vu ça. Donc je suis forcé de croire que c'est vraiment une maladie, puisque je n'avais jamais vu ça. Mais je gardais ça pour moi. Dehors sois tu te tais, sois-tu dis comme tout le monde que ce n'est pas vrai, sinon tu risques de te créer des problèmes. On va dire que c'est parce que tu manges dans Ebola que tu dis que c'est vrai » **IDI_Chef de ménage_Kaback_Forcariah_Août 2015**

CONCLUSION PARTIELLE

En définitive, cette partie de notre thèse nous a permis de faire un retour historique et une description des dynamiques spatio-temporelles de l'épidémie d'Ebola en Guinée. En inscrivant cette lecture dans le modèle séquentiel d'analyse des politiques publiques proposé par Jones (1970), nous pouvons retrouver les différentes séquences qui permettent de mieux analyser les événements qui s'y observent et de restituer les différents facteurs qui donnent un caractère particulier à l'épidémie d'Ebola de 2014, notamment la réponse internationale inédite qui a été adressée à l'événement. Pour aller plus loin avec le modèle dissonant des politiques publiques que définit Eboko (2004), nous pouvons distinguer que depuis 1976, l'Afrique, en particulier la région centre (RDC, Soudan, Ouganda, Gabon, et.) fait l'objet de flambées répétées d'Ebola sans que ce problème de santé ne donne lieu au développement de programme ou à son inscription dans les problèmes prioritaires des agendas politiques de santé de ces pays ou au niveau des institutions sanitaires internationaux.

De manière contemporaine également, même après la déclaration tardive de l'épidémie en Guinée qui depuis la fin de l'année 2013 occasionnait des cas de décès importants dans la zone Sud du pays, et plus tard en Sierra Leone et au Liberia, on observe une faible implication au niveau national de ces différents pays et au niveau international des acteurs. D'ailleurs comme nous l'avons décrit dans le corps du travail, l'épidémie d'Ebola est appréhendée comme une flambée sporadique supplémentaire et qui à l'image des scénarios connus, ne constitue pas une priorité. En Guinée par exemple, cela se traduit par les pratiques d'extraversion des tâches publiques qu'introduit l'État en transférant la gestion de la situation sanitaire au bureau pays de l'OMS et aux autres acteurs en particulier MSF et la Croix-Rouge qui investissaient le terrain guinéen à partir d'agendas diversifiés.

Il aura fallu attendre le début de l'été 2014 avec la transnationalisation de l'épidémie (cas de contamination dans d'autres pays de l'Afrique et même en dehors du continent) pour que la communauté internationale prenne conscience de la menace que constituait l'épidémie. Les caractéristiques particulières de la nouvelle épidémie, c'est-à-dire son développement dans des zones urbaines et au niveau des capitales des différents pays (Conakry, Monrovia, Freetown) pour la souche la plus virulente d'Ebola, conduisent les gouvernants des pays concernés et la

communauté internationale à reconsidérer la situation sanitaire qui se produit en Afrique de l'Ouest. L'OMS va ainsi déclarer l'épidémie comme une urgence de santé publique de portée internationale et à sonner la mobilisation internationale pour la lutte contre Ebola qui devient à partir du mois d'août 2014 une menace pour la paix et la sécurité internationale. La mise à agenda d'Ebola à partir des institutions internationales n'est cependant pas une particularité de l'épidémie de 2014. Le continent africain a depuis longtemps été le cadre d'application de politiques ou de programmes développés à partir des institutions internationales. Les études en sciences politiques et plus récemment l'analyse des politiques publiques mettent en exergue un ensemble de critiques autour de ces approches Top-Down qui mettent en exergue les faiblesses des États en Afrique à répondre à la demande sociale.

Cette dissonance qui s'observe dans les différentes séquences de l'épidémie, c'est-à-dire son identification, la définition et le développement des mécanismes de sa gestion à travers des arènes où les différents acteurs aux agendas différents s'affrontent avec une quasi-absence de l'État, va déteindre sur l'efficience et l'efficacité des interventions à répondre à l'urgence de santé. D'ailleurs même à partir du mois d'août 2014, quand l'État décide de s'impliquer, il coordonne la lutte à partir de protocoles et technologies transposées par les institutions étrangères. En outre, on peut constater une absence des populations dans les différentes instances de coordination de la lutte. Les seules formes d'implication se traduisent par des pratiques d'engagement communautaire définies sur une approche développementaliste de la participation : les catégories de la démocratie populaire sont encore mobilisées à l'image des projets de développement et on voit dans les différents villages ou quartiers, différentes légitimités statutaires être inscrites dans des dispositifs préfigurés où ils prennent place et mettent en œuvre des actions planifiées en fonction des besoins du dispositif.

Ces modes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée à partir d'approche standardisée et de technologies transplantées vont conduire les populations à développer un ensemble de réactions face à cette maladie inconnue qui se développe de manière subite dans leur environnement, mais également l'autarcie d'un dispositif qui impose de nouveaux comportements. Dans différentes localités, des attitudes de rejet des technologies et de défiance des acteurs vont s'observer ; si elles sont passives au début, les réactions vont prendre un caractère violent et faire de l'épidémie d'Ebola en Guinée une situation inédite.

Cependant, en prenant le contre-pied de la riposte qui considère ces réactions populaires comme de la réticence, une lecture plus approfondie des discours, attitudes et comportements permet d'en distinguer des rationnels spécifiques. En portant une oreille attentive aux populations, on constate plutôt une forme d'appropriation des modes de gestion de l'épidémie : les populations se protègent contre l'arrivée d'Ebola en sécurisant l'entrée des villages, refusent d'aller vers les centres de traitements qui ne sont rien d'autre que des « mouiroirs » en l'absence de réponse médicale au problème de santé et préfèrent plus tôt s'organiser dans la recherche de soins pour leurs parents et enfin revendiquent la reconnaissance de leur capacité à participer aux efforts de lutte contre une épidémie qui les concerne directement. Les réactions communautaires traduisent également la critique que fait la communauté face à l'imposition de certaines catégories d'acteur dans la lutte, en particulier les élites politiques avec qui ils n'entretiennent pas une relation de confiance. Cette crise de la confiance entre ces protagonistes est d'ailleurs antérieure à Ebola et se voit constamment réarticuler au cours de l'épidémie. Dans la partie qui suit, nous allons à partir de la discussion des différentes données décrites dans cette partie, essayer de faire une analyse et une interprétation des événements qui se produisent en Guinée pendant l'épidémie d'Ebola, mais également en période post-épidémique.

**TROISIÈME PARTIE : GOUVERNANCE DE LA LUTTE
CONTRE EBOLA ET PRODUCTIONS DE CITOYENNETÉ**

INTRODUCTION PARTIELLE

Dans cette troisième et dernière partie de notre thèse, nous nous proposons de faire une analyse et une interprétation des différentes productions des modes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée. À la suite de la description faite sur les conditions de naissance et d'émergence de l'épidémie d'Ebola en Guinée, de l'ethnographie du dispositif de gouvernance et des engagements citoyens multiformes observés de la part des populations dans les différentes zones concernées par l'épidémie, nous proposons dans cette partie d'éclairer notre problématique de recherche à partir des différents facteurs identifiés dans notre cadre théorique de référence. Pour ce faire, cette partie sera organisée en trois (3) chapitres :

- ✚ Dans le premier chapitre, nous allons examiner les contextes historiques, sociopolitiques et ethno-culturels des localités dans lesquelles se développe l'épidémie d'Ebola en Guinée. La question des contextes s'est déclinée comme une perspective de compréhension des réactions communautaires dans le cadre de la Riposte contre l'épidémie d'Ebola. Ainsi, il importe dans ce chapitre de faire un retour sur l'histoire sociopolitique de la Guinée afin de saisir les facteurs qui pourraient permettre de comprendre et d'expliquer les formes d'engagements citoyens des populations dans ces différentes localités et à des périodes distinctes de l'épidémie.
- ✚ Dans le second chapitre de cette partie, nous nous intéressons à l'analyse critique des modes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée. En d'autres termes, il s'agira dans cette partie d'analyser le lien entre les pratiques de gouvernance de l'épidémie et les formes d'engagements citoyens observés en Guinée durant l'épidémie.
- ✚ Le troisième et dernier chapitre s'intéresse, dans une perspective contemporaine, à l'analyse de la question de la citoyenneté dans un contexte post-épidémique. Si l'implication des populations dans les actions de lutte contre l'épidémie s'est déclinée par des formes d'engagements citoyens particuliers, il devient intéressant dans un contexte post-épidémique marqué par le développement des technologies vaccinales, prolongement des actions de lutte contre la maladie à virus Ebola, d'appréhender les formes d'investissement citoyen à partir de l'exemple de l'essai vaccinal PREVAC.

CHAPITRE I : UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET HISTORIQUE QUI INFLUENCE L'EXPÉRIENCE D'ÉBOLA EN GUINÉE

1.1 L'ETHNICITÉ, UNE PROBLÉMATIQUE AU CŒUR DE L'HISTOIRE SOCIOPOLITIQUE DE LA GUINÉE

Le territoire actuel de la république de la Guinée a fait l'objet d'un long mouvement d'implantation des différentes communautés qui la compose. Vers le 10^e siècle déjà, les communautés Malinké et Soussou ont commencé à s'implanter dans cette espace géographique. L'espace qui constitue aujourd'hui la région naturelle de la Haute-Guinée était une partie de l'empire du Ghana entre le 10^e et 11^e siècle puis de l'empire du Mali à partir du 14^e siècle avant de revenir à l'empire Songhaï jusqu'au 19^e siècle. L'implantation de la communauté Peul s'est observée vers le 16^e siècle avec l'islamisation de la région. Les premiers contacts des populations de cette zone géographique avec l'occident commencent avec l'arrivée des missionnaires portugais. Pour faire un peu d'histoire, le traité de Tordesillas (1494) organise le partage du Nouveau Monde entre l'Espagne et le Portugal avec comme limites le méridien. En d'autres termes, les territoires à gauche du méridien reviennent à l'Espagne et tout ce qui se situe à droite du méridien est au Portugal.

Il convient de préciser que l'attribution de ces territoires aux Espagnols et aux Portugais par l'Église catholique avait pour objectif d'intensifier le mouvement d'évangélisation des peuples dans ce Nouveau Monde même si, dans la suite de l'histoire, on observe une tendance vers une colonisation. Les Portugais vont dès lors procéder à l'installation des premiers comptoirs et développent un commerce d'épices, d'huile de palme, d'or, d'ivoire et autre matière première avec les populations. Ce territoire va très bientôt faire la convoitise d'autres puissances coloniales. La France et la Grande-Bretagne vont chercher à s'implanter dans ces zones où le commerce d'esclaves devient de plus en plus fructueux. La France va plus tard déployer son entreprise impérialiste et reprendre la Guinée aux Portugais.

L'histoire des rapports entre la France et la Guinée commence à partir 1838 et va se matérialiser vers 1850 par la constitution du protectorat des Rivières du Sud rattaché au Sénégal dont Conakry

sera la capitale. En 1880, la France va enclencher sa politique coloniale dans la zone et va s'opposer à la résistance armée portée par l'Almamy Samory Touré, souverain d'origine malinké qui gouverne tout le haut Niger, c'est-à-dire la partie orientale de la zone géographique que cherche à occuper la France. Si Samory Touré arrive à conclure des accords avec les Anglais établis en Sierra Leone, il en sera difficilement le cas avec les Français qui ne sont pas disposés à partager l'autorité avec ce dernier. Un premier affrontement va s'observer en 1882 avec une victoire des Français avatagés par la supériorité en hommes et en armes. Les défaites consécutives enregistrées par Samory Touré vont le pousser à capituler face à la puissance armée de la France à de se résoudre à signer un traité de paix et de commerce. Un accord est finalement signé avec Samory Touré, qui accepte de mettre son territoire sous protectorat français. En 1893, on assiste à l'instauration de la colonie française de la Guinée qui sera par la suite intégrée deux ans plus tard dans le gouvernement général de l'Afrique Occidentale Française (AOF). La Guinée est donc inscrite sous le système d'administration direct à partir duquel la France administre ces différentes colonies.

La conférence de Brazzaville de 1944 marque un tournant de l'histoire des rapports entre la métropole et les colonies. Autrement dit, elle marque la prise de conscience et une transformation profonde des structures coloniales que la Seconde Guerre mondiale a rendu inévitable⁸⁰. En Guinée, on assiste, sur le plan politique, à une éclosion de groupes organisés sur des bases politiques et ethniques ou syndicales. Ce mouvement a connu deux phases. La première (1944) a été marquée par la multiplication des amicales ethniques ou régionales : l'Union de la Basse-Guinée (UBG) en Guinée Maritime, l'Amicale Gilbert Vieillard (AGV) en Moyenne Guinée, l'Union Mandé (UM) en Haute-Guinée, l'Union Forestière de Guinée (UFG) en Guinée-Forestière. Au cours de la seconde phase, notamment à partir de 1946, divers partis politiques se constituèrent, entre autres le Parti Démocratique de Guinée (PDG), la Démocratie Socialiste de Guinée (DSG), et le Bloc Africain de Guinée (BAG) (Devey, 1997 cité par Sow, 1997).

⁸⁰ Jean-Marcel Champion, « Brazzaville conférence de (1944) » Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 31 mai 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/conference-de-brazzaville/>

Les mouvements indépendantistes nés au lendemain de la Seconde Guerre mondiale vont entraîner un ensemble de dynamiques au niveau des colonies occidentales. L'importante implication des populations des pays d'Afrique dans la libération de la France de l'occupation allemande a également introduit un désir d'affranchissement par rapport à la métropole. À partir de ce moment, on va assister à la prolifération des mouvements de libération au niveau des anciennes colonies. En Guinée, c'est à travers les mouvements de grèves des syndicats que s'amorce la marche vers l'indépendance. On assiste également sur cette période à l'émergence des amicales ethniques ou régionales : l'Union de la Basse-Guinée (UBG) en Guinée-Maritime, l'Amicale Gilbert Vieillard (AGV) en Moyenne-Guinée, l'Union Mandé (UM) en Haute-Guinée, l'Union Forestière de Guinée (UFG) en Guinée-Forestière. En 1947, Sékou Touré va fonder la branche guinéenne du Rassemblement Démocratique Africain (RDA) qui devient quelques années plus tard le Parti Démocratique de Guinée (PDG) (Devey, 1997 ; Sow, 1997).

Cependant, la rencontre entre Sékou Touré, leader mouvement indépendantiste et révolutionnaire de la Guinée et le Général De Gaulle va être un tournant dans l'histoire politique de la Guinée. Ce dernier à travers son discours va porter le message à l'attention du Général De Gaulle venu réaliser une tournée dans les anciennes colonies françaises de l'AOF pour leur présenter le nouveau projet de la communauté française au sortir de la Seconde Guerre mondiale marquant un vaste mouvement indépendantiste dans le monde et la tendance vers un programme de décolonisation sans précédent. Il s'agissait d'un projet où les anciennes colonies étaient appelées à opérer un choix entre l'indépendance immédiate ou bien de rester dans la communauté franco-africaine. Dans son discours, Sékou Touré, contrairement aux leaders des autres colonies, va demander à définir les bases de la nouvelle collaboration entre la Guinée et la France. L'exigence d'un rapport entre deux États libres qui interagissent est une condition sine qua non qui reste transversale dans tout le discours de Sékou Touré.

« Monsieur le Président du Gouvernement de la République française, dans la vie des nations et des peuples, il y a des instants qui semblent déterminer une part décisive de leur destin ou qui, en tout cas, s'inscrivent au registre de l'histoire en lettres capitales autour desquelles les légendes s'édifient, marquant de manière particulière au graphique de la difficile évolution humaine, les points culminants, les sommets qui expriment autant de victoires de l'Homme sur lui-même, autant de conquêtes de la société sur le milieu naturel

qui l'entoure. Nous avons, quant à nous, un premier et indispensable besoin, celui de notre Dignité. Or, il n'y a pas de Dignité sans Liberté, car tout assujettissement, toute contrainte imposée et subie dégrade celui sur qui elle pèse, lui retire une part de sa qualité d'Homme et en fait arbitrairement un être inférieur... Nous préférons la Pauvreté dans la Liberté à la Richesse dans l'esclavage. La Liberté, c'est le privilège de tout homme, le droit naturel de toute société ou de tout peuple, la base sur laquelle les États africains s'associeront à la République française et à d'autres États pour le développement de leurs valeurs et de leurs richesses communes... Nous ne renonçons pas et ne renoncerons jamais à notre droit légitime et naturel à l'indépendance, car, à l'échelon franco-africain nous entendons exercer souverainement ce droit. Nous ne confondons pas non plus la jouissance de ce droit à l'indépendance avec la sécession d'avec la France, à laquelle nous entendons rester liés et collaborer à l'épanouissement de nos richesses communes... Nous sommes Africains et nos Territoires ne sauraient être une partie de la France... Nous disons NON de manière catégorique à tout aménagement du régime colonial et à tout esprit paternaliste, nous entendons ainsi sauver dans le temps et dans l'espace les engagements qui seront conclus par la nouvelle Communauté Franco-Africaine... les territoires actuels d'AOF et d'AEF ne doivent pas être des entités définitives... » **Discours de Sékou Touré, Président du conseil de gouvernement, Député-Maire de Conakry, le 25 août 1958, visite du Général De Gaulle en prélude du référendum d'autodétermination des anciennes colonies françaises de 1958.**

Le discours traduit essentiellement la prise de conscience que le peuple de la Guinée se fait de lui-même, de ses capacités à atteindre l'autonomie au regard des possibilités que lui offrent son sous-sol et son peuple. Or, il devient de plus en plus évident que le rapport de dépendance entre la métropole et les colonies est construit sur une forme de violence structurelle, un asservissement idéologique. L'implication de la Guinée et des Territoires d'outre-mer dans la décolonisation de la France face à l'Allemagne a sonné une heure des mouvements de décolonisation dans les anciennes colonies. Le lendemain de cette journée historique de la vie politique de la Guinée, le Général De Gaulle et sa suite vont quitter la Guinée. Après leur départ, une réunion est organisée par les différents cadres politiques, syndicaux et administratifs pour statuer sur la proposition faite par le Général De Gaulle. La décision qui va ressortir de cet échange est que la Guinée décide de ne pas adhérer à la communauté franco-africaine au regard des conditions rétrogrades à partir

desquelles la France l'avait défini. Dès lors, les différents acteurs politiques et administratifs ont fait le choix de l'indépendance immédiate et d'appeler le peuple à voter massivement « Non » à l'occasion du référendum.

Le 28 septembre 1958, le peuple de la Guinée va voter massivement « Non » au référendum, ce qui va constituer l'ouverture vers une indépendance proclamée officiellement le 02 octobre 1958 de la République Laïque et Socialiste de Guinée (RLSG). La Guinée devient ainsi le premier État indépendant issu de la communauté française d'Afrique. Cet affranchissement de la Guinée vis-à-vis de la France ne va pas rester sans conséquence. Le Général De Gaulle va user de tous ces moyens pour faire regretter au nouvel État sa décision de dire Non à la proposition de la communauté française d'Afrique en procédant à une rupture des différentes relations politiques et économiques de la Guinée avec la France. Les différentes subventions de la métropole sont toutes supprimées et le pays se retrouve dans une forme d'embargo vis-à-vis des autres États occidentaux. La Guinée va dès lors se tourner vers l'Union Soviétique et la Chine et s'engage dans un système politique socialiste.

La communauté Peul a été la première victime de la politique du premier régime. Les Peuls se sont distingués par leur non-adhérence à la décision populaire d'accéder à l'indépendance immédiate et de rompre le lien avec la France en sortant de la communauté française. Une certaine lecture explique ce choix en raison de la perte de pouvoir qui se configurait à partir de la constitution d'un État guinéen libre pour la chefferie Peul en particulier au niveau de la Moyenne-Guinée. Ainsi à l'occasion du référendum, la communauté Peul a voté en grande partie Oui, marquant leur désir de rester sous domination de la France et de conserver leur privilège. Cette décision n'a pas été bien appréciée par le Président Sékou Touré qui à travers différents mécanismes à chercher à faire porter la casquette de « traîtres » et « d'ennemis du peuple » (Diallo, 2013, p.22) aux élites politiques Peul et les contraindre par la même occasion sur leur pouvoir de participation à la vie politique. Sékou Touré instaure ainsi un système de parti unique et dirige le pays à partir d'une politique socialiste.

La pression politique du premier régime de la Guinée va ainsi par une vague de contrainte conduire à l'exil ou l'assassinat de plusieurs leaders politiques de l'ethnie Peul. Les différents cadres et opposants politiques de l'ethnie Peul seront accusés d'avoir été à la base d'un complot dénommé

la « cinquième colonne ⁸¹ ». Le 22 novembre 1970, la ville de Conakry a connu le débarquement de militaires portugais et d'opposants guinéens visant la libération de prisonniers du Parti Africain pour l'Indépendance de la Guinée Bissau et des îles du Cap Vert (PAIGC). Il va s'en suivre une vaste campagne de répression avec l'érection du tribunal révolutionnaire qui va procéder à 91 condamnations à mort d'opposants politiques accusés d'avoir été en complicité avec les agresseurs (Jeanjean, 2005). Des pendaisons publiques sont organisées dans différents lieux du pays.

À partir de 1976, Sékou va exprimer ouvertement sa volonté de réprimer la communauté Peul : « Sékou Touré proclame haut et fort : je déclare la guerre aux Peuls » (Diallo, 2011). En 1977, ce sera au tour de Diallo Telli, l'ancien secrétaire général de l'OUA, accusé cette fois d'être l'instigateur du « complot peul ». En dehors de la pression politique, le Président va exercer une pression sur l'économie pour restreindre également les capacités des Peuls qui détenaient un certain monopole de ce secteur. Ainsi, le régime autoritaire et fermé de Sékou Touré va se distinguer par l'instrumentalisation de l'ethnicité qui va introduire en Guinée, un climat de violence et de tensions interethniques (Diallo, 2013, p.22).

Les ambitions révolutionnaires ainsi que l'abnégation à la construction d'un État guinéen moderne avait également conduit le Président Sékou Touré a également entamé une vaste campagne de destruction des objets rituels, des cultes précoloniaux et l'interdiction des rituels d'initiation (McGovern, 2013). Les politiques de constitution d'un État moderne impliquent également une rupture face à certaines pratiques d'administration coloniales. En d'autres termes, le Président Sékou Touré va procéder à une restructuration de l'organisation politique du pays en remettant en cause les modes de désignation des autorités : on observe dès lors que l'affectation n'est plus définie en fonction des origines ou de la résidence des autorités. Si l'objectif est de rompre avec les clivages ethniques hérités de la période pré coloniale dans la logique de constitution d'une nation au détriment des entités communautaristes, la nouvelle politique introduite par le gouvernement semble ne pas bien être accueillie par tout le monde.

⁸¹ Ce terme, né en 1936 lors de l'attaque de Madrid par 4 colonnes franquistes, désigne une 5ème colonne qui la soutient de l'intérieur. Il connut une grande fortune au moment de la guerre froide.

L'imposition de ces différentes mesures par l'État sera vécue comme une forme de violence postcoloniale entreprise cette fois par le nouvel État. En Guinée-Forestière particulièrement, l'introduction d'une politique de nationalisation du foncier par décret présidentiel du 20 octobre 1959 (Suret-Canale, 1970) va être vécu comme la mesure de trop. Cette loi donnait ainsi à l'État, le monopole sur l'ensemble des terres sur les limites du territoire national, ce qui lui permettait également d'en définir les modalités d'accès (Dufumier, 2007) et de vulgariser le principe selon lequel « la terre appartient à celui qui la travaille et qui en a effectivement besoin ». Or comme il convient de le rappeler, la région forestière est caractérisée par un vaste mouvement migratoire en raison de ses différentes potentialités. La réception des populations allochtones (Malinké, Peul, etc.) a été facilitée par l'hospitalité des autochtones (Guerzé, Toma, Manon, Kissi, etc.) avec les prêts de terre moyennant un don symbolique de noix de cola, échange traditionnel qui permettait ainsi l'attribution des terres pour une exploitation agricole ou la résidence. Cependant la nouvelle politique foncière qui affecte la terre à celui qui la met en valeur est considérée par ces derniers comme une forme d'expropriation de leurs terres.

« L'accumulation de la haine liée à la violation des limites et la confiscation des domaines fonciers par les allochtones Konianké était l'une des causes principales des violences survenues chez nous ici. Parce qu'il y a eu beaucoup de plaintes, mais les plaignants n'ont jamais été entendus ou rétablis dans leurs droits par les autorités compétentes. » **Propos d'un jeune Kpèlè, Galakpaye, Rapport AMAS⁸², avril 2016, p.48**

L'appartenance du président Sékou Touré au groupe ethnique Malinké, qui sera beaucoup plus concerné par ces situations, conduit les populations en Forêt à interpréter cette nouvelle mesure comme une forme de favoritisme à base ethnique. L'imposition de cette politique jugée illégale et illégitime par les autochtones va conduire à un vaste mouvement de contestation des autorités chargées d'appliquer cette politique de l'État, mais également des affrontements entre populations autochtones et allochtones autour de la question foncière. En outre, les populations de cette zone vont à nouveau être affectées par la politique socialiste du Président Sékou qui va procéder à un

⁸² Rapport final diagnostic des causes profondes des conflits intercommunautaires récurrents en Guinée-Forestière Réalisé par l'ONG Association Mains Solidaires (AMAS) Sous la coordination de Didier BAZZO Conakry, Avril 2016

relèvement de l'impôt dans cette zone considérée comme le grenier de la Guinée (Rossi, 1993). La mise en œuvre de cette politique va engendrer un appauvrissement de la population et d'importants mouvements d'émigration vers les pays limitrophes (Liberia, Sierra Leone, Côte d'Ivoire) (Bidou et Touré, 2002). Comme le souligne Rossi, la population de la préfecture de Lola va passer de 20 habitants/km² à moins de 5 habitants/km² pendant la première République.

En dehors des politiques étatiques qui mettent en confrontation le régime de Sékou Touré et les populations allochtones dans la région Forestière, la question des pratiques culturelles et religieuses va se constituer en une nouvelle source de tension entre les populations autochtones et les allochtones. La Guinée-Forestière est marquée par la cohabitation entre deux groupes de communautés qui se distinguent sur le plan religieux et culturel : d'un côté, nous avons les communautés autochtones et que l'on regroupe sous l'appellation Forestiers (Toma, Kpèlè, Manon, Könön), qui sont majoritairement d'obédience chrétienne ou bien pratiquent des religions traditionnelles et/ou animistes et de l'autre côté, nous avons les communautés allochtones (Malinké, Peul, Soussou) qui eux sont fortement marquées par la religion musulmane. Cependant, ces différences culturelles ont, à différentes occasions, favorisées des tensions entre ces deux civilisations. Les allochtones, en raison de la religion musulmane sont critiques à l'endroit des autochtones non-musulmans sur leurs pratiques alimentaires (consommation abusive d'alcool, consommation de viande de porc ou de viande de brousse sur des animaux immolés sans respect des rites musulmans), mais également les pratiques culturelles des groupes considérés comme du paganisme. De l'autre côté, les autochtones sont réfractaires aux attitudes jugées peu sociables des allochtones qui ont été accueillis dans cette terre en signe de leur hospitalité. En d'autres termes, le sentiment de supériorité dont font montre les musulmans caractérisant les pratiques alimentaires ou religieuses des autochtones de pratiques rudimentaires conduit à des tensions entre ces deux groupes.

« L'étiquette de « cafres » (mécréants) que leur collent les communautés musulmanes, le mépris, et parfois la profanation des lieux sacrés du culte de la religion traditionnelle (cas de Boola), le refus de partager les repas des non-musulmans sous prétexte de la viande d'animaux immolés sans rite musulman, le refus de laisser leurs filles se marier aux non-musulmans, la stigmatisation pour cause de la consommation des « aliments impurs » comme la viande du porc. Un catéchiste de Bignamou se plaignait. Par exemple en ces

termes au cours d'un focus group : « les musulmans refusent de s'enfermer lorsque le masque sacré (le Nyamou) des Kpèlè doit sortir la nuit, alors que, pour un bon équilibre des rapports de voisinage, le respect de l'autre et de ses valeurs est nécessaire ». Dans la même logique, un participant Kpèlè au focus de Beyla disait : «, En épousant nos filles, ils les obligent à se convertir à l'Islam et à abandonner toute leur identité d'origine ». (Rapport AMAS, avril 2016, p.46)

Cependant l'année 1977 va marquer un tournant du pouvoir de Sékou Touré notamment avec la révolte des femmes, catégorie qui l'a toujours soutenu dans son pouvoir. Les difficultés économiques connues par le pays et la crise alimentaire vont conduire les femmes de N'Zérékoré vers une révolte à partir du mois de juin (Jeanjean, 2005). Ce mouvement sera accentué par la répression exercée sur une femme vendeuse à Conakry par un milicien de la police économique marquant ainsi la fin du soutien des femmes envers le Président. Cet événement va annoncer d'une certaine manière la fin du régime autoritaire du président Sékou Touré.

La fin de la première République est marquée par le décès de Sékou Touré en 1984 et l'arrivée au pouvoir du Général Lansana Conté, qui introduit avec la seconde République, un régime démocratique et un système de multipartisme en Guinée. Ce dernier va également se lancer dans une politique de reconstitution de la nation guinéenne et de retour des migrants. La communauté Peul et les Forestiers sont les plus concernées par ces politiques de retour au pays suite aux difficultés ayant occasionné une migration de ces derniers durant le premier régime. Une politique de repeuplement de la Guinée-Forestière est donc amorcée par différents acteurs politiques. Cependant les conflits enregistrés par le Liberia et la Sierra Leone à partir des années 1990 vont engendrer un mouvement migratoire important de populations dans ces deux pays venus se réfugier en Guinée-Forestière. On dénombre environ 660 000 réfugiés dont 90 % sont installés dans des camps en Guinée-Forestière (Pescay, 1999).

Les premières remarques du nouveau Président s'orientent sur la présence manifeste des Malinkés dans l'administration territoriale, et même au niveau de l'armée. Au niveau de l'armée par exemple, les officiers Malinké occupaient 76 % des postes de commandement de l'armée guinéenne. Cette situation s'est reflétée dans la composition du Comité Militaire de Redressement National (CMRN), où ils détiendront jusqu'à 45 % des postes et 41 % dans le gouvernement (Sow,

1997). Il procède ainsi à un important remaniement ministériel le 18 décembre 1984 qui voit non seulement la suppression du poste de Premier ministre, mais aussi le départ d'un nombre significatif d'officiers malinké du gouvernement. Cette purge transparait de façon évidente dans les organes de décision. Ainsi, de 45 % dans le CMRN les Malinkés retombent à 11 % au remaniement du 22 décembre 1985 ; alors que dans le gouvernement. Ils passent de 41 % à 21 % à la même période. Quelques mois plus tard (le 4 juillet) a lieu une tentative de coup d'État. Des centaines de cadres malinké sont arrêtés, certains torturés et d'autres exécutés (Sow, 1997). Le régime du Président Conté va être également concerné par l'instrumentalisation de l'ethnicité.

« Bien que le président Conté ait fait beaucoup pour ethniciser la vie politique guinéenne (notamment en monopolisant les positions politiques, les bourses et toutes autres situations de rente pour les Soso [sa communauté]), les élections de 1998 montrent qu'il disposait encore d'un soutien plus que conséquent en Guinée-Forestière (qui vota pour lui aux dépens de trois candidats originaires de la région) et d'une fraction significative des Fulbe (ou Peul) et des Maninka (ou Malinke). » (McGovern, 2002)

Cependant le nouveau régime militaire va connaître sa première crise en juillet 1985 suite à une tentative de coup d'État du Colonel Diarra Traoré qui est de l'ethnie Malinké avec un groupe de militaire resté fidèle à la politique du défunt Président Sékou Touré. L'opération est réalisée en l'absence du Président sur le territoire national en raison d'un voyage sur Lomé pour participer au sommet de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CDEAO). Même si le putsch s'est soldé par un échec, ce dernier va subir les représailles du Président. Ainsi il déclarait en parlant du sort du Colonel qui était ancien premier ministre puis ministre d'État chargé de l'éducation : « Ceux qui voudraient le défendre au nom des droits de l'homme devraient le faire très vite, parce que demain il sera trop tard. » (Président Conté, 7 juillet 1985, Conakry). Cet événement sera qualifié de « coup d'État Malinké » va déclencher l'hostilité du Président Conté envers la communauté Malinké le poussant même à prononcer la fameuse phrase : « wo fatara », c'est-à-dire « tuez-les » en langue Soussou (Diallo, 2013).

Les différents cadres, élites politiques et même les commerçants de l'ethnie Malinké vont donc subir de plein fouet la colère du Président ; la politique oppressive sur fond ethnique concerne cette fois-ci les Malinkés, ethnie de l'ancien Président Sékou Touré qui va être considérée comme

voulant remettre en cause le pouvoir du nouveau régime. Sur une publication du journal officiel Horoya, on dénombre l'arrestation et la condamnation de 82 civils, dont 176 ministres et 129 militaires, dont 98 officiers (Dubresson, 1989 cité par Diallo, 2013). Sow (1997) lui considère plutôt que pour se rapprocher de la réalité, il fallait multiplier ces chiffres par 10, ce qui témoigne de l'ampleur des représailles qui ont particulièrement concerné les membres de la famille de Sékou Touré, ces anciens collaborateurs et les élites politiques de l'ethnie Malinké.

Cependant malgré ces différents événements, la Guinée telle une terre miraculée, va sortir de cette crise contrairement à ce qui s'observe dans la même période au Rwanda par exemple où les tensions entre groupes ethniques ont conduit le pays à une situation de chaos général avec des massacres de masse (Sow, 1997). Dans la région Forestière par contre, la stabilité entre les différents groupes ethniques va être mise en mal par l'instrumentalisation de la religion et de l'ethnicité par les élites politiques. Il s'observe de part et d'autre, une récupération des conflits intercommunautaires par les élites qui, eux sont mues par des intérêts politiques (Maïla, 2004). En 1987, un premier conflit va opposer les Kpèlès de la religion chrétienne et les Malinkés de religion musulmane dans le quartier de Tilépoulou situé dans la commune urbaine de N'Zérékoré.

« Pendant le mois de ramadan, lorsque les fidèles musulmans priaient entre 20 h et 21 h, un catéchiste sonnait son clairon en passant non loin de la mosquée, appelant ainsi les fidèles catholiques à la prière du soir. Un groupe de jeunes musulmans qui étaient à côté se sont jetés sur ce catéchiste et l'ont frappé. La nouvelle étant parvenue à la communauté catholique du quartier, la jeunesse de cette communauté avait alors répliqué soudainement à cette violence le lendemain en cassant la mosquée en question. » **(Rapport AMAS, avril 2016, p.74)**

Même si ce conflit n'a pas pris de l'ampleur, il va cependant introduire des rapports de défiance entre et un ensemble de frustrations entre les populations autochtones et les allochtones. Les effets de ces tensions ne vont pas à se manifester à l'occasion des élections communales de 1991. Au début, cinq (5) candidats sont en lice pour les élections : il s'agit de Michel Guely Kourouma, Fakoly Kourouma, François Lamah, Georges Delamou et Ibrahima Kalil Keita. Cependant, les rivalités entre groupes ethniques vont conduire les élites forestières et les Koniankés à fédérer leur force autour de Michel Guely Kourouma et vont s'opposer au groupe des Malinkés. Les festivités

organisées pour célébrer la victoire du candidat des Forestiers appuyé par les communautés Konianké vont enflammer la colère des Malinkés. Il s'en suit un ensemble de conflits intercommunautaires où on note des dégâts importants en termes de biens matériels, mais également en vies humaines.

En dehors de ces conflits intercommunautaires qui embrasent la quiétude sociale au niveau de la région Forestière, le second régime va enregistrer depuis la capitale Conakry, une nouvelle crise sociale. Elle est cette fois-ci provoquée par la grève générale déclenchée en janvier 2007 par la Confédération Nationale des Travailleurs de Guinée (CNTG) et l'Union Syndicale des Travailleurs de Guinée (USTG). La carte ethnique est encore mobilisée par le régime pour accuser Hadja Rabiou Sérah de l'ethnie Peul et Ibrahima Fofana qui lui est Malinké (Diallo, 2013).

Suite à la mort de Lansana Conté le 22 décembre 2008, Capitaine Moussa Dadis Camara organise un coup d'État et reprend le pouvoir. Il est porté au pouvoir par une junte militaire dénommée le Conseil National pour la Démocratie et le Développement dont il devient le leader. Cependant, suite à son accession au pouvoir, ce dernier précise ne pas avoir des ambitions de s'éterniser au pouvoir, mais a pour objectif d'assurer la transition et d'organiser les futures élections qui devaient se tenir en 2010 sans sa participation ou bien d'un membre de son groupe. Le nouveau régime décline également des politiques de redressement économique avec la crise entraînée par la corruption au niveau de l'administration, mais également les mauvaises politiques autour des ressources minières ainsi que la lutte contre les narcotrafiquants qui ont sous le régime de Conté, fait de la Guinée, une plaque tournante du trafic de drogue. Dans un interview accordé au journal Jeune Afrique, ce dernier livre les différentes raisons l'ayant conduit à s'emparer du pouvoir dès la mort du Président Conté.

« Je n'avais pas trop le choix. Je ne compte pas que des amis dans la haute hiérarchie militaire. J'étais donc face à un dilemme après la mort du président Lansana Conté : soit je prenais le pouvoir, soit je quittais le pays. Si le pouvoir était tombé entre les mains du chef d'état-major, Diarra Camara, j'aurais été obligé de m'exiler pour échapper à une mort certaine. Une autre raison, plus générale, m'a poussé à agir. Je ne pouvais pas, en tant que patriote, voir mon pays continuer à s'enliser. Remettre le pouvoir au président d'une Assemblée nationale périmée [Aboubacar Somparé, NDLR], dont le mandat a expiré

depuis plusieurs mois, aurait été pure supercherie. Il aurait été également irresponsable de laisser le pays entre les mains d'un gouvernement corrompu et, de surcroît, déchiré par des querelles intestines. L'armée devait prendre ses responsabilités pour mettre fin à des années de dérive. Elle l'a fait, fidèle à son devoir de protection de la nation. » **Capitaine Moussa Dadis Camara, interviewé par Cheikh Yérém Seck, Jeune Afrique, 5 janvier 2009**

Durant cette période, la question des conflits ou clivages interethniques est moins visible sur la scène sociopolitique de la Guinée. Même s'il appartient à la communauté forestière, le régime du Capitaine Dadis Camara s'est moins illustré dans la problématique ethnique en Guinée. Cependant, les attitudes peu rassurantes des membres du CNDD vont conduire la société civile à demander le départ de ce dernier et l'organisation d'élections libres en Guinée. C'est dans cette optique que les différents partis politiques et les organisations de la société civile ont organisé un rassemblement au grand stade de Conakry le 28 septembre 2009 pour dire « non » à la candidature du Capitaine Moussa Dadis Camara aux élections présidentielles. La manifestation a été violemment réprimée par un groupe de militaire occasionnant selon le rapport de la Commission d'enquête internationale sur la Guinée mandatée par le Secrétaire général des Nations Unies, au moins 156 morts, à 49 personnes portées disparues et à 109 victimes de viols et autres violences sexuelles⁸³.

Cet événement qui sera dénoncé par la communauté internationale va sonner la fin du régime du Capitaine Dadis Camara. Dans la suite des événements, ce dernier fera l'objet d'une tentative d'assassinat le 3 décembre 2009 par son aide de camp le Lieutenant Aboubacar Sidiki Chérif Diakité dit « Toumba » et sera rapatrié au Maroc pour une prise en charge médicale. Suite à son opération, le Capitaine sera transféré à Ouagadougou pour y passer sa convalescence, mais également pour éviter de revenir dans le pays qui s'embrasait à la suite de ces différents événements. Le Général Sékouba Konaté va conduire le gouvernement de transition suite à la vacance du pouvoir et travail à restaurer la stabilité politique, mais également à recadrer les troupes militaires. Il va organiser les premières élections libres en Guinée depuis son accession à l'indépendance. L'élection oppose particulièrement Alpha Condé de l'ethnie Malinké et Cellou

⁸³ Rapport FIDH, Guinée : le temps de la justice ?
https://www.fidh.org/IMG/pdf/guinee_rapport_le_temps_de_la_justice.pdf

Dalein Diallo, qui lui est un Peul. Encore une fois, on assiste à une opposition entre deux candidats qui instrumentalisent leur groupe d'appartenance pour la course vers le pouvoir.

En résumé, on peut retenir de ce retour historique que la problématique de l'ethnicité est transversale dans l'histoire sociopolitique de la Guinée. L'instrumentalisation de la question ethnique par les différents régimes a conduit à un repli identitaire et une cristallisation des tensions interethniques. On constate que, loin de décliner des conflits directs entre des ethnies, on assiste plutôt à une instrumentalisation de la question par les élites politiques pour la conquête du pouvoir ; on semble revivre le scénario d'une guerre froide où les élites politiques se confrontent par groupes ethniques interposés. En faisant une corrélation entre les divergences ethniques et l'histoire des régimes politiques en Guinée, on peut distinguer qu'elles ne s'observent que dans le cas où les différents leaders sont en compétition (Sow, 1997). On observe qu'en dehors des clivages sur le plan politique qui semblent être les seules sources de divergence, les différentes ethnies en Guinée vivent dans un climat apaisé. En définitive, on peut retenir que les politiques de violence et d'extraction développées par l'appareil d'État en Guinée ont fini par transformer la population de la Guinée en une poudrière qui explose à l'occasion des différents rendez-vous de l'histoire politique de la Guinée.

Le jeu d'instrumentation de la question ethnique même s'il permet aux élites d'accéder au pouvoir, décline par la même occasion un ensemble de défi dans le cadre de l'exercice de l'État. Dans ce contexte de méfiance entre les populations et l'État qui se configure en fonction de l'appartenance ethnique du Président, le développement d'Ebola en Guinée à la veille des élections présidentielles va être reconduit dans cette histoire de violence de l'appareil d'État dirigée à l'endroit des populations qui s'opposent au pouvoir. Il s'observe dès lors que les différences politiques construites sur fond ethnique créent en Guinée un climat de défiance de l'État par les groupes ethniques des partis d'opposition qui développent une attitude critique envers le pouvoir peu favorable dans la conduite de l'action publique qui transgresse les clivages ethniques. C'est sous ce rapport que de la région Forestière où l'épidémie se développe en décembre 2014 à la Basse-Guinée qui va devenir le nouvel épicode de l'épidémie à partir du mois d'août 2014, on assiste au développement d'un ensemble de discours et de rationnels sur l'épidémie qui sont construits à partir des contextes sociopolitiques singuliers de chaque zone.

1.2 GUINÉE 2013, UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉPIDÉMIE

Les nouvelles sont effrayantes et le développement vertigineux de l'épidémie notamment l'importance de sa mortalité, mais également la démultiplication des foyers va pousser l'État de la Guinée à décréter une situation d'urgence sanitaire suite aux injonctions de l'OMS. Par contre, cette situation va très rapidement produire des effets pervers. Les différents ressortissants des pays étrangers sont sommés d'observer un certain nombre de restrictions via leur représentation diplomatique. La compagnie aérienne américaine Delta Airlines annonçait une suspension de ces vols vers Monrovia. Air France a décidé, elle, d'affréter deux (2) équipages à son bord pour éviter que son personnel ait à dormir sur place. Tout concourt dès lors à isoler les pays touchés par l'épidémie.

Dès lors des informations sur la maladie jusque-là caractérisée de mystérieuse vont fuser de partout pour éclairer la conscience d'une bonne partie de la population, mais également du personnel de santé qui témoignait d'une certaine méconnaissance. Dans ce flot d'informations qui se retrouve dans tous les médias sur Ebola en quelques semaines après la déclaration par l'OMS, trois grands éléments sont mis en exergue : le réservoir naturel du virus responsable de la maladie est parmi les animaux de brousse avec une hypothèse autour de la chauve-souris frugivore qui reste encore à confirmer, le caractère très contagieux de la maladie pouvant atteindre une létalité de 90 % et enfin l'absence de vaccin ou de thérapie.

Par contre, si une majorité s'accorde à identifier la région forestière de la Guinée au Sud du pays comme l'endroit d'où part l'épidémie, l'interrogation autour de l'origine reste à avoir une réponse satisfaisante pour les populations. La Guinée-Forestière est située au Sud-Est du pays et partage des frontières communes avec la Sierra Leone, le Liberia et la Côte d'Ivoire, et est de par la distance qui les sépare, très déconnecté de la capitale Conakry. Cette zone se caractérise également par la complexité de sa population à la base composée par le grand groupe des Forestiers, mais qui au regard des grands événements dans la sous-région ouest-africaine a connu des vagues d'immigration avec les populations venues du Liberia, de la Côte d'Ivoire et de la Sierra Leone lors des guerres civiles qui ont teinté l'histoire de ces États. Cette zone se caractérise aussi par son potentiel minier, ce qui en fait un centre d'intérêt pour les industries extractives, mais aussi de

l'État de la Guinée avec son projet de restructuration économique construit autour de l'exploitation des ressources naturelles dont dispose cette zone en particulier.

Cependant depuis le début de l'épidémie, le gouvernement guinéen était toujours dans la dynamique de partager un discours d'assurance face au problème de santé qui se développait en région Forestière. La communication au niveau national et international autour de la situation sanitaire que traverse la Guinée va s'articuler à mettre en exergue l'image d'une situation maîtrisée. Même au niveau de l'OMS, il s'observe des critiques adressées aux acteurs qui présentent la situation sanitaire de la Guinée avec un certain niveau d'alerte. En témoignent les propos de Gregory Härtl, Porte-parole de l'OMS (Genève, avril 2014) qui considère que « nous devons faire très attention à la façon dont nous caractérisons une flambée avec des cas sporadiques ».

La fréquence inhabituelle des cas de décès observés depuis le début de l'année 2014 en Guinée-Forestière pour des causes dont le diagnostic reste imprécis va attirer l'attention des différents acteurs de santé de la zone. La situation devient beaucoup plus critique du fait que des cas de décès sont enregistrés même au sein du corps médical, mais également la diffusion de l'information sur une « maladie mystérieuse » relayée à travers les médias. MSF qui intervient dans la zone depuis des années dans l'appui à la gestion des problèmes de santé des communautés notamment avec ses interventions sur la lutte contre le paludisme va suite à l'observation de ces événements alerter l'État de la Guinée. Par contre jusqu'à une certaine période, on semble observer un silence de l'État qui s'exprime par l'absence de considération de la situation.



Photo 18 : Représentation imagée de la négligence de l'épidémie d'Ebola par le gouvernement

La question est laissée entre les mains des autorités sanitaires de la région qui du fait de l'insuffisance infrastructurelle ne dispose pas de capacité diagnostique et de gestion de la situation sanitaire en cours. Ainsi des premiers cas de morts répétés dans le village de Meliandou, l'épidémie va se propager jusqu'à l'échelle de la région au niveau de N'Zérékoré. Par contre, en dehors des alertes adressées aux autorités sur la situation sanitaire préoccupante qui s'observait dans la région forestière, les ONG et institutions internationales présentes dans le pays n'étaient pas dans les dispositions de déclarer un problème de santé même devant le constat dans le sens où la déclaration d'une situation d'épidémie relève d'une souveraineté sanitaire et par conséquent est de la compétence de l'État conformément au règlement sanitaire international (RSI, 2005).

« Tu sais, tu sais quand il y a des situations de santé, des crises en un mot dans un pays, en fait les institutions ne peuvent pas être les premières à donner l'alarme. Ils peuvent par exemple donner l'alarme, mais déclarer qu'un pays est en situation d'épidémie, c'est l'État. Il appartient à l'État de prendre ses responsabilités. Mais l'État a trainé dans sa prise de responsabilité, tu as vu bon on a voulu cacher ça au début excuses moi du terme peut être sous un angle politique ou finalement ça a dépassé ça c'est un. Deuxièmement l'État même

ne maîtrisait pas tous les contours, les paramètres de la maladie, il ne savait pas de quoi il était question, parce que l'État aussi est défaillant parce que les gens ne sont pas très bien équipés, le médecin n'est pas équipé pour faire les diagnostics à temps pour savoir quel type de virus il était, était en cause, tu as vu non donc si l'État ne déclare pas officiellement que nous sommes en présence d'une épidémie ce n'est pas l'UNICEF qui va se lever un beau matin pour dire qu'ah la Guinée a une épidémie, c'est n'est pas son rôle, c'est quand l'État déclare qu'on est en situation de crise maintenant que les institutions viennent en appui. Tant que l'alerte n'est pas donnée, les autres ne peuvent pas parce qu'ils sont là pour appuyer le gouvernement, c'est au gouvernement de prendre ses responsabilités et c'est ce qui a trainé.» **IDI_Représentant acteur partenaire de la Riposte, coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Coyah_Août 2015**

Étant un des premiers acteurs à appuyer l'État de la Guinée dans la Riposte à l'épidémie Ebola, Médecins Sans Frontières (MSF) va, dès lors, adresser des alertes à l'endroit du ministère de la Santé pour faire état de la situation. Du fait de l'évolution de l'épidémie qui se caractérise par une démultiplication des foyers et une exportation vers les pays frontaliers, MSF va développer les premières actions de Riposte contre l'épidémie en installant un centre d'isolement des patients qui souffrent de cette maladie dont le diagnostic tarde à être connu dans le centre de santé de N'Zérékoré. Ces différentes interventions seront par la suite renforcées par l'État de la Guinée et ses partenaires suite à la déclaration de la situation d'épidémie. Un ensemble d'interventions est donc développé dans la région de N'Zérékoré par les autorités sanitaires afin d'endiguer l'épidémie avec la contribution de l'OMS, de MSF et de la Croix-Rouge.

Par contre, l'observation de l'évolution exponentielle que va connaître l'épidémie à partir de l'été 2014 après un léger moment de répit va réintroduire des construits dans la compréhension et le vécu de l'épidémie par la communauté. Un premier niveau de discours tend vers une négation de l'épidémie avec une rationalité structurée en particulier sur des questions politiques. Il importe de préciser que l'épidémie d'Ebola survient dans un contexte de fin du premier quinquennat du Président Alpha Condé, élu en 2010, et de préparation des nouvelles joutes pour l'élection présidentielle de 2015. La déclaration d'une situation d'urgence sanitaire dans ce contexte préélectoral est donc interprétée par une partie de la population comme un moyen pour le parti au pouvoir de ne pas organiser les élections au regard de l'impopularité du Président dont le bilan

présage une perte certaine des élections. Les discours autant du côté du parti au pouvoir que de ceux des partis d'opposition tendent vers une politisation de la situation d'urgence sanitaire que produit l'épidémie. Si du côté du parti au pouvoir, le développement de l'épidémie devient une occasion d'exprimer la prérogative de l'État et de témoigner à la population de son implication dans la prise en charge des questions qui les concernent, les événements qui se produisent en Guinée-Forestière sont instrumentalisés par les partis d'opposition pour étayer l'échec du parti et pouvoir et de l'intérêt de procéder à une alternance nécessaire à la bonne marche du pays.

À un niveau beaucoup plus restreint, la négation de la maladie trouve une explication dans les rapports difficiles entre l'État et une certaine partie de la population qui se considère, avec l'événement d'Ebola, faire à nouveau l'objet de violence structurelle de la part de l'État. En Guinée particulièrement, les relations difficiles entre l'État et les populations de la Guinée-Forestière sont révélatrices de ces clivages qui refont surface à l'occasion de la crise sociale que provoque l'épidémie et deviennent ainsi un obstacle dans l'interaction entre l'État et les communautés. Dans les différents discours recueillis auprès de la population, le gouvernement y est indexé comme, étant en complicité avec les institutions étrangères pour introduire cette maladie dans la zone géographique spécifique de la Guinée-Forestière. Ce discours est soutenu par deux éléments contextuels importants à préciser. D'un côté, la zone forestière est considérée comme une zone réfractaire au parti au pouvoir et de l'autre côté, l'épidémie survient juste dans un contexte préélectoral. Dès lors, l'épidémie est très vite analysée comme une forme de bioterrorisme organisée à l'encontre des forestiers dont le parti au pouvoir devient l'instigateur.

« E : ok, et quelle lecture vous faites de ce retard, de la déclaration de l'épidémie

R : ... là c'est lié à des facteurs politiques, à des facteurs euh méconnaissance aussi de la maladie il y a tout ça quoi, mais moi je dis toujours c'est, c'est, c'est en fait c'est l'État au début qui voulait cacher ça sous un angle, voulait gérer l'épidémie à sa façon tu as vu. On pensait qu'on pouvait contenir ça sans créer beaucoup de troubles parce que c'était une période aussi très critique où l'État était talonné entre le pouvoir et l'opposition c'était un, une période vraiment très dure dans la vie politique de la Guinée où Ebola est apparue en cette époque, c'est en fin 2013. » **IDI_Représentant acteur partenaire de la Riposte, coordination préfectorale de lutte contre Ebola, Coyah_Août 2015**

Il importe ici de rappeler que l'épidémie d'Ebola se développe dans un contexte particulier de la vie sociopolitique et économique qui ne facilite pas la déclaration précoce d'une telle situation. Le pays venait de sortir d'une transition politique avec les élections de 2010 qui se sont soldées par l'arrivée au pouvoir d'un opposant historique. Sa victoire reste très critiquée au regard des observateurs internationaux. Dans les résultats du premier tour, Cellou Dalein Diallo arrive en tête avec 39,72 % des voix contre 20,67 % des voix pour Alpha Condé qui arrive en seconde position⁸⁴. Par contre à la grande surprise générale, la Commission Électorale Nationale Indépendante (CENI) déclare dans la soirée du lundi 15 novembre 2010, Alpha Condé, vainqueur des élections au second tour avec 52,52 % des voix au second tour. Son adversaire légendaire Cellou Dalein Diallo qui était en tête au premier tour fini avec un score de 47,48 % et perdre ainsi les élections⁸⁵. Cette nouvelle est mal reçue par ses partisans, peu convaincus de la transparence dans les résultats. La proclamation sera suivie d'importantes manifestations partisans de Cellou Dalein qui considèrent qu'il y a eu des fraudes et rejettent les résultats de l'élection. Malgré les discours d'apaisement du candidat et son usage des voies officielles pour introduire un recours, les résultats n'en seront pas pour autant. Une série de violence policière sur les manifestants va s'observer à grande échelle dans différentes zones du pays.

Sa présidence est marquée par des efforts de reconstruction de la stabilité sociale et de l'économie du pays. Cette volonté se manifeste ainsi par les importants chantiers de réformes qu'entame le Président Alpha Condé dès son accession à la législature suprême. Un accent particulier est mis sur la réforme du code minier afin de permettre au pays de mieux bénéficier de ces ressources naturelles. Cependant, les chantiers entrepris par l'État guinéen vont avoir une grande implication sur la vie socio-économique de la région forestière et par conséquent amplifier les tensions entre ces derniers et l'État. Dès son accession au pouvoir, le Président Alpha Condé a entamé une vaste politique de développement. Les fortes attentes en matière de développement économique

⁸⁴ « Guinée : les résultats définitifs du premier tour de la Présidentielle annoncés finalement mardi - RFI ». *RFI Afrique*. Consulté le 18 septembre 2017. <http://www.rfi.fr/afrique/20100719-guinee-resultats-definitifs-premier-tour-presidentielle-annonces-finalement-mardi>.

⁸⁵ « Alpha Condé remporte l'élection Présidentielle avec 52,52 % des voix ». *JeuneAfrique.com*, 15 novembre 2010. <http://www.jeuneafrique.com/183709/politique/alpha-cond-remporte-l-lection-pr-sidentielle-avec-52-52-des-voix/>

nécessitent pour ce dernier, une revue de différentes décisions politiques qui structurent le secteur économique. Le minier va composer un secteur clé où le Président va apporter de grands changements notamment avec la remise en cause du code minier et des différents accords signés avec les entreprises étrangères s'activant dans ce domaine.

« La Guinée, en dehors du barrage Kaléta, a les minerais les plus riches au monde. Ça veut dire qu'avec les minerais de fer de Guinée vous avez tout de suite de l'acier. Donc ce sont des minerais les plus attrayants. En dehors du mont Nimba on a beaucoup d'autres. Pourquoi, depuis 1958 on n'a pas sorti une tonne de minerais de fer ? Deuxièmement, on n'a la moitié de réserve mondiale de bauxite, pourquoi on n'a que cette petite usine d'alumine à Fria ? Avant que je sois Président, quand je vois la totalité des mines ça n'apporte pas plus de 200 milliards de dollars à la Guinée. Comment vous pouvez expliquer que malgré toutes nos richesses les mines ne rapportent même pas 300 millions de dollars ? »⁸⁶

Ces différentes interrogations ont poussé le Président à apporter des amendements et travailler à la mise en place d'un nouveau code minier qui va permettre de défendre les intérêts de la Guinée. Ce nouveau code stipulait que toute concession minière qui décidait de développer une activité en Guinée donne 15 % d'actions gratuites à l'État et 7 % sur la transformation en aluminium. L'État disposerait également d'une capacité d'achat établie à 20 %, ce qui ajouté au 15 % lui donnerait un cumul de 35 % et permettrait à cet effet d'être un décisionnaire à part entière. Un accent a également été mis sur la lutte contre la corruption et des retraits de permis d'exploitation étaient prévus pour toute concession ne disposant pas d'une convention respectant les critères légaux. Une autre priorité de l'État a été également de travailler sur la question de la responsabilité sociale des entreprises et des exigences seront faites sur investissements locaux, mais aussi la question de l'emploi de la ressource humaine locale.

⁸⁶ « Affaires des mines en Guinée : les révélations du Président Alpha Condé ... » *Africaguinee.com - Site officiel d'informations sur la Guinée et l'Afrique*, 30 novembre 2014. <http://www.africaguinee.com/articles/2014/11/30/affaires-des-mines-en-guinee-les-revelations-du-president-alpha-conde>.

Voilà quelques des mesures fortes que le Président depuis 2010 travaille à mettre en œuvre et qui seront finalement adoptées par la Commission Nationale de Transition (CNT) en avril 2013. Toutefois, la remise en cause de ces accords a été mal vécue autant par les promoteurs, mais également les populations riveraines de la zone forestière. L'application des dispositions du nouveau code minier va produire un départ de certaines entreprises, mais également la perte d'emploi pour les populations, en particulier les jeunes, dans un pays marqué par un sous-emploi notoire. Ce qui devient intéressant dans cet événement est que, quelques moments plus tard, une épidémie se déclare dans cette zone. Cette situation est comprise par une certaine partie de la population comme la réponse des « blancs » face à l'affront commis par le Président d'où la théorie du « bioterrorisme occidental » en Guinée.

« Euh, en ce moment, de un, la maladie était très loin d'eux et donc ils n'ont jamais vu de victime, de deux les premières rumeurs commençaient déjà à venir, comme quoi, c'est une invention européenne, occidentale. Voilà, je vous dis que c'est à travers la communauté que moi j'ai appris que c'est un milliardaire qui se vengerait contre la Guinée. C'est Alpha Condé qui « avait fait venir ici, il avait un contrat sur le mont Nimba... c'est la montagne quoi, c'est le problème de Simandou là. Donc cela a été interprété et le gars a été alerté au niveau international que c'est lui qui se serait vengé contre la Guinée et des informations sont venues, comment un haut responsable de l'OMS a été éliminé suite à un crash d'avion parce que lui, il a refusé de piloter le projet alors qu'il était informé, il a toutes les informations et après il a refusé et deux autres ont pris l'initiative de venir, le faire à partir de la Sierra Leone et tout cela. Donc étant journaliste, j'ai pris tout mon temps pour écouter cela. Au départ, ça m'a affolé hein ça m'a affolé et je le dis en toute sincérité qu'un responsable dont je garde le nom, m'a appelé un jour, il m'a dit de voir un site et de vérifier là-bas » **IDI_Point focal cellule communication de la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Coyah_Aout 2015**

L'arrivée d'Ebola vient enflammer les relations entre la région forestière et l'État de la Guinée. Le fait que la maladie se déclare dans cette zone particulière du pays conduit la population riveraine à tout de suite tendre vers un discours accusateur destiné en particulier vers la personne du Président Alpha Condé. La succession des événements, allant de la destitution du Capitaine Moussa Dadis Camara devenu Président suite au décès de l'ancien Président Lansana Conté et

ouvrant ainsi l'espoir des communautés forestières, qui voit arriver pour une première fois un de leurs parents au pouvoir pour ensuite perdre le pouvoir et maintenant une épidémie, va réarticuler l'idée d'une logique d'exclusion sociale.

Au-delà de ces considérations, la faible mobilisation du gouvernement au début de l'épidémie avec les lenteurs connues dans la réponse va renforcer les communautés sur leurs perceptions et les pousser à se radicaliser. La réponse des communautés est d'adopter un comportement de négation de tout discours venant de l'État et tendant à leur faire prendre conscience du problème de santé publique que constitue cette épidémie. Par contre, tout bascule quand il est relayé à travers une presse locale l'information selon laquelle le ministre de la Pêche et grande figure politique du Parti au pouvoir le RPG dans la préfecture de Faranah Moussa Condé dit « Tata Vieux » aurait déclaré dans une assemblée communautaire que « la maladie Ebola n'est pas une réalité ». Même s'il importe aujourd'hui de s'interroger sur la véracité de cette information, il est tout de même important de constater son effet sur la défiance des communautés face au discours des acteurs sur le terrain qui voulaient leur faire accepter un discours allant du sens de la reconnaissance de la maladie.

Conscient de l'effet contre-productif qu'ont provoqué les propos du ministre, ce dernier a été même sommé d'aller rectifier le son propos auprès des communautés. Dès lors, l'exposition à des messages, à la fois divergents, mais également de source étatique, renforce la méfiance des communautés vis-à-vis des acteurs et partenaires de l'État impliqués dans la Riposte. Or quelques moments plutôt, le ministre Tata Vieux avait proféré des menaces allant dans le sens d'une rupture d'alimentation en eau courante à Labé aux populations des localités favorables à l'opposition. Ces différents discours vont dès lors tendre vers une radicalisation autour de l'idée de l'envoi d'une maladie comme forme de sanction vers une communauté en particulier la Guinée-Forestière qui n'était pas favorable au Président en exercice.

À cela vient s'ajouter le discours des partis d'opposition qui ne manquent pas de traduire les faiblesses de l'État en une arme politique pour remettre en cause sa capacité à prendre en charge les besoins de la communauté. Ces critiques mettent en exergue le retard dans la déclaration officielle de la maladie et le refus du gouvernement guinéen d'accepter la proposition du gouvernement français quant à la construction d'un centre militaire en Guinée-Forestière

contrairement au Liberia et à la Sierra qui ont respectivement accepté l'aide de la Grande-Bretagne et des États-Unis quant à l'envoi des forces armées pour juguler l'épidémie. Même si le gouvernement guinéen reconnaît les faiblesses de son système de santé et ses difficultés à faire face à l'épidémie qui de plus sont accentuées par les comportements des communautés, il réfute les accusations des partis d'opposition qui déclinent un laxisme de l'État dans la gestion de la crise sanitaire. Répondant aux questions d'un journaliste lors d'un entretien, le porte-parole du gouvernement Albert Damantang Camara déclare :

« Je crois que nos partenaires sont d'avis contraire. Il y a deux obstacles très importants. Le manque de ressources pour pouvoir suivre pendant 21 jours de suite plus d'une centaine de contacts, et que cela s'enchaîne au fur et à mesure que ces malades ont d'autres contacts et que vous n'avez pas la maîtrise des périmètres frontaliers. Ensuite, lorsque vous êtes confrontés à la résistance d'un certain nombre de populations par rapport à des croyances culturelles. Ce sont deux principaux obstacles qui ont atténué la Riposte. Nos partenaires ont reconnu à la Guinée, un pays qui a été très transparent et qui a mobilisé beaucoup de ressources. Le laxisme non ! ⁸⁷»

Pourtant dans un article, intitulé « Quand l'épidémie d'Ebola devient une "opportunité" politique »⁸⁸, l'auteur s'attèle à partir d'exemples précis à faire une lecture de la manière dont le parti au pouvoir instrumentalise la gestion de l'épidémie à des fins électorales. « L'épidémie d'Ebola est une opportunité pour la Guinée », voilà le discours que tient le Président de la Guinée au moment où même l'opposition décide d'arrêter ses activités politiques en respect à l'urgence sanitaire décrétée dans le pays. Les différents ministres sont devenus les parrains des 33 préfectures de la Guinée, où à l'occasion des contacts avec les populations, dans le cadre de la sensibilisation

⁸⁷ « Opposition, élections et Ebola en Guinée : Entretien avec le ministre Damantang Camara ». *Africaguinee.com - Site officiel d'informations sur la Guinée et l'Afrique*, 14 août 2014. <http://www.africaguinee.com/articles/2014/08/14/opposition-elections-et-ebola-en-guinee-entretien-avec-le-ministre-damantang>.

⁸⁸ « GuineeActu - Quand l'épidémie d'Ebola devient une « opportunité » politique ». Consulté le 6 février 2017. <http://guineeactu.info/debats-discussions/chroniques/5037-quand-lepidemie-debola-devient-une-l-opportunit-e-politique.html>.

sur la maladie à virus Ebola, on assistait plus à une campagne de mobilisation de l'électorat suite aux échecs connus durant les élections législatives de 2013.

Dans le discours du gouvernement, Ebola semble miner les efforts en matière de croissance économique engagés par le gouvernement, en particulier les investissements, sur l'exploitation minière. « Les hommes d'affaires ont peur de venir en Guinée parce que CNN, France 24, et autres présentent Ebola comme si dès que vous débarquez en Guinée, vous attrapez Ebola ⁸⁹», voilà comment le Président Alpha Condé s'indigne de la manière dont la situation sanitaire en Guinée est décrite par les médias étrangers et qui a des effets négatifs sur l'économie, mais également l'image du pays. Les effets ne tardent pas à se faire voir, car après la publication du communiqué de l'ONG MSF, l'Arabie Saoudite prend une résolution pour suspendre l'octroi de visas aux pèlerins originaires des trois pays touchés. Le Sénégal ferme ses frontières avec la Guinée, pays avec qui il entretient de grands échanges commerciaux. La France pour son compte adresse une dépêche à ces citoyens avec une recommandation de suspension de tout projet de voyage vers les pays où la maladie est déclarée. Pourtant malgré ces observations, le discours du Président Alpha Condé tend à présenter la situation autrement.

« Depuis la déclaration de l'épidémie, personne n'est parti de la Guinée pour transmettre Ebola dehors. Air France continue de desservir Conakry par des vols réguliers, pourtant il n'y a pas de cas d'Ebola en France. Brussels Airlines vient, il n'y a pas d'Ebola en Belgique. Royal Air Maroc également. Le Mali a laissé ses frontières ouvertes, tout le monde passe, Ebola n'est pas arrivée dans ce pays ⁹⁰».

Même la situation d'urgence sanitaire n'a pas empêché le Président d'effectuer des voyages d'affaires à la rencontre d'investisseurs étrangers. Au niveau du pays, le niveau d'alerte est revu à la baisse : les campagnes d'information de sensibilisation de masse sont arrêtées, les mesures de contrôle au niveau de l'aéroport, des gares routières sont réduites au strict minimum, et la gestion

⁸⁹ « Ebola en Guinée : "Au début, il y a eu une mauvaise communication", selon Alpha Condé | Vision Guinée ». Consulté le 6 février 2017. <http://www.visionguinee.info/2014/09/22/ebola-en-guinee-au-debut-il-y-a-eu-une-mauvaise-communication-selon-alpha-conde/>.

⁹⁰ Ibid.

des foyers est faite au cas par cas. Au niveau des frontières, aucune mesure n'est mise en place pour limiter la chaîne de transmission alors que la mobilité des communautés en particulier la région forestière où se déclare la maladie est un fait évident. L'absence d'une priorisation de la gestion de l'épidémie par le gouvernement est même mal appréciée même du côté des professionnels de la santé qui prennent de plus en plus conscience de la menace.

« Par la faute de nos dirigeants, qu'ils le veuillent ou non, la maladie s'est propagée à l'intérieur du pays... Ils ont tellement menti que nos partenaires et même les populations ont, à un certain moment, baissé les bras. Voilà le résultat, l'épidémie prospère partout dans le pays ⁹¹». **Médecin, CHU de Donka, Conakry, juin 2014**

Au-delà des critiques à l'encontre de MSF qui décrit la situation sanitaire de la Guinée à travers l'expression d'« épidémie sans précédent » pour qualifier l'ampleur de l'épidémie, les acteurs locaux qui font état de la situation feront l'objet de sanctions. Samedi 7 juin 2014 sur les ondes de la radio nationale, le Dr Aïcha Condé, Directrice préfectorale de la santé de Kouroussa rendait compte de la situation de l'épidémie dans son aire de responsabilité avec huit (8) décès enregistrés, dont un premier cas dans le village de Mafran. Suite à la diffusion de cette information, cette dernière sera suspendue de ses fonctions le 12 juin 2014 par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le directeur régional de l'OMS pour l'Afrique va même accuser le gouvernement de la Guinée d'avoir revu à la baisse les statistiques de l'épidémie or du côté du gouvernement guinéen, le discours tend à rassurer l'opinion internationale.

« Le paludisme tue cent fois plus qu'Ebola. La tuberculose également. Le hic en Guinée est que nous n'avons pas su rapidement que c'était Ebola parce que nous n'avons pas de

⁹¹ « Guinée : polémique entre Alpha Condé et MSF autour de l'épidémie d'Ebola ». *JeuneAfrique.com* (blog), 26 juin 2014. <http://www.jeuneafrique.com/51434/politique/guin-e-pol-mique-entre-alpha-cond-et-msf-autour-de-l-pid-mie-d-ebola/>.

laboratoires spécialisés en Guinée. On a pris du retard avant de le savoir. Mais depuis, toutes les dispositions sont prises pour endiguer la maladie ⁹²».

Loin de décrire la réalité des faits en Guinée-Forestière, les déclarations soutenues par une certaine presse mettent tout en œuvre pour afficher que la situation sanitaire est sous contrôle. Invité sur la radio française RMC, Rony Brauman, spécialiste de la médecine d'urgence et tropicale et ex-Président de MSF, avance que :

« À peu près tout le monde a sous-estimé cette crise, à commencer par les gouvernements des pays concernés : le Liberia... la Guinée d'abord, puisque c'est dans ce pays-là que ça a commencé, le Liberia, la Sierra Leone ensuite... Nous avons eu, MSF a eu des polémiques, des controverses publiques avec le Président guinéen dès le mois de mai/juin. Celui-ci accusant MSF d'en faire trop, de vouloir semer la panique, voire de faire sa publicité. Enfin, ça été tendu. Le chef de l'État n'ayant pas envie de reconnaître qu'un problème sérieux était en train de naître dans son pays ⁹³».

Les professionnels de santé engagés dans la Riposte lui emboîtent le pas en fustigeant l'attitude du gouvernement face à l'épidémie. En témoignent les propos d'un agent sanitaire qui sous l'anonymat relate la situation de Guéckédou dans une interview le 23 août 2014 :

« Nous sommes très débordés ici. Le centre de Guéckédou ne peut plus contenir les malades qui arrivent. Les deux malades venus de N'Zérékoré n'ont pas encore été débarqués parce qu'il y a un problème de place... On a plus de 60 cas, dont plus de 40 cas confirmés. Et on vient de perdre un de nos amis le 21 août dernier un hygiéniste au niveau de la communauté, après avoir contracté le virus. Il y a un autre cas qui est confirmé déjà... Quand j'entends le gouvernement communiquer, je suis écœuré. Il faut que le gouvernement soit

⁹² « Ebola en Guinée : "Au début, il y a eu une mauvaise communication", selon Alpha Condé | Vision Guinée ». Consulté le 6 février 2017. <http://www.visionguinee.info/2014/09/22/ebola-en-guinee-au-debut-il-y-a-eu-une-mauvaise-communication-selon-alpha-conde/>.

⁹³ « GuineeActu - Selon MSF : suite à la négligence d'Alpha Condé, Ebola est devenu une menace mondiale ». Consulté le 6 février 2017. <http://guineeactu.info/actualite-informations/actualite-informations-generale/4968-selon-msf-suite-a-la-negligenca-d-alpha-conde-ebola-est-devenu-une-menace-mondiale-.html>.

responsable. On sait que le gouvernement ne veut pas effrayer les investisseurs, mais il oublie que les institutions qui sont sur place ici fournissent tous les matins des rapports ⁹⁴».

Ces différents agissements du gouvernement guinéen finissent par semer le trouble chez les communautés. D'un côté on sanctionne ceux qui délivrent un message allant dans le sens de la négation de l'épidémie et de l'autre côté, ce qui donne des informations sur la présence de l'épidémie et de surcroît fonctionnaire de l'État sont aussi victimes de sanction. L'alerte lancée par MSF en la date du 23 juin 2014 où il évoquait que l'épidémie d'Ebola était hors de contrôle va même pousser l'OMS à réclamer des mesures drastiques aux États concernés par l'épidémie vu le potentiel de propagation internationale du virus Ebola. Cette déclaration fait suite aux multiples actions et discours des autorités du gouvernement de la Guinée qui ne semblent pas vouloir reconnaître l'ampleur du problème de santé auquel la région forestière de la Guinée est confrontée.

Ainsi, les 2 et 3 juillet 2014, l'OMS organise une réunion d'urgence à Accra avec les 11 ministres de la Santé de la Guinée, Liberia, Sierra Leone, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Sénégal et Ouganda ainsi que les différents partenaires de l'organisation impliqués dans la Riposte à la flambée d'Ebola, dont des représentants des industries extractives des pays affectés, ainsi que des institutions du système des Nations unies, les CDC, le DFID, l'Union Européenne, ECHO, l'Institut Pasteur, l'IFRC, MSF, l'USAID et l'OOAS pour élaborer un plan complet de réponse opérationnelle inter pays vu la chaîne de transmission de l'épidémie qui commençait à avoir un caractère transfrontalier et menaçant la sécurité sanitaire publique à l'échelle régionale et même mondiale.

⁹⁴ Momou, Guilana Fidel. « Ebola à Guéckédou : « Nous sommes très débordés, le centre ne peut plus contenir les malades qui arrivent » ». *Guinée news*, 24 août 2014. <http://guineenews.org/ebola-a-gueckedou-nous-sommes-tres-debordes-le-centre-ne-peut-plus-contenir-les-malades-qui-arrivent/>.

CHAPITRE II : UNE GOUVERNANCE BIOMÉDICALE ET EXTRAVERTIE D'EBOLA

Depuis 1976, date de sa première déclaration en RDC à nos jours, le monde n'a jamais connu une épidémie d'Ebola qui ait eu l'envergure de celle dite de 2014 qui s'est déclarée dans les trois (3) pays de la Mano river. Cette spécificité, qui donne un certain caractère exceptionnel à l'épidémie, va nécessiter une mobilisation à grande échelle d'acteurs, mais également de technologies diverses. Si l'impact de la Riposte se mesure à travers d'un côté l'incidence, c'est-à-dire la capacité des interventions à limiter le nombre de nouveaux cas et de l'autre côté la létalité qui correspond à la mortalité des cas de personnes infectées, le taux de 41 % de décès semble au regard de l'ampleur de l'épidémie être un record face aux autres flambées connues (90 % de décès en République démocratique du Congo en 2003 et 25,1 % de décès en Ouganda 2007).

Par contre, les différentes réactions communautaires observées en Guinée face aux modes de gouvernance de l'épidémie, qui portant sont également mis en œuvre au Liberia et en Sierra, décline un intérêt particulier sur ces situations paradoxales. Autrement dit, si les mêmes mécanismes de gestion de l'épidémie ne produisent pas les mêmes effets dans les différents pays, il convient dès lors de s'intéresser aux caractéristiques des cadres où elles sont mises en œuvre afin de mieux saisir les facteurs ou contextes qui expliquent ces diversités.

1.1 UNE PREPAREDNESS LIMITÉE AUX ASPECTS TECHNIQUES ET BIOMÉDICAUX ET QUI OCCULTENT LES DIMENSIONS SOCIALES ET POLITIQUES DES QUESTIONS DE SANTÉ

Une lecture rétrospective de la gestion des urgences sanitaires permet d'observer un mode opératoire standardisé : isoler les malades pour rompre les chaînes de transmission, faire la surveillance active et la recherche des cas contacts au niveau des communautés et développer un ensemble de nouveaux comportements à faire observer aux communautés (EDS, lavage des mains, etc.). Dans cette configuration, toute la force du dispositif est basée sur l'efficacité des technologies mobilisées. En d'autres termes, les résultats se mesurent à la capacité de rompre les chaînes de transmission en isolant les malades dans des structures spécialisées tout en leur offrant des

traitements de support en l'absence de traitement spécifique, à surveiller les cas contacts et enfin à faire observer des comportements préventifs au reste de la communauté. L'ensemble du modèle construit donc un rapport unilatéral entre les experts d'un côté qui développent un paquet d'intervention et les populations au centre qui sont considérées comme le problème à gérer.

LA GESTION DES CRISES SANITAIRES

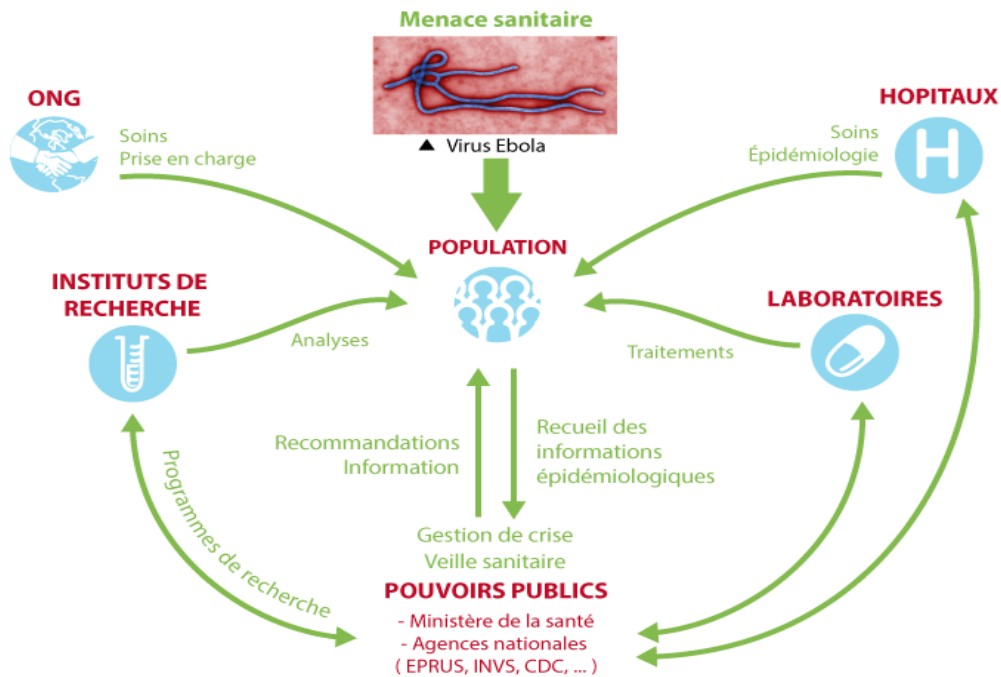


Figure 17 : Schéma illustratif de la gouvernance des épidémies⁹⁵

Ce faisant, les technologies de la Riposte font face à des contextes spécifiques mus par des différences d'institutions, de façons de faire et même aux caractéristiques des acteurs sur le terrain. Nguyen⁹⁶ considère donc qu'il est préférable de faire une analyse des conditions qui ont permis à l'épidémie de flamber, ce qui rend beaucoup plus compte des capacités de réponse des États dans

⁹⁵ « L'urgence sanitaire et ses acteurs | EXPLORATHÈQUE ». s. d. Consulté le 15 février 2018. <http://exploratheque.net/articles/l-urgence-sanitaire-et-ses-acteurs>.

⁹⁶ Entretien avec Vinh-Kim Nguyen, Propos recueillis par Alice Béja, « Ebola : leçons d'une épidémie », *Esprit* 2015/1 (Janvier), p. 123-125. DOI 10.3917/espri.1501.0123

les trois (3) pays les plus touchés. Dans les autres pays, la détection des premiers cas et leur prise en charge ainsi que les succès qui en résultent ne sont que l'expression des modes de gouvernance de l'épidémie dans ces espaces. En Guinée par exemple, il a fallu plus de deux mois avant que les cas décès successifs dus à une « maladie mystérieuse » attirent l'attention des autorités sanitaires (Baize et al., 2014) et plus de deux années successives de lutte intense contre la maladie pour pouvoir arriver à la maîtriser.

À cet égard, il convient de convoquer dans l'analyse le contexte sociopolitique et économique de ces pays marqués par des décennies de violence structurelle. Le Liberia et la Sierra Leone ont connu des décennies de guerre civile. La Guinée est également sous l'emprise d'une histoire coloniale et postcoloniale marquée par des oppositions entre les groupes ethniques, mais également un rapport difficile avec l'ancienne métropole limitant ainsi toutes ses ambitions de développement. En dépit de ces contextes politiques spécifiques de ces pays dans la région ouest-africaine, il importe également d'observer l'effet des programmes d'ajustements structurels qui ont fini par plomber les capacités de réponses de l'État aux sollicitations de la population.

Au-delà, il s'observe, autant du côté des gouvernements des pays concernés que de l'OMS, une certaine dépréciation de l'ampleur de la crise sanitaire qu'induit l'épidémie en cours jusqu'au printemps de l'année 2014. Il a fallu attendre l'été avec une épidémie hors de contrôle pour reprendre le qualificatif que lui accorde MSF pour que l'OMS et les gouvernements des pays concernés prennent conscience de la menace qui pèse autant sur la situation sanitaire de la zone, mais également à l'échelle mondiale. De l'autre côté, la faible adhésion des communautés aux discours et protocoles définis par les différents acteurs impliqués dans la Riposte ne manque de produire son lot d'effets perceptibles à l'accroissement des foyers épidémiques et la létalité observée.

« Des segments importants de populations n'adhéraient ni aux explications données à propos de l'origine de l'épidémie ni aux mesures proposées par les autorités (arrêt de la consommation de viande de brousse, modifications des rites funéraires, regroupement et isolement des malades dans des centres spécialisés, suivi des personnes ayant été en contact avec un malade d'Ebola). Or le succès dans la réponse à une épidémie repose sur l'état de

la science et des technologies disponibles, ainsi que sur une mobilisation sociale et politique réussie » (**Bradol, 2016, p.2**).

La situation va devenir exacerbée quand, face aux difficultés de faire accepter les interventions aux communautés, la Riposte s'impose à eux et contraint les communautés à observer un certain nombre de pratiques. Ainsi on assiste à l'installation des cordons sanitaires au niveau des zones frontalières et les différents points d'entrées des localités. Des contrôles de la température sont opérés sur les populations dans les services publics. Dans les écoles par exemple, tous les élèves sont contraints à subir la prise de température avant d'entrer en classe. En Guinée, à partir de mars 2015, c'est-à-dire plus d'une année après le début de l'épidémie, un décret officiel⁹⁷ de l'État va systématiser les enterrements sécurisés dans les localités dites actives⁹⁸, donnant aux acteurs de la Riposte la latitude de gérer tout cas de décès communautaires ou dans un service de santé. Des restrictions sont aussi établies face aux regroupements de personnes (funérailles, activités festives, etc.) en plus des interdits alimentaires édictés par les gouvernants suite à la déclaration de l'épidémie.

Un gouvernement des corps s'instaure avec un dispositif autoritaire qui définit des conduites et appose même des sanctions aux récalcitrants (Faye, 2015b). Si en Sierra Leone par exemple, les populations ont été soumises à des pratiques de confinement⁹⁹, les mesures paraissent plus drastiques au Liberia où certaines localités feront même l'objet d'encerclement et de restriction de la mobilité¹⁰⁰. Cette autarcie de la Riposte s'observe même au niveau des catégories d'acteurs au profil disciplinaire différent. Cependant, les lectures critiques apportées par certaines catégories participant à la réalisation de cette action publique ne sont pas souvent partagées. Les acteurs plus impliqués dans le déploiement d'une machine de guerre avec des protocoles reprenant des modèles

⁹⁷ Circulaire n°0954/CNRE de la coordination nationale de lutte contre la maladie à virus Ebola, Conakry, le 20 Mars 2015.

⁹⁸ D'après le Circulaire n°0954/CNRE, est définie comme communauté active à l'article 4, les Sous-préfectures ou communes ayant enregistré au moins un cas confirmé de maladie à virus Ebola lors des 21 derniers jours.

⁹⁹ Adam Nossiter, "Lockdown begins in Sierra Leone to battle Ebola", The New York Times, 19 Septembre 2014.

¹⁰⁰ AFP, "Ebola quarantine in Liberia's capital sparks violence in slum", The Guardian, 21 Août 2014.

transplantés (Gobatto, 1999) conçoivent que seuls ceux qui participent à l'action et prennent les décisions sont légitimes pour en discuter. Ces attitudes vont très rapidement s'observer dans les différentes instances de gouvernance de l'épidémie (Bradol, 2016).

1.1.1 Regard critique sur les centres de traitement Ebola (CTE)

L'analyse en Guinée, des tensions observées entre les populations et les acteurs de la Riposte autour des différentes technologies mobilisées, ne peut être déconnectée de l'histoire pré et postcoloniale de ces pays marqués par des régimes d'extraction ainsi que de politiques répressives contemporaines (McGovern 2014 ; Le Marcis & Gomez-Temesio, 2017). Au-delà, Le Marcis et Gomez Temesio considèrent que le modèle des CTE s'inscrit dans l'avènement d'un régime global de gouvernance de la santé, fondé sur la mobilisation de technologies sanitaires et biosécuritaires, et structuré par la polarisation entre une élite transnationale et une population flottante, sans visage et pensée comme une menace : un groupe d'humains chosifiés (Mbembé, 2013 ; Le Marcis & Gomez-Temesio, 2017, p.2).

Le Marcis et Gomez-Temesio mobilise dès lors la métaphore du camp, ce complexe architectural gouverné par des logiques technico-scientifiques et politiques, pour lire les rapports entre acteurs et les communautés autour de la technologie du CTE en Guinée durant la période de l'épidémie. Cette lecture jalonne le contemporain et détermine deux formes d'« appartenance au monde » : d'un côté, une population d'humains qu'il s'agit de protéger, de l'autre une masse d'« indésirables » ou de « surnuméraires » (Agier, 2011 ; Bauman, 2006) qu'il s'agit de contrôler, quitte à les laisser mourir. (Le Marcis & Gomez-Temesio 2017, p.3). Les auteurs soulignent à ce titre les attitudes d'indifférence dans la gestion des enterrements que les acteurs concernés justifient au nom de l'urgence et du nombre important de corps à traiter. Ces pratiques répondent également à des normes de gestion des dépouilles mortelles telles que définies dans le manuel pratique édité par l'Organisation Panaméricaine de la Santé et les mouvements de la Croix-Rouge Internationale et du Croissant-Rouge Internationale (Morgan et al., 2010). Ces pratiques, réalisées au nom de l'urgence, vont réarticuler les rapports conflictuels entre le dispositif et les communautés dans un contexte marqué par une crise de la confiance.

Le risque d'infortune, dans un contexte de non-respect des conditions d'inhumation et d'ancestralisation (Dugast, 1991 ; Pradelles-Monod, 2001) des défunts, plane donc sur les familles des patients qui envoient leurs parents dans les CTE et qui même décédé ne peuvent accéder au corps pour l'inscrire dans ce dernier rite de passage (Fassassi, 2014 ; Anoko, 2014). Du côté des acteurs de la Riposte dont le discours est soutenu et validé par l'autorité politique, ces pratiques répondent à des normes de biosécurité donc de gestion du risque sanitaire que produit l'épidémie d'Ebola occultant le risque social qui consistait en ce que Le Marcis nomme « une épidémie de malheur et d'infortune envoyée par des personnes décédées et non ancestralisées » (Le Marcis, 2015, p.1).

Les difficultés d'interaction observées et l'allure violente que vont prendre les attitudes de défiance des communautés envers la Riposte vont nécessiter l'implication des sciences sociales comme nouvelle composante de la lutte. L'implication des anthropologues s'observe à cette période de l'épidémie avec le dessein de servir de traducteur social et de facilitateur des interventions des équipes techniques qui faisaient face à l'hostilité des communautés réfractaires aux différents mécanismes de gestion de l'épidémie. De manière concrète, leur travail consiste à comprendre les revendications des communautés et à servir de relais auprès du dispositif. C'est à cet égard que la Riposte va travailler à mieux humaniser ces protocoles avec la mise en place des enterrements dignes et sécurisés, l'ouverture des CTE au public entre autres. Même si la présence des sciences sociales n'est pas une nouveauté de l'épidémie de 2014 (Fassin, 1999 ; Epelboin, 2009), leur niveau d'implication dans le dispositif par contre va en décliner une certaine exceptionnalité. Dans tous les cadres de gouvernance de l'épidémie, mais également au sein des organigrammes des différentes institutions et structures impliquées dans la lutte, la présence des sciences sociales est devenue comme un inconditionnel : un recrutement important de sociologues et d'anthropologues s'observe à tous les niveaux de la Riposte.

Cependant, de l'avis de certains observateurs, on est plutôt en face d'une instrumentalisation de la discipline dans le sens où les formes d'usages observées des anthropologues et sociologues, dans le cadre de la Riposte, ne coïncident pas avec les principes de la discipline. Faye Sylvain considère à cet égard qu'« à y regarder de près, c'est moins l'anthropologie qui a été mise à contribution que l'idée que les humanitaires en ont : considérés comme des médiateurs sociaux, chargés d'aider à

lever les « réticences », les anthropologues ont été impliqués dans la commission « mobilisation sociale et engagement des communautés » (Faye, 2015b : 3).

Le qualificatif de « réticence » développé par la Riposte pour définir les attitudes et comportements des communautés face aux protocoles de gestion de l'épidémie va introduire l'idée de la nécessité d'impliquer les anthropologues dans la Riposte afin de permettre une acceptation communautaire. En d'autres termes, les anthropologues et sociologues ont un rôle de traducteur social et de médiation entre les communautés et les intervenants afin de faire accepter les protocoles de gestion de l'épidémie (Schurmans & Charmillot, 2009). Dès lors, Faye constate que, dans cette optique, les sciences sociales, en particulier l'anthropologie, sont réduites à leur plus simple expression, c'est-à-dire « une épidémiologie sociale d'accompagnement » (Gruénais, 1995 ; Olivier De Sardan, 2008 ; Faye, 2015b).

Les formes d'usage de l'anthropologie dans la Riposte vont aller même jusque-là remise en cause même de ces prérequis méthodologiques et une discussion de son modèle opératoire jugée inadaptée à la gestion des urgences sanitaires du point de vue de certains acteurs.

« Mais, vous n'êtes pas sans savoir que l'approche sociologique ou anthropologique prend beaucoup de temps et que là, on se trouve dans une situation d'urgence. Donc, l'on n'a pas le luxe de faire appel à un anthropologue et de le laisser plusieurs semaines sur un terrain pour qu'il comprenne les points de blocages avant de pouvoir agir. J'ai beaucoup de respect pour l'approche sociologique et anthropologique et je pense qu'elle peut nous apprendre beaucoup sur ces résistances ; mais, en situation d'urgence, on n'a pas tout à fait le temps d'y avoir recours. » **Jérôme Mouton, Chef de mission de Médecins sans Frontières en Guinée**

Plus loin il considère que :

« Par contre, il ne faut pas négliger cet aspect et descendre vraiment au niveau de chacun des porteurs d'autorités dans les communautés permet de résoudre ce problème sans pour autant comprendre la nature des résistances ». **Jérôme Mouton, op.cit.**

Cette conception de la pratique anthropologique et son caractère inadapté à l'intervention d'urgence sont pourtant très critiqués d'autant plus que la présence des sciences sociales dans la gestion des urgences sanitaires n'est pas une particularité de l'épidémie de 2014. Depuis les années 90, il n'est plus devenu rare d'observer la présence des sciences sociales dans la réponse aux épidémies et la place de la discipline ne fait plus l'objet de discussion. Concernant les flambées d'Ebola, Alain Epelboin a été plusieurs fois impliqué dans les équipes de l'OMS en qualité d'anthropologue. Par contre, c'est dans la conception et la place qui est accordée aux sciences sociales dans la réponse aux problématiques sanitaires de manière globale et aux urgences de santé publique en particulier épidémies qu'il nécessite aujourd'hui de s'interroger. En d'autres termes, si jusqu'en 2014, on retrouve encore cette compréhension de l'anthropologue, conçu comme un « traducteur culturel », un médiateur ou communicant ou juste « un spécialiste du bon sauvage », ceci témoigne de l'absence prise de conscience du potentiel des sciences sociales. C'est dans cette optique que Faye (2015) considère ce qui suit :

« Toutefois, ce n'est pas en se limitant à son rôle imposé de “traducteur culturel” et de simple “auxiliaire” de la pratique médicale qu'elle pourra le faire. Si la Riposte impose des concepts, des objets de réflexion en rapport avec la gestion de l'urgence médicale, il y a des questions “enterrées” que l'anthropologie doit aussi documenter et analyser, pour une compréhension plus globale des attitudes communautaires de défiance. Elle peut aussi favoriser la critique en prenant le pari d'aller au-delà de la culturalisation de l'épidémie (Hours, 2009) et d'interroger aussi le dispositif comme objet d'étude. » (Faye, 2015b : 4)

En d'autres termes, Faye tient le pari d'une anthropologie adaptée à la nature de l'objet d'étude. Pour ce qui est de son implication dans les urgences sanitaires, la convocation d'une anthropologie symétrique (Latour, 1991 ; Lavigne-Delville, 2011) témoigne de toute sa capacité à analyser les dispositifs de gestion d'un côté et les espaces sociaux d'intervention de l'autre et de permettre dans les deux cadres d'identifier les points de blocage et de proposer également à partir d'une analyse critique des recommandations afin de mieux adapter les interventions. Dès lors, cette posture implique selon Faye (2015), pour ce qui concerne l'analyse des dynamiques sociales observées en Guinée pendant l'épidémie d'Ebola, permet de sortir « des seuls discours et vision culturalistes de l'épidémie et de considérer les attitudes et les pratiques des acteurs comme des “situations du quotidien” qui prennent corps dans une histoire à documenter » (Faye, 2015b : 5).

Ainsi, la posture d'anthropologie symétrique suppose ici un regard à la fois sur le niveau communautaire, mais également sur le dispositif de lutte contre Ebola afin de comprendre ce que produit la rencontre de ces deux entités. Il s'agit dès lors de considérer les dynamiques et attitudes relatives à l'épidémie d'Ebola en Guinée, comme l'expression de causes profondes, la face cachée d'un iceberg, dont une lecture beaucoup moins réductrice pourrait permettre de comprendre. Les discours et les attitudes des communautés au courant de cette période qui ne décrivent pas Ebola comme un problème de santé au sens biomédical du terme accordent du crédit à une relecture des contextes sociopolitiques qui ont prévalu à l'arrivée d'Ebola en Guinée. Les résultats obtenus par les équipes d'anthropologues en apaisant les tensions entre les communautés et les équipes techniques n'ont rien de miraculeux ; il a juste fallu à ces derniers de démedicaliser la crise sanitaire et d'interagir avec les communautés en prêtant plus attention aux discours qu'elles produisent pour travailler à lever avec eux les équivoques.

« Engagés du début à la fin de l'épidémie, à tous les niveaux de la réponse, les anthropologues, sans en avoir le monopole, ont été des porteurs d'une médecine compréhensive. Ils ont contribué à résoudre des résistances, des crises, à humaniser la réponse à l'épidémie. Bien souvent, ils n'ont fait que dire tout haut ce que chacun dirait si ses propres parents étaient concernés : l'urgence, sur un fond de sous- développement et de perte de confiance ou de révolte contre les autorités, écrase souvent l'humanisation de la réponse » (Epelboin, 2016, p.214).

La critique autour de la technologie du CTE, cette machine de guerre mobilisée dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, ne se limite pas seulement à la question de la gestion des corps. Elle s'intéresse également aux pratiques de gestion du risque. Dans les premiers moments de son implantation, cette technologie fruit de l'expertise de MSF qui a eu à la mobiliser dans le cadre de la gestion d'autres flambées a décliné un ensemble de limites face à l'ampleur de l'épidémie de 2014. Il ne semble pas abusé d'avancer l'idée selon laquelle, la Riposte n'était pas préparée à une épidémie d'une grande envergure. Au-delà de la capacité de réception du nombre important de cas, l'organisation et le fonctionnement du CTE répondent à un certain nombre de mécanismes de gestion du risque sur lequel le rythme de l'épidémie empiète. Cette situation rentre dans le cadre du paradoxal dans le sens où les CTE ou centres d'isolement, comme ils étaient dénommés au début, vont cependant constituer des espaces à risque de contamination (Kucharski et al., 2015).

« Des images télévisées ont fait le tour du monde. Celles d'un homme en polo rouge déambulant dans les rues de Monrovia, avec à son poignet un bracelet indiquant qu'il venait d'un centre d'isolement. Il était pourchassé par un groupe de passants qui le dénonçaient comme une menace pour la collectivité. Une équipe de MSF l'embarqua de force dans une ambulance pour le ramener en isolement. En réalité, la suite de l'histoire montra que cet homme n'était pas infecté par le virus Ebola. Son séjour dans un centre d'isolement dans l'attente d'un diagnostic définitif, à proximité de personnes infectées, le mettait objectivement en danger ». (Bradol, 2016, p.3)

1.1.2 Regard critique sur les enterrements sécurisés

Les enterrements sécurisés découlent d'un décret présidentiel et repris à travers une note de service portant sur les mesures de contrôle rapide de la fièvre hémorragique à virus Ebola dans le cadre d'un plan intérimaire compris entre la période du 15 mars au 15 avril 2014. Cette note de service a été publiée par la coordination nationale de lutte contre Ebola qui est le bras technique de l'État dans la réponse à l'épidémie. Il est donc exigé à toutes les familles de se soumettre au protocole de gestion sécurisée des corps des personnes décédées dans ce contexte particulier marqué par la situation d'urgence sanitaire que traverse le pays.

Cette décision concernait au départ uniquement les décès consécutifs à Ebola et confirmés par la PCR et/ou l'investigation épidémiologique, c'est-à-dire à partir d'un entretien mené par les épidémiologistes visant à informer sur une potentielle exposition du défunt à un risque de contamination par le contact avec un malade d'Ebola ou bien par la participation à un rite funéraire concernant une personne décédée d'Ebola. Cependant, le protocole des EDS va être systématisé dans les différentes zones actives, c'est-à-dire des zones ayant connu des cas de malade d'Ebola et qui n'ont pas atteint la période de quarante et deux jours sans cas confirmé. Cette mesure répond aussi à un contexte marqué par une certaine défiance des communautés face à la déclaration des cas de décès communautaires, mais également des limites des activités d'investigation épidémiologique.

Il a été observé dans plusieurs localités, l'émergence de foyers épidémiques suite au décès d'un membre alors que le lien épidémiologique n'a pu être défini malgré les investigations menées.

Cette observation d'une rétention d'information des familles de personnes décédées dans cette période d'épidémie remettait en cause tous les efforts de rupture des chaînes de contamination de l'épidémie. Cependant au-delà des raccourcis simplistes allant dans le sens de caractériser ces attitudes comme de nouvelles formes de « réticence » des communautés, une analyse du discours permet de décliner d'autres rationnels explicatifs de ces situations. Dans ce sens, l'absence d'observation du sang constitue un élément qui va beaucoup orienter le discours des communautés façonnées à partir d'une mémoire gardée sur les signes de la maladie comme nous le décrivions sur les pratiques de communications autour des symptômes d'Ebola. En d'autres termes, l'absence du sang était considérée par les communautés comme un signe de non-infection. Au-delà, il importe également de convoier dans l'analyse des attitudes de refus des EDS que l'observation de cas de malade après la réalisation des EDS va reconforter également un discours qui considère ces différentes technologies comme des moyens de diffusion de la maladie.

« La défiance naissait aussi de la rumeur selon laquelle les véhicules contribuaient à disséminer la maladie sur leur passage, avec leurs antennes et leurs pratiques de pulvérisation : en effet, lorsque le corps d'une personne décédée se révélait positif au test Ebola, la Croix-Rouge intervenait pour désinfecter la maison et ses environs. Tout cas de maladie faisant suite à la désinfection était considéré comme provoqué par elle, ce qui suscitait une réaction violente. » **(Faye, 2015b : 27)**

En plus, il convient de préciser que la mise en œuvre du protocole des EDS intervient dans un contexte de méfiance entre communautés et les acteurs de la Riposte structurée par des informations diverses autour de vol d'organe, de liquide biologique sur les défunts. Cette inquiétude au-delà des informations caractérisées de « rumeurs », car non fondées selon les acteurs de la Riposte, est renforcée par les pratiques des EDS en début de mise en œuvre. Dans les premiers moments, les membres de la famille du défunt étaient exclus de la gestion des corps ; seuls les membres de l'équipe des EDS, utilisant les Équipements de Prévention et de Protection (EPP) (combinaisons, bavettes, bottes en plastique, gants cliniques et de ménage blouses, tabliers, lunette de protection, etc.) pour la circonstance avec tout le matériel et le protocole nécessaire à la gestion des possibilités de contamination, étaient autorisés à participer à la préparation du corps du défunt produisant ainsi une absence totale d'observation de ce qui se fait sur leur défunt parent.



Ébola en Guinée, avril 2014 : morgue de l'hôpital de Guéckédou

Corps de malades décédés à l'hôpital sécurisé par MSF transportés sans témoins familiaux à la morgue, de l'hôpital de Guéckédou, sans prise en charge de l'enterrement.

C'est un exemple parmi d'autres de dysfonctionnements, notamment la non visualisation du cadavre par la famille, l'absence de véhicule de transport des endeuillés dans les convois funéraires, Les absences de transparence et les dédicits d'humanité font le lit des propagateurs de rumeurs de vols de sang, d'organes ou de cadavres et mettent le feu à la poudrière sociale. (photo Alain Epelboin)

Photo 19 : Pratique de gestion des corps dans les établissements de santé au début de l'épidémie (Photo, Alain Epelboin, avril 2014)

Cette dépossession de la gestion du corps était mal vécue par les communautés qui accordent un intérêt particulier au rituel d'accompagnement du défunt. C'est dans ce sens qu'en fonction du rapport que la famille entretient avec cette maladie, c'est-à-dire y croire ou pas, ou encore de sa compréhension des signes, les activités d'investigation épidémiologiques ont connu un ensemble de biais. Toutefois, la décision de la mise à échelle avec une systématisation du protocole des EDS dans les zones actives va remettre à jour le climat de tension entre les acteurs de la Riposte et les communautés. En soi, cette décision rencontre difficilement l'adhésion des familles du fait des points de dissensions perceptibles dans les deux rationalités et va conduire à des attitudes de violence à la fois verbale et même physique. Ainsi dans plusieurs localités, des cas de violences sur les personnes et les outils logistiques de la Croix-Rouge vont être notifiés.

Les pratiques d'imposition des EDS de la part de l'État qui fait des arrêtés et signe des décrets vont conduire les populations à une certaine forme de conformisme. Elles vont se traduire par une militarisation de cette activité avec les forces de l'ordre mise à disposition pour accompagner les

équipes dans les localités afin de réaliser les activités d'investigation sur les corps et d'inhumation sécurisée. Ce conformisme, loin de s'inscrire dans une forme de prévention de l'émergence de la maladie à virus Ebola ou une compréhension des messages véhiculés en relation avec la potentialité de contamination relative aux activités de gestion des corps en moment d'épidémie, traduit plutôt une absence de choix consécutif à la suprématie de l'autorité, celle du Président, et la crainte qu'elle suscite. Les agents de la Croix-Rouge, eux-mêmes, ne manquent pas de signifier aux familles leur « malaise » dans ce qu'ils nomment une immixtion dans leur intimité.

« Je voudrais en mon nom et en celui de mes collègues vous présenter mes excuses pour le fait d'intervenir dans ces moments douloureux et qui vous appartient. En tant que musulman, je ne suis pas à l'aise de le faire, mais c'est la situation face à laquelle on est confronté qui nous y oblige » **IDI_Chef d'équipe Croix-Rouge lors d'un EDS à Forécariah_Août 2015**

Cependant, même si les tensions connaissent une période d'accalmie due à la répression de l'État avec des arrestations chez des familles qui s'opposaient à la réalisation des enterrements sécurisés, elles vont à partir d'un moment reprendre forme. Par contre, les tensions sont ici relatives aux pratiques des enterrements sécurisés par les agents de la Croix-Rouge. Si depuis octobre 2014, l'introduction des EDS, considérés comme nouveau protocole intégrant le respect de la dignité du défunt et de l'observation des pratiques de gestion corps en fonction des réalités locales, est mobilisée dans les différentes communications de la Riposte en vue d'apaiser le climat social, les pratiques décalées de EDS vont très vite remettre à jour les difficiles rapports avec les communautés.

Autour de la pratique des EDS, la question du lavage des corps va constituer un des grands points de discorde entre les communautés et les agents de la Croix-Rouge. Les techniques de pulvérisation du corps étaient jugées non conformes aux rituels de lavage tel que souhaité par les communautés. En d'autres termes, le lavage du corps du défunt répondait à un certain nombre de critères que le seul fait de pulvériser avec une solution chlorée ne confortait pas. Du côté des communautés, il fallait d'abord enlever tous les habits et sortir le corps de son état de souillure afin de le purifier avant de le conduire à sa dernière demeure. De plus, la question de la gestion du risque n'était pas acceptée par les communautés pour des gens équipés comme des

« cosmonautes ». La logique du traitement du corps dont faisaient montre les équipes de la Croix-Rouge va donc se confronter à la logique de la préparation du corps qui constituait l'attente des communautés.

« Ce qui m'a fait mal, c'est que les agents n'ont pas pris la peine même d'enlever les vêtements que ma grand-mère portait. Ils l'ont laissée comme ça avec les habits et ils l'ont pulvérisée (...) Quand je suis sortie, j'ai pleuré parce que quand je me rappelle quand mon papa était décédé, quand nous sommes allés au village, il avait été transporté dans les toilettes et ils ont demandé à ma mère et à nous les filles, d'apporter de l'eau pour qu'il prenne son bain. Alors que maintenant y a plus ça, on ne respecte plus nos coutumes. Pour moi quand je suis rentrée avec eux, dans mon esprit je me disais qu'ils allaient au moins ôter les habits que la grand-mère portait, au moins apporter un seau d'eau pour lui faire le bain funèbre, parce qu'ils étaient tous dans des combinaisons et rien ne pouvait les empêcher de le faire parce que quand quelqu'un décède chez nous, la personne peut uriner, faire des selles, et du coup la personne est sale. Si on laisse la personne dans cet état-là pour l'enterrer, ce n'est vraiment pas une chose agréable. Puisqu'ils nous disent qu'on ne peut plus le faire les toilettes, alors ils devraient au moins le faire à notre place pour nous apaiser un peu et respecter le mort ». **IDI_Parent de malade décédé d'Ebola, Forécariah_Août 2015**

L'usage du sac mortuaire va également un autre point de discorde entre les acteurs et la communauté dans la réalisation des EDS. Dans le cadre de la gestion des risques de contamination, les corps des personnes décédées suite à une suspicion ou une confirmation d'Ebola sont après traitement mis dans un sac en plastique étanche afin d'éviter toute possibilité de contamination, mais également l'écoulement des fluides corporels. Ce sac plastique de couleur noire rappelle les petits sachets, que l'on trouve à bout de champ dans les rues, appelés « forésac » et dont la couleur noire, symbole du « malheur » dans la plupart des cultures de la zone est foncièrement proscrit par les communautés.



Photo 20: Enterrement sécurisé avec usage d'un sac mortuaire de couleur noire (Source : [nostalgieguinée.net](http://nostalgieguinee.net), juillet 2015)¹⁰¹

Un dernier facteur qui a rendu difficile l'application des EDS est constitué par le non-respect du principe de genre et des codes locaux de bienséance. Dans les pratiques locales de gestion des corps, il est recommandé que les personnes impliquées soient adaptées au profil du défunt. En guise d'exemple, il est souhaitable que le corps d'un homme soit géré par des hommes et celui d'une femme par des femmes. Même en fonction du rang, du statut social, de l'âge ou encore des circonstances de la mort, il existe des types de personnes attirés à la gestion du corps. L'absence de prise en compte des dimensions socioculturelles et de genre dans la constitution des équipes des EDS va être mal vécue par les populations qui considèrent cela comme une absence de respect à leur égard. La majorité des équipes des EDS était constituée par de jeunes volontaires de la Croix-Rouge dont le critère de choix était beaucoup plus accentué sur les capacités physiques.

À ce niveau précisément, la critique des EDS est non moins relative au refus de sa mise en œuvre qu'aux attitudes comportements des jeunes agents de la Croix-Rouge. Que ce soit dans gestuel, le

¹⁰¹ <http://www.nostalgieguinee.net/contenu.php?ref=1908>

langage et même l'habillement, les jeunes agents de la Croix-Rouge impliqués dans les activités des EDS se présentent devant les communautés avec une image qui ne se conforme pas à l'occasion. De plus du fait de leur jeune âge, la discrétion et la maturité que demande le rituel de gestion de la mort sont difficilement acceptables pour ces derniers : les populations n'ont pas confiance en leur agissement ou en leur capacité à remplir cette tâche. En outre, des jeunes garçons sont envoyés pour gérer le corps d'une femme et, à des occasions, on assiste même à l'implication de jeune fille dans la gestion du corps d'un homme. Cependant si les logiques de traitement du corps à partir d'un protocole de gestion de la biosécurité permettent de valider de tels agissements, il va s'observer une remise en cause de ces manières de faire par les communautés qui ne sont pas disposées à laisser les corps de leur défunt être géré d'une manière qui ne correspond en rien à leurs réalités socioculturelles.

« Ils nous amènent ici des jeunes qui ont l'âge de nos enfants pour voir le corps de nos parents ! Des jeunes qui ne savent rien de la vie » **IDI_Parent d'une victime d'Ebola Forécariah_Août 2015**

« Ils viennent ici sans respect, certain ont leur pantalon en bas des fesses surtout les filles qui ne se couvrent pas la tête et s'habillent en pantalon serré où on voit toutes leurs parties, alors qu'il y a des vieilles personnes et des imams à côté » **IDI_Imam, Forécariah_Août 2015**

Il faut noter que ces dissensions ont été renforcées par l'absence de communication entre les équipes chargées des enterrements et les familles dans les premiers moments. Ces derniers ont non seulement été tenus à l'écart des espaces des enterrements sécurisés et de ses pratiques, mais ne bénéficiaient d'aucune explication sur les gestes. Cette situation a fait naître des rumeurs de trafic d'organes ou de diffusion du virus d'Ebola à travers la pulvérisation des concessions. À terme, ces enterrements sécurisés ont produit une réponse communautaire se traduisant par une violence verbale ou physique sur le personnel et les symboles de la Riposte : les voitures de la Croix-Rouge sont incendiées, les vitres cassées, des volontaires sont pris en otages, les structures de gestion de la crise. En septembre 2014, la direction préfectorale de santé et le siège de la préfecture de Forécariah vont être saccagés par des communautés sous le prétexte d'une maltraitance du corps de leur défunt parent

« Nous sommes insultés nuit et jour, peut être aujourd'hui cela a diminué, mais même nos propres parents nous ont abandonné à un moment. Les parents de ma femme s'inquiétaient sur mon travail. Ma propre sœur m'a demandé si je vendais des corps ou des organes, tu te rends compte. » **IDI_Agent Croix-Rouge_Forécariah_Août 2015**

Dans l'optique de « lever les réticences », un ensemble d'initiatives a été entériné par la Croix-Rouge pour aider à l'acceptation du dispositif et trouver une sorte de point d'équilibre avec les populations. La Croix-Rouge évoque une nécessité d'« humaniser les pratiques » pour apaiser les relations avec les communautés. Cette « humanisation » a ainsi vu le passage du concept d'enterrement sécurisé à celui d'Enterrement Digne et Sécurisé (EDS). La prise en compte de la dignité se traduit par un ensemble de mesures correctrices se rapportant aux équipements, à la place accordée aux familles et au partage d'informations autour de la réalisation des EDS. En matière d'équipement, on note par exemple le changement de couleur des sacs mortuaires qui sont désormais de couleur blanche et l'introduction du linceul.

De plus, la préparation des outils de traitement du corps est réalisée devant la famille afin de rassurer ces derniers sur les produits utilisés ; à certaines occasions, il était même demandé aux familles d'acheter elles-mêmes les flacons de chlore qu'on devrait utiliser pour concevoir la solution pour pulvériser le corps et l'espace mortuaire. Le respect du principe de genre est également bien intégré dans la nouvelle approche des équipes des EDS avec un respect de la question du genre : des femmes pour « traiter » le corps des femmes et des hommes pour traiter ceux des hommes. Même la question de l'appartenance religieuse est prise en compte et il est par-dessus tout à partir d'un moment permis la présence d'un membre de la famille au cours du traitement des corps, mais uniquement en tant qu'observateur.



Photo 21: Enterrement digne et sécurisé avec changement de couleur du sac mortuaire (Photo 1¹⁰²) et introduction du linceul et prière sur le corps par les parents (Photo 2)¹⁰³

Pratiquement un après l'introduction progressive de ces pratiques visant le respect de la dignité des défunts et des familles, la nouvelle formule des EDS peine à satisfaire les préférences des populations. Cette « insatisfaction » continue des communautés peut s'expliquer d'une part par le déficit persistant de communication autour de ces nouvelles mesures, et aussi par le fait que ces améliorations de la Croix-Rouge s'inscrivent bien souvent dans la continuité de la logique de son argumentaire bio sécuritaire et par conséquent ne rencontre pas l'assentiment des communautés (le refus de laver les corps alors que leur protection est maximale, la supposée robustesse des jeunes contrairement aux personnes âgées, etc.). Dans le choix des témoins par exemple, les agents de la Croix-Rouge exigent des témoins jeunes qui peuvent résister à la chaleur et qui peuvent suivre

¹⁰² « Ebola : les funérailles, vecteur persistant du virus en Sierra Leone et en Guinée (autorités) ». s. d. Consulté le 15 février 2017. <http://fr.africaitime.com/guinee/articles/ebola-les-funerailles-vecteur-persistant-du-virus-en-sierra-leone-et-en-guinee-autorites>.

¹⁰³https://www.worldpressphoto.org/sites/default/files/styles/gallery_main_image/public/archive/2015/stories/GNS/3/cghsfwxm83inajfml499.jpg?itok=Hnww4AA5

de manière stricte le protocole de gestion des risques contamination avec les techniques d'habillement et de déshabillage des équipements de prévention et de protection.

Mais plus que tout, le refus des EDS par les communautés, peut-être lu comme une sorte de revendication face au déni de leur légitimité et capacité à gérer les espaces mortuaires. Avant l'avènement d'Ebola, ces familles géraient les corps en tant que partie intégrante de leur intimité et de leur droit en tant que citoyens guinéens. Avec l'épidémie d'Ebola, elles ont été dépossédées de ce droit au nom de l'argument bio sécuritaire et la capacité physique. Ainsi, le dispositif de lutte contre Ebola considère que « les communautés ne peuvent pas », ou « sont dans l'incapacité de respecter les mesures de sécurité ». Or il existe aujourd'hui une littérature critique abondante autour de l'absence de la prise en compte des dimensions humaines et sociales au détriment des protocoles épidémiologiques (Niang, 2014 ; Epelboin et al., 2012, Almudena et Borchert, 2014, Faye 2015). Or l'observation des scènes d'EDS permet de constater que les communautés disposent d'une ingénierie sociale et de capacités qui pourraient faciliter la gestion de l'épidémie si elles étaient mieux reconnues par le dispositif.

« Ils n'ont qu'à venir nous former on va s'occuper nous-mêmes de nos morts et qu'ils aillent s'occuper de ceux de leurs familles » **IDI_Imam, Forécariah_Août 2015**

En somme, les acteurs de la Riposte à Ebola ont longuement manifesté une centralité et un monopole du savoir-faire tout en inhibant celui des communautés et leur imposant des manières de faire sous le dictat de l'urgence et de la sécurité. Du coup le dispositif participe à la fabrication d'un espace autoritaire. Les mouvements d'humeur ont fait aujourd'hui place à une sorte de résignation qui s'exprime par une rhétorique « d'absence de choix » qui ne correspond nullement à une prise de conscience et une adhésion des communautés aux protocoles de gestion de l'épidémie. Dès lors, il s'observe deux logiques aujourd'hui : une logique revendicative qui s'appuie sur le fait d'avoir été délesté d'un objet intime, et de l'autre une logique qui tente de trouver un consensus. Si certains aspects de la revendication sont solubles, d'autres ne le sont pas parce qu'elles rendent compte d'un besoin de récupérer cet objet intime. Cette revendication va porter fruit dans le sens où à partir de juin 2015, la Croix-Rouge va à partir des recommandations des équipes de terrain développer un projet pilote de formation portant sur le transfert de compétences des EDS aux communautés dans la localité de Moussayah dans la préfecture de

Forécariah. Celle-ci vise à former des membres des communautés aux règles de biosécurité pour, à terme, leur transférer le droit d'inhumer les morts.

1.2 LES APORIES AUTOUR DE LA COMMUNICATION SUR EBOLA EN GUINÉE : TERREAU FERTILE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE RUMEURS

Après la déclaration officielle de l'épidémie d'Ebola en Guinée, la communication autour de la maladie devenait un incontournable dans le cadre de la lutte que va enclencher l'État de la Guinée appuyé par ses partenaires. Il s'agit dès lors de communiquer sur la maladie, sa source et ses mécanismes de transmission afin de permettre aux communautés d'avoir les connaissances nécessaires pour se protéger et participer à l'effort de lutte. À cet effet, un dispositif s'est mis en place pour diffuser les informations sur la maladie à travers plusieurs canaux. De la télévision à la radio, les différents médias disponibles dans le territoire national sont mobilisés pour transmettre un ensemble d'informations sur la maladie à virus Ebola. Dans les différentes artères de la ville de Conakry, on observe des panneaux publicitaires, des affiches ou des postiches distribués aux passants pour informer sur Ebola. Un numéro vert, le 115, va être mis en place pour permettre à toute personne désireuse d'avoir des informations de pouvoir poser les questions à une équipe dédiée. Une grande opération de communication est dès lors développée pour répondre à un contexte marqué par une méconnaissance de la maladie Ebola par les populations guinéennes.

1.2.1 Stratégies de communication : quand les apories de la communication influencent le rapport à la maladie

S'il existe aujourd'hui un facteur sur lequel tout le monde s'accorde à considérer qu'il a constitué une des faiblesses de la Riposte contre Ebola en Guinée, c'est évidemment la question de la communication. Ainsi, s'interroger sur l'incidence de la communication sur l'épidémie revient à s'interroger sur son contenu, ses canaux et les acteurs qui ont été mobilisés pour la mettre en œuvre. On peut de prime abord constater que les premiers messages sur Ebola en Guinée ont été élaborés à partir des outils de communication utilisés dans les précédentes épidémies. Les éléments d'information collectés à partir des outils de communication développés dans les pays ayant déjà eu l'expérience d'une épidémie d'Ebola, notamment la RDC, vont permettre de réaliser les

premières affiches et messages de sensibilisation sur les symptômes de la maladie, les modes de transmission ainsi que la conduite à tenir en cas de contamination.

En d'autres termes, les messages partagés sont articulés autour d'un ensemble d'éléments permettant d'identifier la maladie, mais également sur des comportements à observer pour éviter une contamination. La scène est intéressante d'un point de vue anthropologique dans le sens où elle renseigne sur la faible dynamique des acteurs dans la gestion des épidémies d'Ebola. Dans un film produit par Fred Brunquell et Alain Epelboin, et dont nous avons présenté un extrait la partie ci-dessous, on observe que les mêmes messages et la même stratégie usitée dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola en 2003 au Congo ont été transposés dans le cadre de la lutte contre l'épidémie en 2014 dans la région Ouest-africaine. La scène est frappante : en 2003 à l'occasion d'une nouvelle épidémie d'Ebola au Nord Congo, on voit à travers un passage du film documentaire, un homme déambule dans les ruelles d'un village, un mégaphone à la main pour passer des messages sur la maladie Ebola. Quand Ebola arrive en Afrique de l'Ouest en 2014, on observe des scènes similaires. Les mêmes pratiques de communication sont observées, donnant l'image d'un vieux film réadapté. Autrement dit, de 2003 à nos jours, la communication à l'occasion des épidémies d'Ebola ne semble pas avoir connu de dynamique.

« On est allé sur Google pour trouver des informations sur la maladie, et ce qu'on a trouvé c'était les informations sur Ebola au Congo, donc on s'est inspiré de ça pour sensibiliser les gens » **IDI_Membre de la Riposte_Forécariah_Août 2015**

1.2.1.1 Les saignements comme symptôme majeur de la maladie

Dans les différents outils de la communication, le sang occupe une place importante dans le tableau clinique des symptômes qui permettent d'identifier Ebola. L'ancienne dénomination fièvre hémorragique a été pour beaucoup dans cette manière de poser le diagnostic. Ainsi, Ebola est décrite dans les affiches, bandes dessinées ou encore les boîtes à image comme une maladie qui se manifeste par de la fièvre, des vomissements, une diarrhée avec des selles sanguinolentes. Cela se traduit par la dominance de la couleur rouge sur les affiches, et l'insistance sur cet aspect dans les messages à destination de la population. Or, l'expérience montre que les saignements dans le cas de la maladie à virus Ebola apparaissent au cours de la phase terminale. Certains malades ont ainsi été internés dans les CTE ou sont décédés avant l'apparition de ces saignements.



Photo 22 : Affiche illustrant les différents symptômes de la maladie à virus Ebola publié dans les

Cette observation va dès lors produire une remise en cause même du tableau clinique de la maladie Ebola ou l'hémorragie qui était jusque-là établie comme signe clinique particulier se voit remise en cause ; d'ailleurs, on préfère à partir de ce moment parler de maladie à virus Ebola à la place de fièvre hémorragique à virus Ebola. Cette situation, loin d'être le seul constat du monde biomédical, va aussi intéresser les communautés. L'absence d'observation du sang au cours de la maladie va pousser une partie de la communauté à considérer que leurs parents ne sont pas malades d'Ebola vu que, dans les différents messages qui leur ont été partagés, le saignement constitue le symptôme majeur de la maladie Ebola. En conséquence, les patients décédés au niveau des CTE suite à une suspicion ou une confirmation d'Ebola sans présenter de saignement n'ont pas été toujours attribués à Ebola, mais à d'autres causes tels le « complot » ou d'autres pathologies.

1.2.1.2 Ebola, une maladie « incurable »

S'il y a eu quelque chose qui a marqué les populations dans la crise provoquée par l'épidémie d'Ebola, ce sont les premiers messages développés autour de la gravité et de la mortalité induite par cette maladie. Au début de l'épidémie, les premiers messages étaient structurés autour de « Ebola est une maladie qui tue ». Cette notion de maladie « qui tue » n'est pas récente, car on a connu l'expérience de la pandémie du Sida et des effets pervers qu'a eus cette forme de

communication sur les représentations de la maladie, mais également de l'impact que cela a eu sur le recours au soin. Ebola est une « maladie qui tue », pourquoi aller alors dans les CTE ? À quelle fin ? Voilà alors un ensemble de questions auxquelles les équipes de communication étaient confrontées. En dehors des candidats vaccine qui étaient encore au stade d'expérimentation dans différents laboratoires, le monde biomédical ne dispose toujours pas de traitement curatif ni de vaccin contre Ebola. La seule alternative disponible s'articule autour des mesures de santé publique à savoir l'isolement des cas et les traitements symptomatiques des déficiences d'organe, proposés dans les CTE, la prévention du risque chez les soignants et les activités de suivi des personnes ayant eu des contacts avec des malades d'Ebola.

Vu qu'il est question de porter un regard critique sur la communication dans l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, il importe de préciser que la superstructure constituée par le CTE n'a pas au début de la lutte bénéficié d'une certaine communication. En d'autres termes, le CTE donne l'image d'un espace clos, où peu d'informations sont partagées. Les patients y sont envoyés et la majorité n'en ressorte pas vu le fort taux de mortalité enregistré au début de la maladie dans les CTE. À partir de ce constat, les gens se posent la question légitime de savoir pourquoi aller au niveau des CTE qui étaient dénommés au premier moment centre d'isolement, alors qu'on dit que la maladie n'a pas de remède.

« On a dit aux gens qu'Ebola, c'est une maladie qui n'a pas de médicament, qu'on ne peut pas soigner, contre lequel il n'y a pas de solution. C'est pour ça qu'ils ont dit que dans ce cas laissez-nous nos malades pour qu'ils meurent à nos côtés puisqu'il n'y a rien à faire »

IDI_Chef de ménage_Forécariah_Août 2015

Les messages, décrivant la maladie à virus Ebola comme une maladie sans remède, ont dès lors fini par participer à construire une certaine idée de la maladie au niveau communautaire. Dans le même sillage, les communautés sont appelées à envoyer leurs malades dans les CTE. Ces directives vers lesquels les acteurs intervenants incitaient les communautés allant même jusqu'à la réalisation des outreach vont favoriser une lecture critique de la part des communautés. De part et d'autre, les gens se demandent pourquoi aller à « l'hôpital », s'il est dit que la maladie que nous avons n'a pas de remède. Cette interrogation associée au caractère fermé des CTE va produire un doute sur la rationalité de l'envoi des malades vers les CTE. En d'autres termes, si le recours aux

soins est orienté par un besoin de recherche d'une solution face à un état de santé altéré, aller vers une structure n'ayant pas a priori la capacité de répondre à cette sollicitation devenait en quelque sorte sans intérêt. Par contre, cette obstination des acteurs à vouloir conduire les patients vers ces structures va dès lors pousser les communautés à s'interroger sur les motivations réelles de ces acteurs.

« On s'est rendu compte progressivement au fur et à mesure de cette épidémie à quel point cet aspect de l'information vers les populations était extrêmement important dans la lutte contre cette épidémie. Tout au début, c'est un aspect qui a été presque négligé ; avec les premiers messages qui n'étaient pas à l'intention des populations, mais des messages d'alerte vers la communauté internationale, des messages très inquiétants qui ont trouvé beaucoup d'écho aussi. Il faut se rappeler que cette maladie est un grand épouvantail parce qu'elle est utilisée comme source d'horreur dans la littérature et dans le cinéma. Donc, les premiers messages qui ont été diffusés, c'est que Ebola est une maladie qui tue à presque tous les coups et que c'est une maladie qui ne se soigne pas. Avec de tels messages, obtenir une réponse mesurée et réfléchie de la part de la population, ce n'est pas évident ; puisqu'on renforce encore la peur » **Jérôme Mouton Chef de mission de Médecins sans Frontières en Guinée entretien avec SciDev.**

1.2.1.3 Ebola, une maladie causée par la consommation de viande de brousse

Dans un second moment, Ebola est décrite comme une maladie provoquée par la consommation ou la manipulation des animaux de brousse. Les populations sont dès lors appelées à éviter la consommation de la viande de brousse. Au niveau des différents États qui payent fort le prix de l'épidémie, des mesures sont prises par les gouvernants pour interdire la chasse, la vente et la consommation de viande de brousse. Toutefois, la mise en œuvre de ces différentes mesures va être rendue difficile par la manière dont une partie de la communauté perçoit les règles édictées. Considérée par certains comme une stratégie pour « préserver le parc animalier en zone forestière », cette information a instauré une lecture ethnique de la maladie, l'idée d'Ebola comme l'affaire des « forestiers ». Le rapprochement est mal vécu par les communautés forestières en Guinée qui deviennent, de fait, objet d'indexation sociale. Pourtant, la causalité ici établit entre

Ebola et la consommation de viande de brousse ne convainc pas les forestiers qui considèrent qu'elles ont toujours consommé ces aliments sans avoir connu d'épidémie.

« Mon père, mes grands-pères, mes aïeux ont toujours mangé des chauves-souris et ne sont jamais tombés malades ! Moi-même, j'en consomme depuis des années. Je ne comprends pas pourquoi tout à coup il faudrait s'en priver. Si la viande est si dangereuse, pourquoi n'avons-nous pas été prévenus auparavant ? » **Homme_Forestier_Guéckédou**

Ceci ne manque très rapidement de produire une stigmatisation de cette communauté qui est très vite considérée comme « sauvage » du fait de leur habitude alimentaire. Cette situation produit une idée de la maladie qui ne concernerait que les communautés consommatrices de « viande de brousse » et que les autres ne seraient pas concernés, créant ainsi une aporie autour du mécanisme de transmission de l'épidémie. Cette attitude de la communauté est en partie renforcée par la manière dont la Riposte se déploie sur le territoire guinéen. En, effet jusqu'en juin 2014, les différents efforts consentis à la lutte contre l'épidémie sont orientés vers la région forestière, en particulier entre Guéckédou et Macenta, qui connaît les premiers foyers de l'épidémie.

« En situation de crise c'est vraiment il faut c'est, c'est en fait la crise n'est pas un aspect isolé c'est, c'est un ensemble d'éléments qui concourent à une chose. Donc il ne faut pas le prendre sous un aspect singulier et au début on a voulu prendre sous un aspect uniquement médical quoi en oubliant tous les autres paramètres économiques socioculturels tu vois non c'est ce qui a contribué vraiment à aggraver la maladie y compris aussi les aspects communications qui ont commencé à fustiger des ethnies, des pratiques culturelles, ils pensaient que par exemple les forestiers qui mangent tout ils sont les plus exposés si tu te rappelles Jean Marie Doré avant son décès avait une fois réagi par rapport à de telles stigmatisations suite aux déclarations de l'État. Il y a donc eu une communauté qui s'est sentie, au début, frustrée par l'élan de communication de l'État que s'est lié au singe au macaque parce qu'au début c'est ce qui se disait hum. Donc ceux qui mangent les animaux sauvages sont les plus exposés alors que les parents du Sud là, depuis que le monde est le monde depuis qu'ils ont existé, ils mangent ça et ça n'a jamais créé d'épidémie donc tu as vu l'approche socio-anthropologique a été biaisée parce que aussi si on prenait en compte les paramètres socio-culturels, la façon dont les gens se nourrissent, leurs

habitudes alimentaires, donc on devrait pouvoir rectifier le cadre de la communication et ne pas stigmatiser les ethnies ou une population donnée par rapport à son mode de vie par rapport à sa façon de se nourrir bref tu vois quoi. » **IDI_Représentant acteur partenaire de la Riposte, coordination préfectorale de lutte contre Ebola, Coyah_Août 2015**

1.2.2 Les acteurs de la communication

La question des acteurs mobilisés dans la communication autour Ebola mérite également une interrogation. La pluralité d'acteurs notamment avec structures communautaires autour des Comités de Veille Villageois (CVV) et les Comité de Veille de Quartier (CVQ), les mobilisateurs sociaux qui relèvent de structures telles MSF, la Croix-Rouge, ACF, OMS, ainsi que l'UNICEF avec son lot d'ONGs locales contractuelles. Cette situation induit une diversité de sources d'information. Si au niveau décisionnaire la communication sur Ebola, dont l'UNICEF tient le lead pour ce qui est de la réponse à l'épidémie d'Ebola en cours en Guinée, est gérée par des acteurs qui ont une expérience dans le domaine, il importe de préciser que sur l'opérationnelle on retrouve moyen ce critère.

En d'autres termes, la question de la disponibilité des personnes à s'impliquer dans un tel processus était plus mise en avant que la question des compétences techniques. C'est ainsi qu'on verra que sur un premier moment de la Riposte, une implication de personnes qui n'ont aucune aptitude à la communication. Toute personne qui témoignait sa volonté était donc prise sans même avoir des compétences en dehors des formations rapides dont ils bénéficiaient pour mémoriser des discours dont la plupart n'avait une certaine maîtrise. Si on tient compte du fait que la communication, du fait du rapport d'altérité qu'elle produit entre le communicant et son intermédiaire, il importe de comprendre qu'il n'implique pas seulement les dimensions cognitives, mais également celles comportementales. Si au stade actuel de la Riposte ces différents acteurs sont réunis autour de plateformes qui centralisent et harmonisent un tant soit peu les messages, la communication aux premières heures de la Riposte était menée de manière segmentaire (les acteurs communicants selon leurs priorités) avec des contradictions dans les messages délivrés.

« Aujourd'hui on centralise les ressources et les messages, parce qu'avant, ça créait des problèmes. Le fait d'aller en solo, c'est-à-dire que ce partenaire, il va seul, il aborde le

maire, il aborde le sous-préfet, il aborde les communautés. Un autre arrive avec un autre véhicule, et il fait lui aussi la même chose, ça donnait une image de la mobilisation qui n'était pas ça. En se regroupant comme ça, on gagne sur le plan des perceptions, on gagne, allant de façon groupée, et en même temps on a les mêmes résultats » **Membre de la commission communication, coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Forécariah_Août 2015**

Autant dans le nombre que les profils des personnes impliquées, l'interrogation sur la manière dont les activités de communication et de sensibilisation des communautés sont pratiquées nécessite une lecture critique sur ces différents aspects, mais également une prise en compte des dynamiques connues à ce niveau. À cet effet, la légitimité des acteurs des acteurs désignés pour porter les messages de sensibilisation pour un changement de comportement autour de la maladie à virus Ebola constitue un autre élément à éclaircir. Selon les discours, les premiers sensibilisateurs étaient constitués de personnes dites étrangères et ils n'étaient pas, à ce titre, acceptés par les communautés.

« La direction d'Ebola avait envoyé des gens faire la sensibilisation. Mais comme c'était des personnes que les enfants du terroir ne connaissaient pas, ce n'était pas facile que le message passe. Donc après maintenant ils ont sollicité la commune qui a constitué des commissions, puisque, quand tu parles à une personne qui te connaît, et vous êtes presque parent, il accepte plus vite que quand un étranger vient lui parler. Quand tu fais venir un étranger, ce n'est pas facile de communiquer. » **IDI_Autorité administrative_Forécariah_Août 2015**

Les rapports difficiles observés entre les acteurs mobilisés et les populations dans certaines localités et qui avaient pour point de discorde l'envoi d'acteurs considérés comme « étrangers » ont dès lors conduit le dispositif à opérer de nouveau choix avec l'implication d'acteurs locaux au niveau des différentes localités. Pourtant la question de l'« étranger » s'exprime différemment de l'entendement qu'en fait le dispositif d'une part et les communautés de l'autre part. Si la notion d'« étranger » est raccourcie à une personne qui ne fait pas partie d'une communauté et conduisant même le dispositif à impliquer les associations de ressortissants comme acteur de la communication où à mettre en place des structures dites communautaires (CVV, CVQ) composées

de différentes légitimités statutaires, il s'observe qu'à certains égards, ces différentes catégories sont remises en question par les communautés et ont fait l'objet de défiance. En d'autres termes, les situations observées traduisent une absence de reconnaissance des catégories mobilisées par la Riposte. Nous nous proposons de revenir en profondeur sur cette question dans l'analyse des mécanismes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée.

1.2.3 Pratiques de communication durant l'épidémie d'Ebola

Un des derniers éléments d'analyse de la stratégie de communication dans le cadre de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée s'articule autour de l'approche définie pour la mise en œuvre de la communication. Même si cette dernière a connu une certaine dynamique dont il nécessite de tenir compte, on peut observer qu'au début, elle se présente sous une forme unilatérale. En d'autres termes, il y a d'un côté les acteurs du dispositif et leurs représentants (les CVV, CVQ, mobilisateurs sociaux) conçus comme des « experts » détenteurs du savoir savant sur Ebola, et d'un autre les communautés qui sont pensées comme des réceptacles vides à remplir de ce savoir savant. À l'occasion des différents cadres d'interaction entre les communautés et les acteurs de la communication et mobilisation sociale, on pouvait observer la verticalité des rapports, autant dans l'organisation des espaces avec la disposition scolaire mettant d'un côté les « experts » et de l'autre côté un public à qui il faut faire comprendre un message. En d'autres termes la configuration et le déroulement des séances de sensibilisation où s'observe une absence d'interactions illustrent aussi ce caractère unilatéral de la communication.

Par contre, même si la Riposte, dans une seconde temporalité, décide de faire de l'implication des « communautés » son fer de lance, il s'avère, dans la pratique que cette communauté apparaissait davantage comme une cible à atteindre plutôt qu'un acteur à part entière susceptible d'être impliqué dans la définition des différentes interventions. Les acteurs identifiés à l'intérieur de ces communautés seront réduits à de simples agents d'un dispositif qui leur dicte des messages à partager et des pratiques à observer. Dans les documents qui structurent et organisent le mode de fonctionnement de ces instances d'implication des communautés dans la réponse à l'épidémie, il y est clairement défini un ensemble d'attente défini en dehors d'eux et dont ils sont en quelque sorte que des agents de mise en œuvre. On peut aussi convoquer dans l'analyse les formes ou mécanismes mis en œuvre par certains acteurs de la communication et qui ne s'articulent pas

autour de ce caractère unilatéral. Dans le groupe des acteurs, certains vont se distinguer de par les outils ou les stratégies qu'ils mobilisent pour interagir avec les communautés. Dans la préfecture de Coyah et au niveau de Conakry par exemple, le mouvement des scouts a eu des préférences vers des techniques de communication participatifs tels les sketches ou encore le théâtre de forum. Ainsi au-delà de passer un message, ces techniques participent à produire une forme d'implication des communautés dans la compréhension des messages.

Par contre, ces mécanismes sont associés à un processus inclusif qui ne fait pas de la communication autour d'Ebola, le seul élément de l'interaction avec la communauté. Autrement dit les activités de mobilisation sociale et de communication sont inscrites dans un package d'activités qui permet au préalable de favoriser une certaine relation et une confiance entre les acteurs et la communauté. De manière concrète, les scouts organisent des activités festives comme les matchs football, des feux de camp entre autres activités ludiques qui participent à créer un lien. Pour être encore mieux acceptés, ces derniers n'hésitent pas à faire office d'hôtes au sein des familles dans les zones investies et à partager le quotidien des populations. Les liens de confiance qui découlent de cette immersion permettent ensuite de savoir ce qui se dit sur Ebola au sein de ces familles et d'adapter les messages de sensibilisation. Cette approche, telle qu'elle est décrite, privilégie donc l'empathie, la mise en confiance des communautés et l'écoute afin d'identifier les besoins d'information et d'y répondre. En outre, elle se distingue de l'approche unilatérale qui cherche à passer le message du dispositif avec des pratiques structurées par le contexte de l'« urgence » et des perceptions de leur rôle par le dispositif.

Pour finir, il incombe également de préciser que la communication autour d'Ebola s'est illustrée aussi par des moments d'absence et de silence. De manière globale, la communication sur Ebola en Guinée reprend à l'échelle du pays, l'absence de mémoire en santé publique en Afrique. Si la méconnaissance de la maladie apparaît comme une des plus grandes difficultés de la lutte et justifie les attitudes de défiance des communautés au début de l'épidémie selon les acteurs, on constate également que de la Guinée-Forestière, épice de l'épidémie, au reste de l'espace géographique du pays le même processus est reproduit. De manière concrète, on observe que quand Ebola se développe en Guinée, l'ensemble des interventions et des activités de communication est orienté vers les zones infectées. Cette situation plonge le reste de la Guinée dans une situation de désinformation produisant un besoin de compréhension et ouvrant une brèche vers des sources

diverses d'information. Même si avec la déclaration de la situation d'épidémie les comités de crise ont été activés avec pour mission de sensibiliser les populations, on observe qu'elles ne sont devenues opérationnelles qu'à l'arrivée effective d'Ebola dans ces localités.

1.2.4 L'économie de la rumeur face aux défaillances de la communication

Même si le consensus autour de sa définition fait défaut dans la logorrhée des sciences humaines (Remaux, 1990 ; DiFonzo & Bordia, 2006 ; Kapferer 2009 ; Durkheim, 2010), on peut retenir que la rumeur reste un ensemble de discours produit par un groupe sur un vécu. Dans ce sens elle constitue également un mécanisme de ventilation d'information, ce qui pousse même Kapferer (2009) à la qualifier du plus vieux média. En Guinée, ce procédé va permettre une ventilation rapide d'un ensemble de discours autour d'Ebola. Ce savoir populaire s'est construit à partir des événements en Guinée-Forestière et a été mobilisé en Basse-Guinée, où des mesures officielles étaient absentes pour informer la population. La rumeur s'est nourrie de la communication interpersonnelle ou encore le fameux « bouche-à-oreille », des informations de sources diverses consultables sur internet, mais aussi des informations véhiculaient à travers les téléphones portables. Contrairement à la rigidité de la stratégie communicationnelle du dispositif, la rumeur offre l'avantage d'être à la fois flexible et dynamique, rendant ainsi l'information vivante.



Photo 23 : Images véhiculées sur internet pour illustrer les symptômes de la maladie à virus Ebola¹⁰⁴

Le problème de la communication durant l'épidémie d'Ebola a été la mobilisation d'une communication classique qui n'a pas pris en compte l'effet des influences diverses sur le niveau de connaissance et d'information des communautés. Les communautés ont accès à d'autres sources d'information en dehors des canaux officiels, ce qui fait qu'elles sont préparées et deviennent des « patients experts » dans un contexte marqué par la démocratisation de l'information. À ce titre, il n'est pas maladroit de rappeler qu'à l'exception de quelques rares médecins et personnes s'intéressant à l'actualité sanitaire mondiale, les personnes qui avaient entendu parler d'Ebola avant l'épidémie en avaient entendu parler à travers la série américaine Jack Bauer à la saison 2 où le virus Ebola est utilisé à des fins terroristes. Ce cliché renforce le doute autour de l'épidémie qui se développe dans un contexte particulier de la vie politique du pays (problème du mont Simandou en Guinée-Forestière, contexte préélectoral au niveau national avec les clivages interethniques).

« On comprend bien que ce qui a pu être désigné comme « déni » de la maladie et « réticence » exprime en fait leur interprétation du mal au quotidien. En réalité, les populations rationalisent ce qui leur arrive en fonction de ce qu'elles savent. De plus, durant les premiers mois de l'épidémie, les activités de communication ont été maladroites, amplifiant du coup la circulation de nouvelles formes de rumeurs. » (Faye, 2015b : 13)

Dans le cadre de l'épidémie d'Ebola, la présence dans l'espace sociale de différents modèles explicatifs du mal en cours est explicative des formes de défiance et confrontation observées entre acteurs de la Riposte et les communautés victime de l'épidémie. Dès lors, une lecture critique de l'approche mobilisée dans la communication permet de constater qu'elle cherche à s'intégrer dans un système de pensée qu'elle ne cherche pas d'abord à comprendre. Or, quand on propose un modèle explicatif d'une situation quelconque, il importe de tenir en compte que les interlocuteurs n'ont pas attendu pour avoir eux-mêmes des systèmes de représentation, des systèmes

¹⁰⁴ <http://www.phunutoday.vn/nguoi-dan-ong-40-nam-song-voi-virus-ebola-d53191.html>

d'explication inscrivant cet événement dans une séquence du malheur. Dès lors, une pédagogie qui ne tient pas compte des croyances, des représentations des modèles explicatifs, du sens du mal a peu de capacité d'engager les communautés vers une certaine dynamique. Ainsi, une communication sociale voudrait une écoute active pour avoir une idée du niveau d'information des populations et d'ajuster la communication en fonction des besoins.

1.3 ENGAGEMENTS CITOYENS DANS LA LUTTE CONTRE ÉBOLA EN GUINÉE

1.3.1 Critique des pratiques de participation communautaire dans l'urgence sanitaire

L'intérêt du recul méthodologique qu'offre l'approche ethnographique dans la lecture de la participation résulte du fait que « tout l'enjeu d'une ethnographie de la participation est alors de l'étudier tel qu'elle se fait, et non telle, qu'elle doit être, "sur site naturel", et pas simplement, en situation d'expérimentation ou de sondage » (Cefaï et al., 2012, p.7). En d'autres termes, faire de l'ethnographie de la participation ne se limite plus à cette lecture réductionniste et orientée de la participation à partir de l'approche du monde de développement. Une certaine critique de cette manière de lire la participation part de l'idée qu'elle reste dans une vision tronquée de la participation dont elle renforce les apories et réduit le champ. Il importe dès lors de lire la participation au-delà de son caractère expérimental, ce que l'on retrouve dans la plupart de la littérature autour de ce concept surtout dans le monde du développement alors qu'une approche ethnographique la voudrait plus empirique, c'est-à-dire en s'intéressant à toutes les dynamiques qui impliqueraient la recherche d'un intérêt commun par un groupe ou une organisation donnée.

Ainsi, il s'agira comme le propose Cefaï et al. « de décrire des scènes d'assemblées pour y faire apparaître des mécanismes d'interaction ou des dynamiques collectives, d'ordinaire un peu prises en compte dans la littérature ». L'objectif de cette approche était d'éviter d'importer des catégories et des hypothèses de l'extérieur pour lire la participation et de se référer à une démarche inductive qui mettrait plus en valeur le registre descriptif avec une base empirique pour interroger les sens « politiques » des activités et pratiques discursives qui font la participation (Cefaï et al., 2012, p.9).

Il s'agira dans ce cas de décrire les pratiques et d'analyser les discours que les différentes catégories d'acteurs en interaction développent autour de la participation, mais également de s'intéresser aux ontologies qui les sous-tendent. Faire une ethnographie de la participation revient donc à lire les processus à partir desquels une société, un groupe ou des individus mettent en œuvre l'action publique. Nous partons ici sur une approche d'anthropologie symétrique pour lire autant les pratiques de la participation telle que promu par la Riposte mais également les formes de mobilisation spontanée observées du côté des communautés.

La lecture des dynamiques sociales observées à Coyah avec la mise en œuvre de cette technologie de la participation nous pousse à nous intéresser à ses effets. En d'autres termes, alors que la recommandation d'impliquer les communautés est traduite par la création ou la mobilisation de structures communautaires, on observe des attitudes de défiance orientées vers les catégories qui mettent en œuvre cette technologie. Dans plusieurs localités de la Basse-Guinée, l'intervention des membres de ces différentes structures suscitées ou mobilisées par le dispositif connaît des difficultés à mettre en œuvre le cahier de charge que leur a défini le dispositif.

Or dans ces mêmes localités, on observe des formes d'implication des communautés autour d'acteurs qui pour la plupart des cas ne sont pas porteurs d'un statut spécifique. En d'autres termes, au moment où le chef de quartier, la présidente des femmes, le président de la jeunesse ou d'autres catégories de la démocratie populaire étaient mobilisés au sein des comités de veille et faisaient la promotion des interventions du dispositif, ces d'autres femmes, des jeunes ou encore des résidents du village qui s'organisaient pour interdire l'entrée des équipes dans les villages en barricadant les routes, qui organisaient des enterrements de manière clandestine ou transportaient des corps de village en village ou tout simplement, contrôlait même l'action des structures communautaires mises en place par la Riposte. En guise d'exemple, on peut citer le cas du village de Tanéné Fribade dans la commune rurale de Kouriah (Coyah), n'a jamais fait remonter de cas de décès durant toute la période de l'épidémie. L'observation a été faite à l'occasion d'une réunion de coordination en date du 21 mars 2016. Ce village n'est pas singulier dans cette pratique, qui consistait à faire profil bas devant les acteurs quand ils viennent réaliser leurs activités et après, à travers, un compromis communautaire ne pas respecter les différents protocoles édictés par les équipes d'intervention (remonter les cas de décès, ne pas enterrer les morts sans assistance des équipes de sanitation, etc.) avec des menaces proférées même aux membres des comités de veille.

La pratique de la participation à partir d'un dispositif qui mobilise une grammaire développementaliste ou de la « politique de pure forme » pour se situer sur l'échelle de Hart décline toute son incapacité à faire adhérer les communautés tout en suscitant les conditions de son rejet par les communautés. En d'autres termes, la pratique de la participation à travers la mobilisation des catégories classiques de la démocratie populaire (Bayart) que l'on fait représenter dans les structures dites communautaires n'a fait que reproduire des hiérarchies gérontocratiques qui sont des catégories figées et qui prolongent les inégalités sociales (Sow, 1997). En parlant même du contexte de l'urgence sanitaire qui se caractérise par une période de troubles, de tension et de conflit, il convient de rappeler à partir des analyses de Ramon Sarró (1999) et plus tard de Mike Mc Govern, qu'il constitue un moment où les hiérarchies gérontocratiques ne sont plus opérantes et laissent place à ce que Mc Govern appelle la capture entrepreneuriale (2004) qui impose d'autres légitimités anonymes (Faye, 2017b). En d'autres termes, les travaux de Sarró et Mc Govern sur les sociétés forestières ont permis de comprendre que la hiérarchie gérontocratique est caractérisée par l'équilibre des rapports sociaux et la stabilité politique, ce qui favorise le pouvoir des aînées. Par contre en période de trouble et de conflit comme le contexte que préfigure l'épidémie, la capture entrepreneuriale est plutôt opérante et promeut le pouvoir local porté par les cadets sociaux (Bayart, 1992), c'est-à-dire les femmes et les jeunes, dans le cadre de la Guinée.

Une autre lecture critique de l'usage de la participation comme technologie de la Riposte permet le constat du caractère inopérant de ce principe dans un dispositif où il est greffé sans prendre en compte les prérequis de cette technologie. Même s'il est aujourd'hui avéré que l'implication des communautés est un inconditionnel de l'action publique et qu'elle permet de mieux interagir avec les communautés, les différentes expériences de sa mise en pratique dans la réponse aux urgences sanitaires permet de constater qu'elle ne peut pas être implémentée de manière mécanique en situation d'urgence. Au-delà, cette observation pose même l'intérêt de rediscuter de la manière dont la gestion des épidémies s'opère et interroge tout l'enjeu de la remise en cause d'une health emergency preparedness limitée aux dimensions techniques et biomédicales au détriment des dimensions sociales et politiques de la santé. En fin de compte, la grammaire développementaliste que mobilisent les acteurs inscrits dans le dispositif dans l'optique de faire adhérer les communautés à l'effort de lutte contre l'épidémie Ebola renvoie plutôt à la mobilisation sociale (Bresson, 2014) et limite ainsi les capacités d'action des communautés du fait des rapports d'agentisation que produisent même les catégories d'acteurs désignés au sein de la communauté.

« Dans ces structures, les publics sont déjà formatés (Dewey, 2010) et ne font que prendre des places qui leur sont pré-attribuées et s'inscrivent dans un ordre d'interaction asymétrique (Neveu, 2003). Cette approche rappelle une perspective développementaliste des années 90 qui visait à impliquer les communautés villageoises dans les programmes liés à leur développement, en les mobilisant par le biais de collectifs dont les actions étaient déjà définies par les techniciens » (Faye, 2017b, p.6)

1.3.2 Modalités d'implication des communautés

Les principes de la contractualisation et du salariat individuel sont les modalités par lesquelles le dispositif mobilise ces différentes catégories d'acteur. Même si elle n'est pas une demande de la part de certains acteurs, la contractualisation est proposée par le dispositif. Toutefois, il se pose la question de la nature de la compensation des acteurs mobilisés par le dispositif et de la multiplication des acteurs qui jouent les mêmes rôles. En outre, la question de la contractualisation avec les groupes a produit un rapport conflictuel entre l'individuel et le collectif dans le sens où la contractualisation implique des avantages individuels au détriment du groupe. Elle va constituer un des goulots d'étranglement de l'opérationnalisation des structures communautaires et être même à la base de leur implosion.

Dans la composition des structures générées par le dispositif, on assiste à une définition en amont des catégories représentatives de la communauté, ce qui dans la réalité sociale peine à s'intégrer. Dans la note de service portant attribution des comités de veille, il est y clairement précisé les caractéristiques des catégories de personnes devant constituer cette entité. Ainsi, les autorités locales étant considérées comme ceux qui administrent les communautés, donc les connaissent, ont été désignées pour choisir les personnes les plus légitimes pour figurer dans ces structures. Dès lors, il se pose la question de l'objectivité dans les choix avec par exemple à Conakry des chefs de quartier qui sont nommés par les maires ce qui leur adjoint une étiquette politique, mais aussi le fait que dans certains cas le chef de quartier/secteur ne soit même pas résident, donc qui peuvent n'avoir aucun rapport avec les communautés.

Au-delà, de ces considérations, on constate aussi l'absence de certaines catégories d'acteurs identifiés par le dispositif, mais qui reste indisponibles au niveau des communautés ou bien que

communautés refusent tout simplement de participer dans cette structure. Dès lors, on finit dans le modèle de choix articulé autour des parents, amis et connaissances (PAC). On peut voir que, dans la composition des CVV, la participation des différentes catégories n'est pas respectée contrairement à ce qui est indiqué dans le décret. Ainsi autant en milieu urbain que rural, les personnes qui sont désignées comme les représentants de la communauté « ne le sont pas en réalité dans la plupart des cas ». Pour le dire autrement, les communautés ne leur reconnaissent pas une légitimité pour prendre des décisions ou orienter leur destinée. L'incapacité des structures créées ou mobilisées pour faire passer le discours de la Riposte témoigne suffisamment de cette situation.

Les modes de désignation ne deviennent donc plus l'expression d'une volonté populaire, communautaire, mais plutôt une forme de clientélisme dans le sens où les personnes désignées ne sont pas le plus souvent les plus représentatives dans la communauté. Du côté des acteurs, cette situation s'explique comme la résultante d'un désengagement des communautés. L'observation permet de voir que, dans la plupart des CVV, les différents secteurs ne sont pas représentés dans la structure alors qu'un des principes de cette technologie est la communication de proximité à travers un maillage des localités. Dès lors, le membre du comité de veille devrait être quelqu'un de proche avec une présence au niveau de la localité, ayant une certaine légitimité pour parler à ces derniers et à leur nom.

Il incombe même par rapport à la définition des acteurs de s'intéresser à la manière dont la Riposte organise et crée des catégories représentatives des communautés. L'analyse permet de distinguer une pratique de la participation basée sur une approche développementaliste dont la conception traduit l'image que se fait le dispositif de la communauté (Faye, 2017a). Cette conception normative et idéaliste du principe de participation communautaire fait que le dispositif la met en pratique à travers différentes catégories construites en dehors même de la communauté et qui sont censées représenter ces dernières. Ainsi, on constate dans la mise en place de ces structures différentes logiques de désignation des membres dans le sens où les acteurs chargés du recrutement ne sont pas dans la même logique de représentation de l'image de la communauté que le dispositif. Il s'observe ainsi d'autres rationalités telles que :

- ✚ La redistribution des avantages : donner un emploi à ceux qui n'en ont pas encore

- ✚ La promotion de la paix sociale : il s'agit ici de pourvoir des postes à des gens afin d'apaiser les tensions même si ces derniers ne jouissent pas d'une légitimité (les jeunes et les femmes qui sont à la base des attitudes contestataires, les tradithérapeutes qui constituent une contrainte aux activités de prise en charge des malades, les outsiders, etc.)
- ✚ Le clientélisme politique et l'économie de la rente : il s'agit ici de mettre ses parents, amis et connaissances, mais également la clientèle politique pour profiter des retombées de la participation aux activités de lutte contre Ebola.
- ✚ Les gens disponibles : dans le sens où, dans certaines localités, beaucoup ont refusé de participer à ces structures du fait des relations particulières à la maladie, on s'est tourné vers ceux qui ont malgré tout accepté de porter la casquette même s'il ne jouissait pas d'une capacité de mobilisation des communautés.

Les formes que prend la pratique de la participation communautaire par le dispositif tel que nous venons de le décrire dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola conduisent à s'interroger sur sa nature et ses productions. Les membres des différentes structures créées ou mobilisées par le dispositif sont formés et technicisés pour promouvoir les interventions de la Riposte auprès des populations. Or la question de l'initiative communautaire stipule que les communautés soient actrices du processus d'identification, de définition des stratégies d'action et des mécanismes de prise en charge des problèmes qui les concernent directement (Arnstein, 1969 ; Roger Hart, 1992 ; Bresson 2014). Dans le modèle des mobilisations organisées et suscitées par le dispositif, le principe de la contractualisation avec le cahier de charges fait qu'on soit moins dans une dynamique de participation communautaire, mais plutôt dans la logique d'une « politique de pure forme ». Cet état de fait renverse la tendance par rapport à ce que le dispositif a toujours considéré comme un modèle par excellence de la participation communautaire. De par ses pratiques, la Riposte transforme plutôt les acteurs communautaires en « public » (Dewey, 2010) c'est-à-dire des exécutants au détriment d'« acteurs participatifs » conformément l'esprit de la participation communautaire.

Une révision des différents documents officiels qui établissent la mise en place et les rapports entre ces structures communautaires et la Riposte permet de voir qu'on est face à des agents de mise en œuvre et moins dans une logique de coopération et de valorisation de l'existant ce qui pourrait permettre une sauvegarde d'une logique d'engagement communautaire. Dans « le contrat de travail

à durée déterminée » qui a régi la contractualisation des membres des comités de veille, il y est mentionné :

- ✚ Article 1 : l'employé s'engage à réaliser les activités qui lui sont confiées dans le cadre de la Riposte contre la maladie à virus Ebola, conformément aux attributions définies dans la note circulaire CNRMVE/2014 du 18 décembre 2014.
- ✚ Article 2 : la coordination nationale à travers la coordination préfectorale et l'appui du partenaire sous-référence et s'engage à payer à l'employé à la fin de chaque mois, la somme de quatre cent mille francs guinée.

Dans ce document, on voit que le membre CVV n'est nullement considéré comme un acteur communautaire qui agit au compte de sa communauté, mais comme un employé à qui on définit des tâches à réaliser, que l'on paye et donc par-là que l'on contrôle et qui par conséquent a le devoir de rendre compte. Ainsi on voit que, même dans le processus, les acteurs de la mobilisation suggérée ne sont pas considérés comme des « vis-à-vis », mais plutôt comme « des personnes que l'on paye pour faire quelque chose et avec des sanctions, des ruptures de contrat en cas de constat de manquements graves dans l'exécution des activités ».

Pour illustration, la dé-contractualisation avec les structures construites ou mobilisées par la Riposte a offert une opportunité de relecture des motivations de l'implication de ces acteurs. Il a été constaté des démissions, des grognes, des revendications de la part des membres des structures mobilisées par le dispositif. On observe par exemple que, lorsqu'on arrête la gratuité de la flotte pour les CVV, ces derniers considèrent cela comme une situation anormale, car ils n'avaient pas à payer de leur poche pour un travail qu'on leur a demandé de faire alors qu'il y a de l'argent qui est destiné à cet usage. Il se dessine ainsi un principe de la rente autour de la motivation des acteurs où les intérêts individuels des acteurs sont beaucoup plus mis en avant que ceux collectifs déclinant la faiblesse du caractère bénévole de l'implication de ces derniers.

La remise en perspective de cette analyse décrit un dispositif qui considère la communauté comme « un tonneau vide à remplir » avec une absence de prise en compte des savoirs locaux. Elle se traduit par le caractère unilatéral du rapport entre le dispositif et la communauté via les catégories d'acteurs qu'il mobilise pour sensibiliser, éveiller, faire savoir, responsabiliser. Ainsi, le caractère autoritaire de la Riposte dans sa manière de créer des structures ou de mobiliser celles existantes

dans le cadre de l'engagement communautaire s'arrime à l'image qu'elle se fait sur la communauté considérée comme pas experte, « qui ne pose pas de question » et qui serait mobilisable à partir de l'implication des catégories statutaires. Cette manière de penser l'engagement communautaire n'épouse cependant pas toujours la réalité sociale.

Ainsi, on comprend mieux la critique qui fait de ces acteurs non pas des représentants des communautés, mais plutôt des instruments du dispositif. Par conséquent, on assiste à une forme de défiance de la communauté vis-à-vis des acteurs mobilisés par la Riposte, ce qui est considéré comme de la « réticence ». Cette situation s'explique par le fait que le dispositif travaille sur une représentation tronquée qu'elle se fait de la communauté qui ne correspond pas à la manière dont la communauté se pense et se représente dans ces différentes composantes. Une simple lecture des catégories désignées pour la composition des structures créées par le dispositif permet de distinguer des catégories (jeune/vieux, homme/femme) qui dans le mode de fonctionnement des sociétés africaines ne se mettent pas ensemble. On voit dès lors le caractère aberrant de la composition des structures créées par le dispositif, ce qui remet en cause sa qualification d'initiative communautaire.

1.3.3 Les mobilisations spontanées : un engagement citoyen non reconnu par la Riposte

Les mobilisations suscitées, que ce soient celles qui ont été créées ou mobilisées par la Riposte, ont été confrontées aux mobilisations initiées par les communautés. Cette situation non loin de constituer la manifestation d'une défiance des communautés face au dispositif, traduit plutôt une quête de reconnaissance d'une autre image de la communauté qui est beaucoup plus celle que la communauté à d'elle-même que celle qui est construite par les acteurs de la Riposte. L'analyse de l'expérience des rapports entre la Riposte et les communautés permet dès lors de remettre en cause un certain nombre de raccourcis simplistes qui consistaient à considérer les comportements des populations comme de la défiance, de la négation ou dans une certaine mesure à un déni de la maladie. Si dans différentes temporalités de l'épidémie on a assisté au développement de construits sociaux et de modèles explicatifs différents (sorcellerie, bioterrorisme) du « mal », il a également été observé des logiques de protection face au « mal ». On se retrouve dès lors dans une logique

de syncrétisme thérapeutique où les explications magico-religieuses du *fossi* sont combinées à des comportements de protection.

De manière générale, il s'observe que les populations reconnaissent l'existence d'un « mal » et c'est ce qui se traduit par la quête de moyens de protection ou de guérison. Même si elles ne reproduisent pas de manière mécanique les attitudes et pratiques édictées par la Riposte à travers ses protocoles de gestion de l'épidémie, les communautés vont, à partir de leur savoir expérientiel, essayer de se protéger et d'éviter l'arrivée d'Ebola chez eux. Dans ce sens, les mobilisations spontanées renvoient, d'un certain point de vue, au même mobile que les mobilisations suscitées. Mais sur d'autres points, elles vont beaucoup plus vers l'indexation, la critique, une réaction face au dispositif qui ne reconnaît pas un savoir-faire des communautés. Une lecture des différentes formes de mobilisation qui ont été initiées par les communautés permet donc de sortir du raccourci qu'en fait la Riposte. Il a été observé que les attitudes ou les actions entreprises par les communautés ont souvent été caractérisées de façon réductrice comme une défiance ou pour reprendre le terme, de la « réticence » face au dispositif. Toutefois, la lecture ethnographique que nous venons de faire plus haut permet dans la description de constater que les mobilisations initiées par les communautés tendent vers les mêmes objectifs que les mobilisations suscitées dans le sens où elles partagent les mêmes mobiles.

Dès lors, on peut comprendre que la défiance qu'adopte la communauté face à la Riposte n'exprime qu'une quête de la reconnaissance du savoir-faire des communautés. Ainsi, ce qui s'observe est que les populations en se mobilisant pour se protéger, s'opposent aux pratiques du dispositif qui ne reconnaît pas leurs droits. On verra par exemple que les barricades seront considérées comme de la réticence or de l'autre côté, on observe des pratiques d'enfermement telles que les quarantaines, les cerclages, qui sont développées par la Riposte. Cette situation témoigne d'un déni de la capacité des communautés à trouver des réponses face aux problèmes de santé auxquels, elles sont confrontées. Dans ce sens, les mobilisations revendicatives ne sont en fin de compte qu'une manière pour la communauté d'exprimer son désaccord avec la manière d'intervenir du dispositif.

Cependant, il est important de mettre en exergue le caractère synchronique des différentes mobilisations. Même si elles ont connu des variations en fonction de la temporalité de la maladie,

les formes de mobilisation sont permanentes et donc ne peuvent être appréhendées dans une perspective linéaire avec une discontinuité dans le temps. Mieux, il est arrivé des moments dans la Riposte où la rencontre entre les différentes formes de mobilisation va produire une complémentarité ou des contradictions. On verra par exemple dans les mobilisations spontanées de protection qu'il a été observé un investissement des populations pour l'achat de kits d'hygiène au début de l'épidémie, même si cette impulsion se voit anéantie par les dotations de kits d'hygiène par les équipes de la Riposte et produit dans le même sens des comportements attentistes de la part des communautés.

Ce qui ressort d'important dans cette lecture symétrique des différentes formes de mobilisation reste dans le rapport entre la Riposte et la communauté. L'observation montre que, de la même manière que le dispositif de lutte contre Ebola, les communautés ont cherché à prévenir, se protéger contre l'arrivée de la maladie en mettant des frontières et ont cherché à se soigner même quand la maladie est apparue dans leur milieu social. Cependant, les apories de la participation à partir desquelles la Riposte développe une approche d'engagement des communautés conduisent à des effets contre-productifs. En outre, le caractère autoritaire des acteurs, la négation du savoir expert des communautés ainsi que l'image de la communauté et de ses représentants à partir de laquelle la Riposte organise et conduit la lutte contre Ebola ne facilitent pas l'appropriation communautaire des interventions.

En somme, une analyse des cadres, des ontologies, mais également des technologies à partir desquels la Riposte organise la gouvernance de l'épidémie permet de constater une absence de reconnaissance des capacités d'acteurs des communautés et leur réduction à la simple catégorie de bénéficiaires d'intervention. Les modes de gouvernance de l'épidémie à travers l'usage d'un ensemble de technologies (CTE, EDS, thermoflash, etc.), l'implication d'acteurs aux attitudes peu respectueuses des réalités socioculturelles et enfin de pratiques de la participation peu conforme aux attentes des communautés, ont favorisé un ensemble de réactions communautaires. Cependant, il a été observé qu'une lecture réductrice de ces attitudes et comportements face aux acteurs a conduit la Riposte à considérer les réactions communautaires comme de la « réticence ». Néanmoins, ces réactions peuvent également à partir d'une posture critique, être envisagées comme des formes d'engagement citoyen dont les fondements sont la quête de la reconnaissance,

le débat autour de la légitimité et la volonté de reprendre la place d'acteurs dans le processus de l'action publique.

En outre, les pratiques de la gouvernance de l'épidémie ont introduit des modifications sociopolitiques qui développent des pratiques de citoyenneté inédites. Cela s'observe aussi dans une situation post-épidémique où les leçons apprises, les processus d'éveil et de critique sociale ont conduit à de nouvelles dynamiques citoyennes auxquelles sont confrontés les promoteurs des essais vaccinaux post-Ebola en particulier. Nous examinons dans ce qui suit la manière dont l'essai PREVAC a été confronté à cette dynamique citoyenne émergente et dans quelle mesure sa gouvernance, inspirée des leçons apprises de l'épidémie a eu une influence sur la manière dont il a été reçu et approprié par les Guinéens.

CHAPITRE III : ENGAGEMENTS CITOYENS DANS UN ESSAI VACCINAL SUR EBOLA DANS UN CONTEXTE POST-ÉPIDÉMIQUE

1.1 PREVAC : UN ESSAI VACCINAL PRÉVENTIF CONTRE EBOLA BASÉ SUR LE « PARTENARIAT »

Le Partnership for Research on Ebola Vaccinations (PREVAC) est un essai vaccinal de phase II multicentrique qui s'inscrit dans la continuité de la lutte contre la maladie à virus Ebola. Même si les efforts consentis par les différents acteurs avec la mobilisation d'un ensemble de technologies ont permis de rompre les différentes chaînes de transmission et contrôler l'épidémie, il importe au regard des évolutions des connaissances sur l'histoire naturelle de l'épidémie d'adapter les mécanismes de réponse face aux caractéristiques de la maladie. Au-delà, la difficile adaptation des protocoles de lutte avec les CTE, les EDS, entre autres technologies difficilement conciliables aux réalités socioculturelles et politiques dans les zones géographiques où se développe Ebola, rend de plus en plus légitime l'option des vaccins.

L'essai vaccinal PREVAC est développé dans les trois pays de l'Afrique de l'Ouest qui ont été les plus concernés par l'épidémie qui depuis la fin de l'année 2013 à savoir la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone. L'essai concerne trois candidats vaccins, le rVSV-ZEBOV de Merck synthétisé à partir de la souche Zaïre, l'Ad26.ZEBOV de Johnson & Johnson synthétisé à partir de la souche Zaïre d'Ebola et associé au vaccin MVA-BN-Filo de Bavarian Nordic synthétisé à partir de deux souches d'Ebola (Zaïre, & Soudan) et la souche du virus Marburg. PREVAC est un essai de phase II randomisé à double aveugle contre un placebo afin d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour chaque stratégie. Le principe de l'essai est d'évaluer trois stratégies vaccinales à savoir le vaccin rVSVΔG-ZEBOV-GP, avec ou sans revaccination à 56 jours, et le vaccin Ad26.ZEBOV/MVA-BN-Filo. L'objectif de l'étude est d'investiguer l'efficacité des candidats vaccins sur des populations dont les conditions environnementales et immunitaires sont celles de l'épidémie, la durabilité et l'intensité de la réponse immunitaire et la tolérance du vaccin sur des populations spécifiques à savoir les enfants ou encore les Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH).

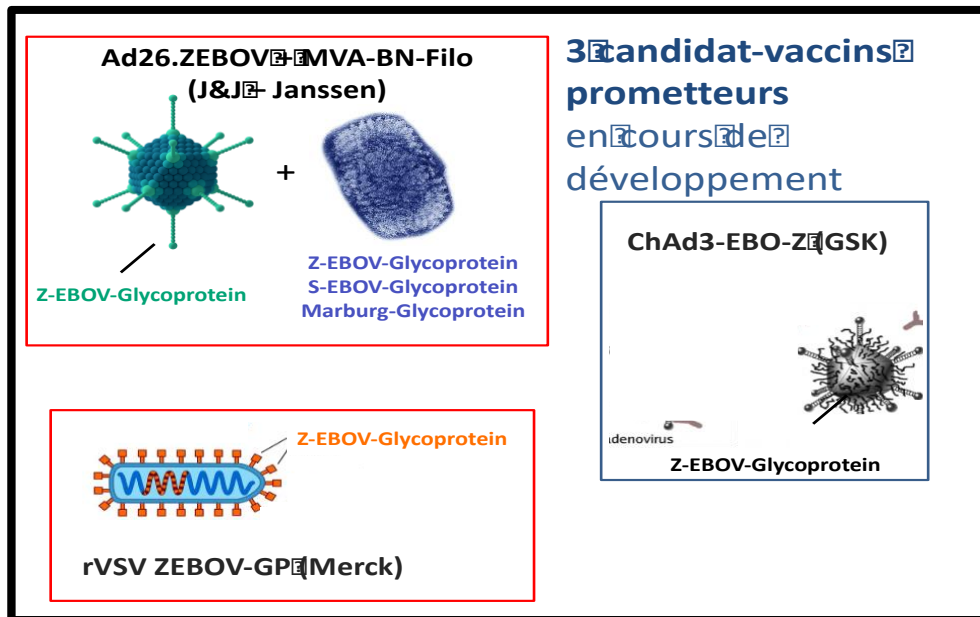


Figure 18 : Présentation des différents candidats vaccins prometteurs autorisés par l’OMS pour utilisation et évaluation durant l’épidémie d’Ebola en 2014¹⁰⁵

L’essai est promu par un consortium qui regroupe les autorités sanitaires des trois pays d’Afrique de l’Ouest la dont la Guinée, la Sierra Leone et le Liberia, la National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), la National Institutes of Health (NIH), la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) et l’Institut National de Santé et de la Recherche Médical (INSERM). Sur la liste des acteurs impliqués dans ce consortium, on peut citer également les trois laboratoires pharmaceutiques à savoir Johnson & Johnson, Bavarian Nordic et Merck. En Guinée, le projet PREVAC est développé sous le parrainage l’INSERM qui en porte le lead et travail avec

¹⁰⁵ Il convient ici de préciser, comme on l’observe sur la figure ci-dessus, que la firme pharmaceutique GlaxoSmithkline (GSK) était membre du consortium dans la formulation de l’essai avec une proposition du vaccin ChAd3, un adénovirus de chimpanzé également synthétisé à partir de la souche Zaïre d’Ebola. Cependant, dans la mise en œuvre, le candidat vaccin ne sera pas utilisé en raison d’une difficulté du promoteur à répondre à certaines exigences du consortium. Ce dernier avait déjà monté ces vaccins dans des seringues et en raison de la méthodologie de l’étude avec le principe du double aveugle, il a été demandé au promoteur de mettre ces vaccins dans des flacons et de changer de seringues afin d’avoir les mêmes couleurs pour tous les vaccins utilisés et respecter ainsi l’insu. Le refus se soumettre à cette exigence, qui occasionnerait également un coût pour le promoteur, a motivé sa sortie du consortium.

l'ONG Alliance pour l'Action Médicale Internationale (ALIMA) comme opérateur de service avec le soutien du NIH et des autorités sanitaires. La gouvernance de l'essai PREVAC en Guinée a été marquée par le leadership local. Plus de 80 % du personnel de l'étude est composé de médecins, infirmiers, d'agents de support de nationalité guinéenne. L'investigateur principal de l'étude est un médecin de nationalité guinéenne ainsi que les deux co-investigateurs sur les sites de vaccination. Les différents protocoles, outils, stratégies et interventions de l'étude sont soumis à l'appréciation du Comité Nationale d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) de la Guinée, qui veille au respect des procédures de garantie de la sécurité des participants, mais également des bonnes pratiques cliniques.

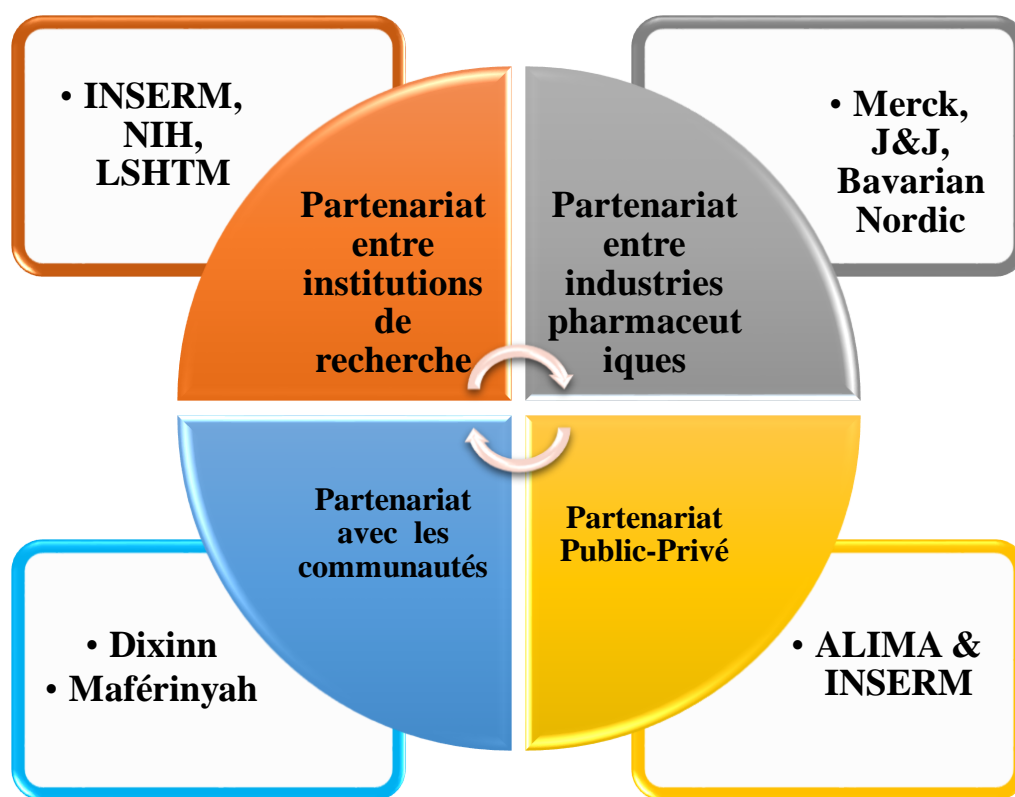


Figure 19 : Schéma du consortium et des différentes formes de partenariat pour l'étude vaccinale PREVAC (Source : Waly DIOUF, 2016)

La mise en œuvre de l'essai PREVAC a été réalisée sur trois étapes :

- ✚ Une première phase a été lancée le 27 mars 2017, évaluait une stratégie primovaccination-rappel (prime-boost) avec les vaccins expérimentaux de Janssen Vaccines & Prevention

BV et de Bavarian Nordic, comparé à un placebo. Elle a été mise en œuvre en Guinée et au Liberia.

- ✚ Une seconde phase a eu lieu à partir du 24 juillet 2017 et porte sur l'évaluation de la première stratégie combinée à deux autres régimes de vaccins impliquant le vaccin expérimental de Merck Sharp & Dohme, Corp. Cette deuxième a été réalisée également en Guinée et au Liberia.
- ✚ La troisième phase de l'essai a commencé le 16 avril 2018 et a concerné un échantillon de 2800 participants répartis sur les 4 pays (Guinée, Liberia, Sierra Leone et le Mali) avec environ 700 à 1000 participants comme cible à inclure pour la Guinée autour de ses deux sites de vaccination. Elle évaluait des stratégies de primovaccination-rappel (prime-boost) avec les vaccins expérimentaux de Janssen Vaccines & Prevention BV, de Bavarian Nordic et de Merck Sharp & Dohme, Corp, comparés à des placebos.

Cependant, même si l'intérêt des vaccins est bien connu, il importe de rappeler que les essais cliniques restent les modalités d'évaluation de l'efficacité, et de la tolérance d'un vaccin expérimental sur des sujets humains. Cette condition conduit au-delà des dimensions techniques non négligeables nécessaires à leur production de prendre en compte les dimensions sociales qui sont également importantes. Le passage obligé des vaccins par un processus d'essai qui connaît plusieurs phases dans sa production requiert à partir d'un certain moment, l'implication de sujets humains. Dans ce sens, un candidat vaccin doit suivre un certain processus avant d'être utilisé pour vacciner une population générale. On distingue ainsi :

- ✚ La Phase préclinique : qui est développée en laboratoire où les vaccins font l'objet de divers tests sur des sujets non humains (souris, rat, singe, etc.)
- ✚ La phase I : qui constitue une première phase clinique avec un nombre restreint de sujets humains pour apprécier la sécurité d'emploi du vaccin, son devenir dans l'organisme, son seuil de tolérance ainsi que les effets indésirables chez l'être humain
- ✚ La phase II : qui cherche à appréhender l'immunogénicité, c'est-à-dire la capacité du corps à produire une réaction immunitaire après avoir reçu le vaccin. Le vaccin est donc mis à l'épreuve en situation réelle sur un nombre beaucoup plus important que la phase I et permet également de déterminer la dose optimale (posologie). Cette phase est le plus

souvent réalisée à partir d'une approche comparative avec deux groupes de participants dont l'un reçoit le vaccin et l'autre un placebo.

- ✚ La phase III : elle est le plus souvent sur une population importante et cherche à tester l'efficacité du vaccin en situation réelle. Elles sont souvent multicentriques et réalisées en tenant compte du principe du double aveugle, c'est-à-dire qu'autant l'équipe médicale que les participants à l'étude ne connaissent le type de vaccin inoculé ; cette stratégie permet en, quelque sorte, d'objectiver les résultats et d'écarter toute possibilité de jugement de valeur sur les résultats relativement à l'efficacité ou aux effets indésirables des candidats vaccins.
- ✚ La phase IV : qui s'intéresse plus à la pharmacovigilance qui consiste à évaluer les effets secondaires résultant de l'utilisation d'un vaccin dans la durée. Il importe de préciser que les essais cliniques autour d'un vaccin ne se limitent pas aux phases précédentes de leur autorisation de mise sur le marché, mais sont continus même pendant la phase de commercialisation du produit. Par contre, les essais de phase IV ont pour objectif d'appréhender les effets indésirables rares non détectés dans les phases précédentes et de préciser également les conditions d'utilisation pour certains groupes de patients à risque. Cette phase permet également d'analyser les interactions médicamenteuses et favorise la mise au point de nouvelles formes galéniques ainsi que des extensions d'indications thérapeutiques.

1.1.1 Une approche basée sur le paradigme de l'engagement des communautés, avec une contribution des équipes de sciences sociales

La mise en œuvre d'un essai vaccinal nécessite la participation d'une population qui accepte de prendre les vaccins à des fins de recherche. Ceci suscite dès lors, un besoin de mettre en place un mécanisme de collaboration qui prend en compte le principe du volontariat, condition sine qua non à toute étude sur des sujets humains. La mise en œuvre du projet PREVAC en Guinée va donc nécessiter tout un travail de préparation à la fois des processus techniques, mais également des aptitudes d'intervention en communauté. Dans cette optique, une équipe de socio-anthropologues a été investie pour identifier et modéliser une approche de mobilisation et d'engagement des communautés.

L'essai vaccinal PREVAC s'inscrit dans la continuité de la Riposte contre la maladie à virus Ebola. Les trois pays où est mis en œuvre le projet ont fait l'objet d'une épidémie d'Ebola pendant plus de deux années successives. Cette situation prédéfinit un contexte particulier de mise en œuvre d'un essai qui se distingue par son intérêt autour d'une maladie dont les populations ont un vécu difficile récent. Dans ces conditions, mettre en œuvre un essai dans un tel environnement nécessitait une maîtrise des contextes d'intervention afin d'adapter les protocoles techniques et favoriser ainsi une acceptabilité de la mise en œuvre qui nécessite une participation des populations. Il se pose ainsi un défi d'articulation des enjeux relatifs aux conditions de mise en œuvre de l'étude dans ce contexte post-épidémique.

L'équipe de recherche anthropologique a pour ce faire conduit durant la période d'août à septembre 2015, une étude autour des Histoires sociales de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Cette étude qui constituait un préalable de la mise en œuvre de l'essai vaccinal PREVAC avait pour objectif de faire une analyse des productions discursives et comportementales relatives à l'épidémie d'Ebola à partir des échelles individuelles et collectives pour informer sur les conditions sociales pouvant influencer la faisabilité et l'acceptabilité du projet. L'étude s'est déroulée sur les trois localités qui ont connu les derniers cas d'Ebola en Guinée durant la grande épidémie de 2014. Il s'agit entre autres de la capitale Conakry, la préfecture de Coyah et la préfecture de Forécariah. Cette étude a permis d'identifier un ensemble de critiques que les populations, mais également les différents acteurs impliqués dans la gestion de la crise ont adressé vis-à-vis de la manière dont le principe de l'engagement communautaire a été mis en pratique dans le cadre de la lutte contre l'épidémie.

1.1.2 S'inspirer des leçons apprises durant l'épidémie pour orienter l'approche structurante de l'essai PREVAC envers les communautés

1.1.2.1 Une critique des types de rapports entretenus par les acteurs de la Riposte vis-à-vis de la communauté

Faire une étude sur les histoires sociales de l'épisode d'épidémie à virus Ebola qu'a connu la Guinée implique nécessairement une relecture des manières dont les populations ont vécu, se sont représentées, perçoivent et construisent la maladie qui sur une durée de deux ans a provoqué 2536 cas de décès enregistrés sur les 3804 cas cumulés d'infection à virus Ebola. Même si Ebola n'est pas une nouveauté en Afrique après les épisodes connus de part et d'autre en Afrique centrale avec

à ses débuts la République Démocratique du Congo où elle a été détectée pour la première fois en 1976, Ebola réapparaît de manière inattendue dans l'espace Makona en particulier en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone. Dès lors, il s'observe une méconnaissance notoire à tous les niveaux sur cette maladie qui se propage avec une virulence hors de l'ordinaire. Cette situation va ouvrir la brèche à un flot de discours autour de la maladie. D'ailleurs, « la rumeur » trouve un contexte qui la favorise et qui lui donne du rationnel.

Si les attitudes de défiance développées par les communautés envers les acteurs de la Riposte ont été toujours appréciées sous la forme d'expression d'une « réticence », une lecture du vécu des activités de la Riposte par les communautés dans les trois zones investies permet d'avoir une autre compréhension des formes de mobilisation communautaire. Ainsi, l'étude sur les histoires sociales de l'épidémie a permis dans une approche rétrospective de discuter avec les communautés des différentes expériences de l'épidémie d'Ebola en Guinée, mais également une analyse des rationalités qui structurent les attitudes observées.

1.1.2.2 L'absence de reconnaissance des communautés comme acteurs de la lutte

L'analyse des discours produits par les populations à partir des expériences de la Riposte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola permet de distinguer une critique profonde de la manière dont les équipes techniques ont interagi avec les communautés. Que ce soit dans les formes de communication, les attitudes ou encore les comportements des acteurs, l'approche verticale mise en avant a rendu difficiles les interactions entre les communautés et ces derniers. Elles ont été considérées comme peu respectueuses des communautés.

En outre le langage d'injonction à partir duquel s'articulait la communication des acteurs envers les communautés, s'arrogeant par la même occasion le droit de prononcer des directives et d'orienter les comportements des communautés au nom de protocoles épidémiologiques et de principes de biosécurité, est pour beaucoup un des facteurs qui va favoriser les comportements de défiance de la communauté. En d'autres termes, si la Riposte cherche à considérer dans le cadre de leurs interactions les populations comme de simples bénéficiaires d'intervention, celles-ci vont chercher les moyens d'exprimer leurs capacités et leur ingéniosité dans le cadre de la gestion de l'épidémie.

C'est ainsi qu'on observe, en dehors des mécanismes et des mobilisations suscitées par la Riposte, un ensemble de mobilisations spontanées à des échelles individuelles ou même collectives émanant des populations. Si la cellule familiale jusque-là conçue comme groupe organisateur de la thérapie (Jansen, 1995) est mise à l'écart par le dispositif dans le cadre de la gestion des personnes malades ou décédées exemple dans la gestion des malades ou des personnes décédées d'Ebola, les populations vont face à cette infortune développer des pratiques de contournements afin de revendiquer leur droit de s'occuper des membres de leur famille. C'est dans ce sens que des attitudes telles les dissimulations de malades, le transfert des corps ou encore les pratiques d'enterrements clandestins vont s'observer à grande échelle durant l'épidémie.

Les attitudes communautaires de défiance des acteurs de la Riposte vont également s'observer dans la manière de recevoir ou d'interdire l'accès des villages aux équipes d'humanitaires en barricadant les entrées des villages ou en s'attaquant aux équipes. Le refus d'observer les protocoles d'enterrement sécurisé rentre également en droite ligne avec les attitudes de défiance des humanitaires. Ces attitudes sont cependant nourries par l'absence d'adaptation des protocoles de gestion de l'épidémie peut conformer aux réalités socioculturelles locales de gestion de la santé. En d'autres termes, le caractère peu socialisé de la Riposte, qui s'exprime à travers la faible humanisation des protocoles épidémiologiques et des pratiques professionnelles des équipes médicales au sein des communautés, favorise un ensemble de réactions communautaires multiformes.

1.1.2.3 Critiques des catégories d'acteurs mobilisés dans le cadre de la lutte

La critique de la figure de l'« étranger » va beaucoup s'observer en Guinée durant la période de l'épidémie. Toutefois, la particularité est qu'elle va s'inscrire dans un cadre multiforme : si l'étranger renvoi du côté des acteurs à une personne qui ne réside dans une communauté avec une dimension géographique, ici le terme renvoi plutôt à un ensemble de catégories d'acteurs jugées illégitimes aux yeux de la population. C'est dans cette optique que le qualificatif étranger va renvoyer, aux humanitaires « blanc », aux élites politiques locales dont l'autorité est contestée dans les localités et même à l'endroit des ressortissants de la communauté qui ne s'impliquent pas dans la vie sociale de la communauté.

Or, le paradoxe dans le cadre de la Riposte contre l'épidémie d'Ebola est que tout le dispositif communautaire est basé sur ces catégories d'acteur qui ne jouissent pas d'une capacité à engager les communautés dans le cadre d'une action collective. Cette situation permet dès lors d'expliquer les différentes formes d'échecs enregistrés par cette catégorie dans le cadre leurs interventions dans le cadre de la Riposte. Ainsi que ce soit dans leur incapacité à engager les communautés dans des dynamiques contributives aux efforts de lutte ou même à adhérer aux protocoles de gestion de l'épidémie, l'absence de reconnaissance de ces catégories d'acteurs communautaires a conduit certaines communautés à adopter des attitudes de défiance. En outre, il s'observait paradoxalement dans les mêmes espaces, des formes de mobilisation et d'engagement spontanées entretenues par des catégories de personnes avec des formes de légitimités implicites.

1.1.2.4 Les formes pratiques de l'engagement basé sur une image de la communauté

Les formes pratiques du principe d'engagement des communautés durant l'épidémie d'Ebola ont également fait l'objet d'une critique de la part des communautés. L'approche telle que modélisée par les acteurs est articulée sur des ordres de légitimité qui n'ont pas très souvent été en adéquation avec les formes de légitimité reconnues par les communautés. Le dispositif de lutte contre Ebola a basé son approche de l'engagement communautaire à partir de la mobilisation des légitimités statutaires de la démocratie populaire. À cet effet dans les structures promues par la Riposte, à l'instar des comités de veille, des plateformes ou encore des comités de levée des réticences, on retrouvait les légitimités statutaires (chef de quartier/district, chef de secteur, représentant des jeunes ou des femmes, leaders religieux, etc.) c'est-à-dire de catégorie d'acteurs qui faisaient l'objet de critiques avant même l'arrivée d'Ebola en Guinée (Faye, 2015b ; Fribault 2015).

L'épidémie d'Ebola s'est développée en Afrique de l'Ouest dans trois pays qui connaissent une situation sociopolitique difficile. En Guinée particulièrement, il se produit une crise de la légitimité des élites politiques qui induit par la même occasion une défiance de l'autorité. Cet état de fait a beaucoup été observé dans l'histoire de la gestion de l'épidémie en Guinée. Dans différentes localités, des autorités politiques ont fait l'objet de violence verbale, et même physique de la part des communautés. Ces différentes situations décrivent le caractère infécond des mobilisations sociales suggérées par la Riposte qui ne réussit pas à favoriser un engouement positif des populations. Autrement dit, les populations n'adhèrent pas au discours des groupes sociaux

technicisés que produit l'approche d'engagement des communautés promu par la Riposte. Les expériences des projets d'intervention communautaire ont permis de constater que l'implication des « autorités officielles » n'a pas souvent suffi à favoriser la participation des communautés (Coqueluche, 1997).

En outre, l'introduction du principe de la contractualisation et du salariat individuel, pour les acteurs impliqués, en particulier l'UNICEF au nom de l'engagement communautaire dans les structures communautaires créées (CVV, CVQ) ou mobilisées par le dispositif, a beaucoup plus effrité les relations entre les personnes désignées dans ces différentes instances et les communautés. La confrontation des logiques individuelle et collective sur la question des avantages liés à l'implication dans les structures communautaires du dispositif dépossède ces cadres de toute légitimité et les rend, par la même occasion, inopérants. Dans cette perspective, on voit se mettre en scène la confrontation entre l'État local représenté ici par ces acteurs des structures communautaires suggérées investis par un dispositif qui répond au nom de l'État et le pouvoir local porté par les populations, et en particulier les cadets sociaux (Bayart, 1992), c'est-à-dire les jeunes et les femmes qui en Guinée ont été le moteur de la contestation et de la revendication des droits au niveau communautaire.

À l'opposé des mobilisations suscitées à travers des principes qui prolongent la critique des acteurs qui la portent, il s'observe dans différentes localités l'émergence de mobilisations spontanées, promues par des acteurs qui très souvent ne disposaient d'aucun statut ou de pouvoir politique. Ces catégories d'acteurs se sont cependant distinguées à partir de leur capacité à fédérer des initiatives autour d'eux. Dans le village de Mangata dans la commune rurale de Wonkifong par exemple, les jeunes vont s'organiser pour gérer les frontières du village et mettre ainsi en place un dispositif de surveillance communautaire. Dans la commune urbaine de Coyah, une association de jeunes va dès le début de l'épidémie se mobiliser pour collecter des bouteilles d'eau vides, mais également mobiliser des fonds à travers des cotisations individuelles pour mettre en place des dispositifs de lavage des mains au niveau des espaces publics, mais également de certains ménages.

« Sinon la première activité que nous avons faite ici à Coyah, on n'avait pas de soutien, demandez tout Coyah les premières initiatives ici c'était ça. C'est nous qui avons suspendu les sipa-là (bouteille d'eau de Coyah vide) de lave de main on avait mis ça dans les lieux

publics. Ça, avec aucun partenaire et ça la réussite atteste de quoi on est capable. Aussi, on n'a pas dit non, c'est le CECOJE seulement qui doit faire aussi. On est tous des associations de jeunes. Retrouvons-nous, donnons-nous la main, chacun contribue. Si tu as 1000 francs tu envoies ou eau de javel. Trois eaux de javel, c'est-à-dire 1000 francs. Avant c'était en poudre, c'était même en deux à 500 Fg francs Guinéen quoi. On demandait ce n'est pas obligatoire, trouve deux "sipa" (bouteille d'eau de Coyah vide) peut-être parfois on les ramasse, parfois on paye ça au marché à 500 francs Guinéens quoi, ça nous coûtait à rien. On demandait à chaque membre de venir avec deux "sipa" on mettait de l'eau là-dedans on attachait on suspendait dans les lieux publics. Et c'était le premier acte de volontariat que nous avons fait sans financement, je dis bien sans financement, ça, ça s'est passé sans financement » **IDI_Responsable CECOJE_Coordination préfectorale de lutte contre Ebola_Coyah_Mars 2016.**

Ces différents exemples dont on peut citer une multitude témoignent de la capacité des communautés à être porteur de dynamiques contributives pouvant mieux faciliter la lutte contre l'épidémie. Cependant pour opérer, ces capacités des communautés avaient besoin d'être reconnues par la Riposte qui dès lors, ne doit plus considérer les communautés comme des simples bénéficiaires d'intervention à qui il soumet des protocoles élaborés en dehors d'elles et qui s'appliquent de manière mécanique. Autrement dit, les communautés revendiquent leur place dans le dispositif, et souhaitent plus que jamais être traitées comme des partenaires et des acteurs réels et intelligents, à qui on reconnaît des capacités de contribution à la réflexion, la définition et la conduite des activités dans le cadre d'une action sociale qui les concerne d'abord au premier chef.

1.1.2.5 Une absence de respect des engagements

La question du respect des engagements est un élément de lecture de la crise de confiance entre les élites politiques et les communautés en Guinée. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, on va assister à un ré articulation de cette crise des relations entre l'État et ses partenaires d'un côté et les communautés de l'autre. L'exemple des essais cliniques, pendant et en marge de l'épidémie d'Ebola en Guinée, offre un cadre particulier de lecture de ces rapports critiques. La Riposte a aussi été un lieu de mise en œuvre de divers essais cliniques visant la prévention et le traitement d'Ebola à travers l'utilisation de différents candidats vaccins dans les CTE. Si on devait

poser le diagnostic de la Riposte face à l'épidémie d'Ebola en Guinée durant la période de décembre 2013 à juin 2016, l'un des symptômes spécifiques serait la question de la communication. La faiblesse et les manquements dans les pratiques de communication lors de l'épidémie sont sans doute, l'un des facteurs les plus manifestes des échecs de la gouvernance d'Ebola en Guinée. Pourtant malgré deux années de lutte intense contre le virus Ebola, la Riposte reste recroquevillée sur des pratiques de communication qui frise l'opacité. En témoin, l'approche développée à l'occasion de l'essai vaccinal mis en œuvre par l'OMS dans le cadre de la gestion rapide de la résurgence de l'épidémie en Guinée.

Les résultats jugés satisfaisants du vaccin rVSV utilisé dans le cadre de la vaccination des travailleurs de première ligne vont conforter l'OMS en partenariat avec MSF et les autorités sanitaires à l'introduire dans les mécanismes de réponse rapide aux nouveaux foyers de transmission à suite de la résurgence d'Ebola en Guinée. Cependant, au-delà des zones concernées, les activités de recherche vont être extrapolées avec une stratégie de vaccination en ceinture autour des malades guéris au regard des évolutions de la connaissance sur la possibilité de transmission sexuelle du virus par les malades guéris.

Il s'observe au moment de la mise en œuvre des défaillances dans le partage de l'information. Au-delà, on constate également un manque de respect des conditions de réalisation d'un essai et du respect des conditions éthiques de signature du consentement. Dans les différentes zones concernées, les équipes de l'OMS et de MSF réalisent les activités de vaccination avec une absence notoire de respect des conditions et normes d'un essai clinique. De manière pratique, les acteurs de ce dispositif interagissent directement avec le malade guéri qui s'occupe d'organiser autour de lui la liste des personnes à impliquer dans l'activité de vaccination. L'implémentation du modèle des SaCeint, c'est-à-dire la surveillance active en ceinture, va beaucoup faciliter l'identification des aires de mise en œuvre de la vaccination.

Cependant, la faible maîtrise des enjeux de l'activité par les acteurs chargés de la mobilisation sociale témoigne des conditions dérisoires d'organisation de l'essai. Les agents déclinent qu'ils ne sont pas informés de ce qui se passe dans l'essai, alors qu'ils sont régulièrement interpellés sur le vaccin et sont confrontés donc à des difficultés. À l'exception de certaines localités, à l'instar de Coyah, les mobilisateurs communautaires ont été formés de manière brève par les promoteurs de

l'essai pour avoir les éléments de réponses nécessaires à la satisfaction des communautés. Cette formation sur l'essai associée aux compétences individuelles des agents de communication en matière d'approche leur permettait ainsi de répondre aux questions et de lever les doutes.

Dès lors, il s'observe des pratiques de communication qui produisent une incomplétude de l'information. À différents niveaux, des modifications du discours ou même des sauts délibérés sur certains aspects du protocole sont faits par les acteurs chargés de la mise en œuvre. En d'autres termes, l'objectif était pour ces derniers d'enrôler des personnes dans l'essai même en dehors du respect des normes éthiques. À Landréah par exemple, l'observation d'une séance de vaccination permettait de voir comment les équipes de ce dispositif évoluent sur le sentier de l'essai. En effet, après la prise de contact avec le malade guéri, l'équipe de mobilisation faisait une première visite afin de délimiter la zone de communication estimée à partir de critères géographiques et procédait à une communication interpersonnelle de type porte-à-porte. L'équipe de vaccination qui arrivait le lendemain s'installait quelque part dans la concession et les personnes volontaires venaient se faire injecter le vaccin après avoir signé un consentement dont le contenu n'était partagé que partiellement. Or l'usage de ces vaccins qui sont encore à l'état expérimental car non homologués était soumis au respect d'un ensemble d'exigences éthiques définies clairement par l'OMS qui en a permis l'utilisation.

« Il y a eu un accord unanime parmi les experts qui était que dans les circonstances particulières de l'épidémie d'Ebola, il était moral d'offrir des interventions non homologuées en tant que traitement potentiel ou préventif. Cependant le comité dit que des critères éthiques doivent toujours guider l'administration d'une telle intervention. Cela signifie notamment la transparence dans tous les aspects des soins, le consentement, la liberté de choix, la confidentialité, le respect de la personne, la préservation de la dignité et tout cela avec la participation de la communauté. Il est très important de ne pas donner de faux espoirs aux gens qui peuvent croire qu'Ebola peut être traité, ce n'est absolument pas le cas. » **Dr. Marie-Paule Kieny assistante du Directeur général de l'OMS Genève, septembre 2014**

La faiblesse ou l'absence de communication autour de l'essai se traduit par les pratiques de communication peu conformes aux normes d'implication des sujets humains dans des activités de

recherche médicale. Les pratiques de recrutement des volontaires sont également illustratives de l'absence de respect des normes de bonnes pratiques en matière de recherche clinique. Différents scénarios pouvaient ainsi être observés :

- ✚ Des personnes ayant fait l'objet de communication interpersonnelle ou en groupe avant la vaccination : il s'agit ici de personnes enrôlées dans l'essai à la suite d'une séance de consentement collectif. De manière concrète, l'agent vaccinateur rassemble les différents volontaires pour leur faire une explication brève du formulaire de consentement et d'inclure le groupe sur cette base. Or, dans les normes de la recherche clinique, la signature du consentement est un exercice individuel ou le volontaire après éclairage sur les différentes implications d'une recherche décide de manière libre et volontaire de s'engager ;
- ✚ Les personnes désignées, mais qui n'ont pas été présentes au moment des activités de communication : il s'agit de personnes qui ont été incluses dans l'essai sans même être passées par le processus d'information.
- ✚ Des personnes recrutées au moment du déroulement de l'activité de vaccination : certaines personnes étaient enrôlées dans l'essai sans en savoir les implications. D'autres personnes ont également été réconfortées par une communication au contenu décalé sur l'essai tantôt considéré comme une vaccination pour être immunisée contre la maladie à virus Ebola, ou même contre toutes les maladies. De plus, dans la présentation de l'activité, on ne parlait même pas d'essai, mais plutôt de vaccination. Sous un autre registre, on peut aussi constater que les pratiques de signature des documents de l'essai ne respectent pas les normes éthiques de signature d'un consentement libre et éclairé. Les volontaires ne disposaient même d'un temps pour une lecture du document afin d'opérer un choix ; les agents vaccinateurs se chargeaient de faire une explication du contenu en raccourcissant le discours du fait des files d'attente et des conditions de mise en œuvre des activités. Pour terminer, on pouvait même assister à des scènes où l'agent vaccinateur n'arrivait pas à satisfaire le questionnement du volontaire.

« Ils viennent nous proposer le vaccin, mais quand on leur pose des questions, ils ne savent pas répondre ; c'est comme s'ils venaient me vendre un téléphone et je leur demande s'il fait la 4 G et ils ne savent pas » **IDI_Homme, participant essai vaccinal_Forécariah_Août 2015.**

Ces différentes attitudes des acteurs qui mettent en œuvre l'essai vont réarticuler le climat de méfiance et les attitudes de défiance de la part de la communauté. Même si du fait des résultats du vaccin rVSV, plébiscité à travers une efficacité à 100 % comme vont le titrer un ensemble d'articles relayé par la presse locale et internationale, les pratiques décalées des agents de mise en œuvre de l'essai, qui vacillent entre rétentions d'information, partage d'informations non fondées ou raccourcis simples dans le seul but d'enrôler des sujets à l'étude, vont très rapidement remettre à jour le climat du doute et de la défiance. Ces pratiques se justifient de la part des acteurs par le contexte post-épidémique récent qui charrie la peur de la résurgence et qui peut affecter l'acceptabilité sociale de l'essai. Or l'expérience de l'épidémie d'Ebola a suffisamment démontré l'effet d'une communication non transparente dans un contexte de démocratisation de l'information. En d'autres termes, les pratiques de communication décalées dans un environnement où les populations ont une capacité d'accès à l'information à travers d'autres canaux ne favorisent pas le rapport de confiance nécessaire à une implication des populations.

« Je ne voulais pas être un cobaye », « la piqûre qui viendra aura certainement des effets qui vont réveiller des maladies qui dorment dans mon corps, pour cela je ne suis pas prête »

IDI_Femme_membre de famille d'un sorti guéri_Forécariah_Août 2015

« ... ils ont été précis sur le fait que c'est un vaccin préliminaire, ils n'ont force personne, ils ont demandé des volontaires. Puisque c'est préliminaire, nous ne savions pas si c'était un remède ou un poison alors nous nous sommes confiés à Dieu et avons eu le courage avec la sensibilisation de ces agents, nous avons vu que tous ceux qui étaient là ce jour étaient des croyants et qu'un croyant ne peut faire de mal à son prochain donc ils se sont très bien comportés envers la population. »

IDI_Personne vaccinée dans le ring-trial_Nasser-Wonkifong_Coyah.Mars 2015

Cette critique sociale de la gouvernance de l'épidémie et de la période post-épidémique exprimée par les populations à travers différentes formes d'engagement citoyens interpelle la mise en œuvre de l'essai PREVAC qui s'inscrit dans la continuité de la lutte contre Ebola. En d'autres termes, la bonne mise en œuvre de cet essai nécessitait une capitalisation de ces différentes expériences, mais également un changement de paradigme dans l'approche l'implication des communautés dans l'action publique. C'est à ce titre que les promoteurs de l'essai PREVAC ont décidé de bâtir l'essai

sur la base du partenariat communautaire avec le pari de réussir une mise en œuvre effective du principe d'engagement des communautés. Dans la suite de cette thèse, nous allons faire une présentation de la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation et d'engagement promu dans le cadre de l'essai PREVAC. Une attention particulière a été portée sur sa définition, les mécanismes de sa mise en œuvre mais également sur ces productions.

1.2 ATTITUDES POST-EBOLA : VERS UNE RECONFIGURATION DE LA CITOYENNETÉ EN GUINÉE

Les analyses faites autour des données collectées dans le cadre de l'étude sur les histoires sociales de l'épidémie d'Ebola en Guinée ont permis de décrire l'environnement dans lequel allait se mettre en œuvre le projet d'essai vaccinal. Elles inscrivent le projet dans la continuité de la lutte contre la maladie à Virus Ebola, contexte marqué par l'intérêt manifeste d'arriver à un vaccin homologué qui nécessite la réalisation d'essais pour disposer des évidences scientifiques nécessaires. Toutefois, le contexte post-épidémique peu favorable à la réalisation d'un essai et les leçons apprises à partir de l'expérience de la Riposte nécessitent une reconfiguration de l'intervention communautaire. En d'autres termes, le projet PREVAC devrait reposer sur une approche de participation communautaire qui ne s'inscrit pas dans un modèle d'engagement idéalisé des communautés.

1.2.1 PREVAC, un modèle d'engagement pratique des communautés

L'essai vaccinal PREVAC est un projet très particulier dans les sens où sa conception est basée sur différentes formes de partenariat. Dans un premier niveau on peut distinguer le partenariat entre différentes institutions de recherche (NIH, INSERM, LSHTM) et les industries pharmaceutiques (J&J, Merck et Bavarian Nordic). On peut aussi identifier un type de partenariat de type public-privé avec par exemple en Guinée, l'INSERM qui est le sponsor de l'essai vaccinal en Guinée et l'ONG ALIMA qui intervient en qualité d'opérateur de service pour la mise en œuvre du projet. Le troisième et dernier type de partenariat, dans le cadre de l'essai vaccinal PREVAC est celui défini entre les promoteurs de l'étude et les communautés dans les zones d'intervention. L'implication des communautés est un élément indispensable à la mise en œuvre de l'essai vaccinal. Par contre les normes de bonnes pratiques cliniques qui régissent la définition et le fonctionnement de la recherche sur des sujets humains définissent un certain nombre de principes, dont la condition sine qua non de la participation libre et éclairée. En d'autres termes, les vaccins ne se testent pas sans la volonté de participer de la population, ce qui requiert une acceptabilité sociale de l'étude. La réussite au plan clinique de l'étude vaccinal dépendait, en dehors des capacités techniques des promoteurs, d'une aptitude d'intervention en communauté afin de favoriser la collaboration et l'accompagnement de ces derniers dans les activités.

Si l'engagement des communautés renvoi au processus par lequel on fait intervenir et contribuer les « gens d'en bas » aux décisions qui les concernent en premier lieu, dans l'objectif de leur permettre d'accéder à un pouvoir de décision (Bresson, 2014), l'essai vaccinal PREVAC va tenter de s'inscrire dans cette dynamique. Cependant la mise en pratique de ce processus dans le cadre de l'action nécessite un ensemble de prérequis. Ainsi, la reconnaissance des capacités d'action et des savoirs faire locaux va constituer un des premiers éléments de ce processus ; il s'agit en d'autres termes de considérer que les populations ont des connaissances, des réponses aux problèmes qu'elles expérimentent, ce qui nécessite une prise en compte de leur point de vue dans le processus de définition des interventions. Ainsi, il importe également dans de tels processus de privilégier une implication spontanée et bénévole des membres de la communauté et d'éviter toute forme d'incitation. À ce propos, les leçons apprises de la lutte contre Ebola, qui ont permis d'identifier au niveau des populations, l'existence de nouvelles catégories légitimes, rend légitimité l'option de les impliquer au regard de leur pouvoir d'action. En effet, il a été constaté qu'au-delà des catégories de légitimés statutaires, les populations reconnaissent une légitimité à certaines personnes qui ne sont pas nécessairement porteuses de statuts.

1.2.1.1 Ethnographie pour accompagner la modélisation de l'engagement communautaire

PREVAC est une expérience originale de co-disciplinarité dans laquelle l'anthropologie a été impliquée dans les équipes techniques de ALIMA et INSERM, aux côtés des épidémiologistes, des médecins, infirmiers et des mobilisateurs sociaux afin de penser, préparer, mettre en œuvre et évaluer toute la procédure vaccinale, en particulier la stratégie d'engagement des communautés.

Singulièrement, si l'équipe anthropologique avait une place dans l'organigramme de PREVAC, son rôle n'était pas de faire de l'intervention sociale, c'est-à-dire de mettre en œuvre des activités de communication, de porter la promotion de l'essai pour convaincre les communautés d'accepter d'y participer. Son mandat a été plutôt de faire de la recherche ethnographique continue (durant les différentes phases de l'essai) dans les quartiers et localités en Guinée pour modéliser la stratégie d'engagement communautaire à mettre en œuvre par les équipes techniques. Les résultats des enquêtes ont aussi été utilisés pour les accompagner dans la définition de la stratégie de communication (adaptation des messages), dans l'organisation du travail communautaire pour la promotion de PREVAC et dans la facilitation des interactions avec les communautés.

1.2.1.2 Entretiens individuels, focus-group et cartographie sociale pour préparer et adapter le protocole de l'essai

Dans la mise en place du protocole et de la stratégie de l'essai, les anthropologues ont d'abord réalisé des entretiens individuels et collectifs pour documenter les histoires sociales et les rumeurs à propos de l'épidémie, les perceptions et expériences populaires des essais vaccinaux sur Ebola durant l'épidémie. Ces données de capitalisation ont permis de mieux adapter la stratégie PREVAC aux réalités locales, en évitant ce qui a dérangé les populations dans la Riposte et en valorisant les opportunités offertes par les communautés. Elles ont aussi été utilisées pour adapter les stratégies de communication (formes, types, contenus des messages) adaptées aux réalités locales : par exemple, il a été proposé aux équipes techniques d'utiliser dans les vidéos ou les boîtes à image, des personnages locaux bien connus pour mieux favoriser l'appropriation du message par les communautés.

Ensuite, des entretiens individuels et des focus-group ont aussi été réalisés dans les zones de Landréah et Maférinyah, en ciblant diverses catégories sociales (hommes et femmes adultes, leaders communautaires, jeunes garçons et filles, personnes âgées, personnel de santé). Elles ont été consultées pour entendre leurs points de vue et attentes sur les différentes composantes de PREVAC : questions de la compensation, de la biométrie, de la prise en charge des ayants-droits, de la vaccination pendant le ramadan, de la contraception. Cela a permis aux équipes techniques de mieux penser et adapter le protocole à soumettre au comité d'éthique. Une telle approche pouvait aussi favoriser l'appropriation de ce protocole et des activités prévues, par les communautés elles-mêmes.

1.2.1.3 Ethnographie pour identifier les «champions» et définir les activités de l'engagement communautaire

La cartographie sociale des zones de Landréah et de Maférinyah a été réalisée pour mieux caractériser les quartiers et aider ainsi à délimiter les bassins de recrutement pour PREVAC. Des entretiens individuels ont été aussi menés avec les diverses catégories sociales afin d'identifier les personnes influentes qu'elles reconnaissent et dont elles respectent l'autorité et les raisons de leur légitimité. Les observations directes ont permis de décrire les lieux de fabrication de l'opinion dans les quartiers (bases, marchés, staffs, salons de coiffure) ainsi que les dynamiques conflictuelles

(leurs formes et les acteurs qui les portent) et les mécanismes usuels de résolution afin de s'en inspirer pour mettre en place un système de sécurité. Ces enquêtes ont permis d'identifier la manière de conduire les activités de promotion de l'essai, en mettant les champions comme point d'entrée des communautés et partenaires privilégiés. Enfin, les outils de la méthode active de recherche participative (MARP) comme l'arbre à problème et le diagramme de priorisation ont été utilisés afin d'identifier les problèmes prioritaires pour lesquels les communautés s'engagent à résoudre de manière citoyenne. Ces données ont été utiles aux équipes techniques pour définir les types d'accompagnement à apporter aux initiatives citoyennes, dans le respect de l'esprit du partenariat.

1.2.1.4 Documenter le processus de mise en œuvre de l'essai pour une aide à la décision

Les activités de recherche anthropologique ont aussi été menées pendant la mise en œuvre de la stratégie d'engagement communautaire (plaidoyer, communication et suivi) et le déroulement de la vaccination, sous forme de documentation du processus. Des observations directes ont été réalisées dans les communautés lors de la mise en place du plaidoyer communautaire (contact avec les champions, cérémonies de sacrifices, réunions d'engagement communautaire) et de la communication sociale pour la promotion de l'essai (réunions communautaires, sessions d'informations).

Cela a permis de suivre et comprendre les modalités de mise en œuvre du modèle d'engagement communautaire, les éventuels écarts ainsi que les ajouts qui ont été apportés. Dans l'organisation de ces activités, les formes de collaboration et d'interactions entre champions et conseillers communautaires ont aussi été particulièrement scrutées. Les contributions effectives des champions dans la conduite des activités ont aussi été évaluées. Des entretiens ont aussi été réalisés avec les participants afin de comprendre les raisons de la participation aux activités, de l'acceptation ou non d'être des bénévoles. Au niveau des sites de vaccination, l'accueil et l'orientation des bénévoles ont été observés. Les résultats notés ont été partagés avec les équipes techniques afin de les aider à prendre les décisions d'amélioration qui s'imposent. Elles ont aussi été nécessaires pour évaluer les effets du modèle d'engagement communautaire utilisé.

Une fois la vaccination démarrée, des entretiens individuels ont été essentiellement réalisés pour documenter les expériences au plan individuel, socio-familial de diverses catégories d'acteurs :

participants vaccinés, bénévoles ayant abandonné ou refusé la vaccination, champions et conseillers communautaires, équipes médicales de PREVAC, leaders communautaires. Leurs vécus de la vaccination ont été renseignés, ainsi que les réactions de leur entourage socio-familial. Les raisons de l'acceptation de la vaccination et des activités de suivi ont aussi été collectées, de même que les modes d'interactions avec les champions et les conseillers communautaires dans la conduite des activités de suivi post-vaccinal.

1.2.1.5 Une anthropologie appliquée pour accompagner l'action sociale en communautés

Les résultats de la recherche ethnographique (sur commande ou initiée par les anthropologues) ont été mis à disposition, pour aider les équipes techniques à mieux comprendre les communautés, communiquer et interagir avec elles, mais aussi à prendre des décisions d'action adaptées. Ils ont été régulièrement partagés avec elles lors des réunions hebdomadaires, sous forme de conclusions opérationnelles, afin de leur permettre d'apporter les correctifs nécessaires, tout au long du déroulement de l'essai et de faciliter leur approche et interaction avec les communautés. L'expérience de PREVAC révèle qu'il est avantageux que l'anthropologie soit impliquée dans le dispositif pour mieux comprendre son mode de fonctionnement et analyser sa gouvernance : on accède ainsi plus facilement aux acteurs, à la cartographie des relations et des interactions entre les différentes parties prenantes. On peut suivre le processus décisionnel, les discussions auxquelles il donne lieu et les dynamiques internes que cela crée. Il y a ainsi plus de possibilités d'être présent et témoin des événements pour mieux observer les modes de mises en actes du modèle et l'analyser de manière approfondie. Bref, c'est en permettant à l'anthropologie de se déployer à travers le dispositif de façon symétrique et réflexive qu'elle a pu produire des évidences scientifiques utiles pour éclairer l'action publique.

Toutefois, ces différents avantages ne doivent pas cacher les défis que pose la présence et la visibilité des équipes anthropologiques dans le dispositif technique de gestion de l'étude vaccinale. Un premier défi est celui de la co-disciplinarité, car si l'anthropologie a pu apporter une contribution significative à la préparation et à la mise en œuvre de la stratégie communautaire, la relation avec les équipes techniques et médicales est restée asymétrique. Ces dernières ont été souvent plus préoccupées plus par la préparation technique que celle des communautés, ce qui les a conduites à être moins à l'écoute des éclairages ethnographiques ou à ne leur accorder un crédit

que lorsqu'il y avait des problèmes (voir Anoko 2014, qui évoque l'idée des anthropologues fire fighters). La mise en œuvre de l'engagement des communautés demande un changement de paradigme différent de celui de la mobilisation sociale auquel les acteurs ont été plus habitués. Enfin, la présence et la visibilité des anthropologues dans le dispositif de l'essai vaccinal sont susceptibles d'avoir des implications sur leur possibilité d'obtenir des informations de la part des communautés en toute confiance. L'enquête ethnographique suppose de s'engager dans des activités, s'impliquer dans des échanges et des transactions, collecter des informations et, dans le même mouvement, transformer des savoirs et se transformer soi-même (Fassin, 1999).

Cependant, PREVAC est une expérience co-disciplinaire au cours de laquelle l'équipe anthropologique a su gérer ces différents défis et tisser au fil des mois, les relations permettant une meilleure intériorisation de ses principes, de son savoir-faire et une écoute de ses conclusions opérationnelles. Cela a été rendu possible d'abord grâce à l'organisation d'ateliers de partage sur la discipline, que beaucoup d'acteurs ne connaissaient pas ou confondaient avec le plaidoyer et la communication dans les communautés. La simplification du langage était nécessaire pour une bonne intelligibilité des résultats des enquêtes. Singulièrement, la traduction des données de terrain en conclusions opérationnelles s'est révélée comme une bonne approche plus propice pour que les techniciens puissent mieux les intégrer. Afin de gérer les risques d'enclicage dans le dispositif technique, l'équipe anthropologique a pu observer des moments de « pauses » et mettre en œuvre une attitude de distanciation réflexive : réduire la participation aux réunions quotidiennes et à s'impliquer plus dans celles hebdomadaires, les travaux des working group ; éviter l'usage en communautés des différents signes qui renvoient à l'image de PREVAC et de l'opérateur ALIMA (par exemple tee-shirts avec des symboles de PREVAC, véhicules du projet, etc.). L'adoption d'attitudes empathiques sur le terrain (écoute, sollicitation, compréhension) a permis de se distinguer des équipes d'intervention et de créer les conditions d'une interconnaissance et de la confiance des communautés.

Ceci montre l'intérêt de la démarche empirique de la recherche anthropologique pour éclairer l'action. Cette expérience d'engagement, bien que nécessaire, pose toutefois à cette discipline des défis de la co-disciplinarité et de la distanciation. Par contre, la discipline anthropologique contient en elle-même les ressources lui permettant d'assurer une certaine validité à la réflexion qu'elle propose sur les processus sociaux (la réflexivité, l'empathie, l'usage de pauses méthodologiques

pour éviter l'enclichage). Sa contribution reste plus que jamais nécessaire dans le cadre des essais vaccinaux qui sont des processus sociaux où la compréhension des attitudes et pratiques communautaires est essentielle pour réussir leur mise en œuvre. L'anthropologie des essais cliniques ne peut pas seulement se contenter d'une approche critique distanciée visant à analyser les conditions du consentement éclairé, de leur acceptabilité sociale, ou de la construction des « sujets » ou « publics » de l'essai. Il est utile qu'elle prenne place dans le dispositif de l'essai pour mieux l'étudier, le comprendre et l'aider à s'adapter aux réalités locales pour une meilleure appropriation. Toutefois, les ajustements épistémologiques et méthodologiques qu'impose cette expérience co-disciplinaire sont utiles à mieux observer et discuter.

1.2.2 Principes du modèle de l'engagement des communautés dans PREVAC en Guinée

L'expérimentation de la stratégie vaccinale PREVAC est une contribution essentielle dans le cadre de la préparation à la lutte contre les prochaines épidémies dans la mesure où il n'existait pas encore de vaccin homologué pour prévenir la fièvre Ebola. Dans le même temps, c'est aussi une occasion pour changer de paradigme de collaboration avec les populations en passant de l'approche de la mobilisation à celle de l'engagement. Dans ce qui suit, nous expliquons les principes qui fondent le paradigme de l'engagement communautaire tel que pensé dans le cadre de l'étude vaccinale, en précisant les raisons objectives et empiriques qui ont conduit à défendre un tel modèle.

1.2.2.1 Tenir compte des leçons apprises durant l'épidémie pour mieux engager les communautés

D'abord, il est important de souligner que le modèle proposé ici est inspiré des leçons apprises durant l'épidémie, informées par une approche empirique de terrain ayant permis de faire l'analyse situationnelle post-Ebola en partant d'un retour sur ce que racontent les histoires sociales de l'épidémie et des expériences vaccinales passées. Plus singulièrement, une analyse approfondie des activités de mobilisation sociale (menées au nom de l'engagement communautaire dont elles diffèrent pourtant) a été menée afin de comprendre les raisons de l'échec des approches pour faire participer les communautés.

Les enquêtes réalisées nous apprennent que, ce que les populations ont critiqué durant l'épidémie en Guinée, ce sont les formes de légitimités traditionnelles qui ont été mises au-devant pour les mobiliser (chefs de quartiers, chefs de secteurs, représentants des jeunes et des femmes) alors que ces dernières étaient souvent accusées de les avoir vendues aux « blancs » (Faye, 2015b ; Fribault, 2015). Dans une perspective développementaliste, cette approche de collaboration avec les légitimités statutaires a été utilisée dans l'idée de contourner les difficultés d'obtenir l'accord des individus, d'obtenir un consentement par le biais des autorités qui faciliterait celui individuel. Ces autorités ont aussi été utilisées comme des relais pour informer les personnes sollicitées à participer à une expérience médicale et obtenir leur accord. Pourtant, les différentes expériences indiquent que la mise à contribution de ces « autorités » officielles n'a pas souvent suffi pour que les individus se déterminent à participer à ces expériences médicales (Presiozio et al., 1997). Une des raisons largement partagées est relative au fait que, dans la réalité, ces personnes dites représentatives des communautés ne soient pas reconnues toujours comme telles dans les lieux de vie.

Pourtant, ces leçons ne semblent pas avoir été bien assimilées par l'UNICEF qui, pendant l'épidémie, a reproduit le même schéma de collaboration avec des légitimités officielles et statutaires, avec la mise en place des Comités Villageois de Veille (CVV) ou la contractualisation d'organisations communautaires pour porter les messages biomédicaux en population (Faye, 2017). Il s'agit de dispositifs pré-structurés de sensibilisation (des messages pensés à l'avance et basés sur le modèle biomédical) et de mobilisation des communautés, par l'entremise de certaines de leurs composantes dites représentatives pour l'adoption d'attitudes plus collaboratives vis-à-vis des activités imposées par la Riposte (la surveillance des communautés pour couper les chaînes de transmission). Concrètement, il s'est agi de collaborer avec les chefs de secteurs, les chefs de quartiers, les représentants de différentes catégories de la démocratie populaires (imams, pasteur, conseil des sages, association des jeunes, groupements de femmes, etc.) pour qu'elles portent le message auprès de leurs pairs et qu'elles les mobilisent pour accepter de changer de comportements.

L'expérience de la mise en œuvre des CVV en Basse-Guinée (Coyah, Forécariah), révèle des attitudes de défiance des communautés à l'égard de ces acteurs et des messages dont ils ont été porteurs, ainsi qu'une contestation de leur légitimité. Mieux, ces acteurs porteurs d'une légitimité

statutaire contestée localement, se sont aussi souvent retournés contre le dispositif de la lutte contre Ebola, en diffusant des messages contraires à ceux dont ils devaient assurer la promotion. Comme le souligne Faye (2017), « ces situations, pensées par le dispositif comme des moments « d'incohérences grammaticales », sont en réalité « l'expression d'une autre grammaire de la participation communautaire ». Plus singulièrement, ces attitudes informent sur la volonté des populations de reprendre la main sur la désignation de ceux qui sont légitimes pour elles, ceux qu'ils peuvent écouter, dont ils peuvent respecter la parole, à qui ils reconnaissent une autorité et avec qui ils peuvent s'engager dans une action sociale.

L'expérience d'Ebola en Guinée a aussi montré que les catégories jeunes ont été particulièrement critiques vis-à-vis des équipes de mobilisation sociale ou de sensibilisation. Ces dernières ont été composées soit de personnes étrangères, soit non reconnues comme des personnes influentes, pourtant chargées de faire la promotion des normes de biosécurité dans leurs quartiers. En remettant en cause les stratégies consistant à faire appel à des « étrangers » pour être responsables de la mise en œuvre des activités, les jeunes guinéens ont dénoncé la non-reconnaissance de leur intelligence, de leurs capacités d'acteurs et de leur volonté à contribuer de manière positive à la mise en œuvre de l'action publique. Même lorsque les acteurs de la Riposte ne les ont pas impliqués dans la conduite des activités, ces derniers se sont mobilisés eux-mêmes pour proposer des solutions locales qui malheureusement n'ont pas été reconnues et promues par la Riposte (Faye, 2017).

Les stratégies déployées par les ONG pour faire participer les populations ont donc été contre-productives, car au lieu de les faire collaborer, elles ont plutôt été des occasions de critique et de défiance de l'approche impérative dictée par la souveraineté biomédicale et leur refus de l'action collective imprévisible (Neveu, 2003)¹⁰⁶. Ces attitudes étaient aussi illustratives du manque de confiance que les populations pouvaient avoir à l'égard des équipes techniques, dont la stratégie d'intervention en communauté, de communication était peu socialisée. Cela a fait que pendant

¹⁰⁶ Celle-ci renvoie plus aux actions spontanées initiées par les populations en réponse à l'épidémie (Faye, 2015b)

l'épidémie, les essais vaccinaux réalisés ont aussi été gênés par la peur, la stigmatisation, rendant difficile leur acceptabilité.

Ces différentes leçons apprises révèlent une forme de continuité entre la période de l'épidémie et celle post-Ebola, d'où l'intérêt de mieux comprendre et tenir compte de ces dynamiques observées ces deux dernières années. Le dispositif de lutte contre Ebola s'est manifesté par une incapacité à reconnaître et à s'engager avec des modes locaux d'action sociale (au sens wébérien du terme), portés et promus par des acteurs plus anonymes à ses yeux, mais certainement plus respectés par les populations. À partir des histoires sociales que raconte l'épidémie, il est possible de comprendre que si on veut engager les communautés dans une période post-Ebola, de manière à contourner les échecs du passé, il faut changer de paradigme en quittant l'approche développementaliste de l'action humanitaire ou de l'urgence sanitaire, pour celle plus socialisée et respectueuse des communautés, participative et collaborative.

En définitive, une leçon utile pour PREVAC est qu'il est certes utile de communiquer avec les populations de manière transparente et continue afin de leur donner tous les éléments d'informations utiles pour une meilleure compréhension et appropriation de l'essai vaccinal (importance du consentement éclairé). Toutefois, faire en sorte que les populations s'approprient l'intervention de santé publique (dans l'esprit de la santé communautaire) est plus durable. Cela nécessite de ne pas leur imposer des normes d'action, mais de travailler à ce qu'elles se sentent valorisées et placées au cœur de l'action sociale. Cela est d'autant plus important que, ce pour quoi elles se battent le plus, c'est la reconnaissance de leurs volontés et capacités d'agir (Fassin, 2009). C'est sur la base de ces considérations que le modèle d'engagement communautaire de PREVAC a visé à inscrire les communautés au cœur de l'action sociale, tout en reconnaissant au préalable leur intelligence, leurs savoir-faire, leur expertise, et surtout leur volonté et leurs capacités de contribution.

1.2.2.2 Une stratégie d'engagement basée sur la « reconnaissance » des populations et de leurs capacités d'acteurs

Pour promouvoir son appropriation communautaire, PREVAC a été fondé sur le principe de la reconnaissance que les populations ont revendiqué tout au long de l'épidémie, plus singulièrement, sur l'idée qu'elles ont une existence, des sentiments, des connaissances, des droits, des savoirs et

une expertise qu'il faut reconnaître, valoriser et faciliter l'expression. Les populations ne sont pas seulement revendicatives de leurs droits de disposer d'informations transparentes à temps réel, mais aussi d'une meilleure considération de leurs capacités à initier des solutions et des actions allant dans le sens de lutter contre l'épidémie. Cette reconnaissance est considérée comme le moyen par lequel les individus se réalisent, peuvent se penser en sujets de leurs propres vies et deviennent plus des partenaires que des « ennemis » des projets de développement (Honneth, 2004).

Selon Honneth (2004), les individus luttent souvent contre les institutions sociales afin de les pousser à mieux reconnaître leurs nécessités et droits. Dans cette perspective, la reconnaissance constitue en une attitude mentale et une pratique consistant à valoriser socialement les individus ainsi que leur place dans la société, à des fins de justice sociale. Elle suppose que, dans une relation d'interaction, le partenaire accepte et valorise l'autre comme une personne, avec des qualités, des droits et des capacités. Cette valorisation est nécessaire non pas pour des raisons financières, mais surtout pour qu'il soit convaincu et assuré de la valeur sociale de son identité. Elle contribue ainsi à une relation réussie à soi, une estime et un respect de soi.

Pour Honneth (2004), les populations expriment plus ce besoin de reconnaissance dans la sphère de l'amour, du droit et de la participation : aimer et se sentir aimé pour gagner en confiance à l'égard de soi et sécurité émotionnelle ; se sentir porteur des mêmes droits qu'autrui pour entretenir le sentiment de respect de soi ; participer à l'action sociale, contribuer à la vie sociale afin de se sentir utile, s'estimer et se réaliser en tant qu'être humain. Dans le cadre des études vaccinales, plusieurs auteurs rendent bien compte de la volonté des participants de se produire comme des sujets (Biehl, 2004 ; Whyte 2009 ; Timmermans, 1996) et de leur activisme pour avoir accès ou d'intervenir dans le montage des essais (Epstein, 2001 ; Kelly, 2010). Nguyen (2010) souligne les logiques d'acteurs participants des essais vaccinaux qui tentent de faire valoriser leur statut et d'en faire un moyen d'action.

Tenant compte de ces expériences, le principe de la reconnaissance a été inscrit au cœur de la stratégie de PREVAC pour engager les communautés. Concrètement, l'approche a consisté à valoriser les qualités, les capacités, les droits des communautés en les consultant au préalable (par le biais des enquêtes anthropologiques) sur les composantes de l'essai et les activités à mener, de

manière à profiter de leur expertise : biométrie, ramadan, ayants-droits, compensation, contraception, etc. Il s'agissait d'entendre leurs voix et de savoir ce qu'elles en pensaient, et comment elles envisageaient elles-mêmes les contours de ces activités et les enjeux posés au niveau des localités. Cette approche devait permettre aux communautés d'avoir la confirmation de leurs qualités, de gagner en estime de soi et de se reconnaître aussi comme des citoyens pouvant contribuer à la réflexion et la définition de l'action publique. Elle pouvait aussi leur permettre de donner leurs points de vue sur les différentes composantes de l'étude vaccinale, de se familiariser avec et mieux s'y identifier.

Leur valorisation pouvait s'exprimer à travers leur implication dans la traduction locale des mesures techniques et biomédicales pour PREVAC. La reconnaissance du droit à une information transparente et continue a été traduite par la mise en place d'un dispositif de feedback et de dialogue dans lequel les personnes locales reconnues légitimes par les communautés elles-mêmes ont été impliquées, soit en qualité de « champions », soit comme membres des comités de suivi communautaire. Ces acteurs ont été pensés comme les relais par lesquels il faut passer pour collaborer et communiquer avec les communautés, leur rendre compte de l'évolution de l'essai et le fonctionnement du site de vaccination, être informé de leurs points de vue et des difficultés ou désagréments induits par l'essai, à des fins de résolution. Ces acteurs crédibles et dont l'autorité est reconnue et respectée pouvaient aussi jouer un rôle dans la résolution locale des problèmes. En définitive, en accordant une place centrale à ces acteurs dans la gouvernance locale de PREVAC, ce sont les capacités d'acteurs des populations qui ont été ainsi valorisées, puisque leur légitimité est l'émanation de la volonté populaire.

1.2.2.3 PREVAC, un essai vaccinal basé sur l'empowerment

La stratégie de mobilisation et d'engagement communautaire promu par l'essai vaccinal PREVAC passe nécessairement par un ensemble d'acteurs communautaires que l'on peut situer à deux niveaux. Il s'agit entre autres des conseillers communautaires et des champions, deux catégories d'acteurs qui même si elles partagent un certain nombre de caractéristiques, se distinguent sur certains aspects ou du fait de la position qu'elle occupe dans le processus. De manière globale, les CC sont les acteurs d'exécution de la stratégie d'engagement communautaire notamment dans ses composantes communication et engagement des communautés. Il importe même à ce niveau de

préciser que la stratégie d'engagement est un processus global qui, au-delà de ses composantes en termes de communication et de pratiques d'engagement des communautés, tient également compte d'autres aspects tels les questions relatives à l'organisation du site et les différentes formes d'interaction entre les participants et les différentes personnes avec qui ils peuvent être en contact dans le cadre de leur participation à l'étude.

Les conseillers communautaires ont pour mandat à travers le développement de différents types d'activités d'accompagner le volontaire dans le processus de compréhension en vue de son inclusion dans l'étude. En se référant à la stratégie définie pour impliquer les populations des zones de mise en œuvre du projet, les CC interviennent à partir de différents niveaux. Toutefois, la définition de cette catégorie d'acteur a, en rapport à l'approche d'engagement des communautés nécessite une réflexion sur le statut des personnes à impliquer comme CC, mais également des formes et types d'interaction attendus entre eux et les communautés. Au regard des activités de recherche des équipes anthropologiques, il a été fait mention de promouvoir les compétences locales et d'impliquer les acteurs à la base dans la mise en œuvre des activités communautaires. Le travail d'ethnographie des ordres de légitimité a permis de mettre à disposition un ensemble d'acteurs au niveau des communautés avec lesquelles il était possible d'interagir afin d'accéder à la communauté.

L'une des critiques adressées au dispositif de lutte contre Ebola a été d'avoir mis en avant dans l'interaction avec les populations, des acteurs dont la légitimité n'était pas reconnue ou catégorisés d' « étranger » et qui au nom de ce qualificatif n'avait pas les capacités d'engager les communautés dans une dynamique quelconque. Les leçons apprises de ces expériences ont conduit dans le cadre de PREVAC, d'investir les champions comme des interlocuteurs du fait de la reconnaissance communautaire dont bénéficie cette catégorie d'acteur. Ainsi, il a été recommandé de recruter parmi ces derniers des CC pour faciliter l'acceptabilité de l'intervention. Par contre au-delà des questions de légitimité, les fonctions du CC ou du moins les tâches qui lui sont dédiées nécessitaient un certain nombre de compétences.

Au-delà des capacités de mobilisation et d'interaction avec les communautés, le profil du CC nécessitait également un certain niveau d'instruction et une maîtrise de l'usage de certains outils de suivi. De manière globale, deux grandes catégories d'activités sont identifiées :

- ✚ Activités du protocole : recrutement, suivi (en particulier les mineurs)
- ✚ Activités communautaires : mobilisation et la veille communautaire

Au regard du modèle défini pour matérialiser stratégie d'engagement, une interaction forte entre les CC et les champions était un des impératifs de la socialisation du dispositif. En d'autres termes, il s'agissait au-delà des CC, dont certains sont des champions où ont une bonne emprise dans la zone d'affectation, de faire des acteurs influents de la communauté, les porteurs du projet. L'objectif global de la stratégie est donc de favoriser l'appropriation de l'étude par les communautés dont la manifestation s'exprimerait par leur implication en tant que participant à l'étude, mais également en tant qu'acteur dans la conduite des différentes activités de mobilisation et d'engagement. Le pouvoir d'action associé à cette légitimité assignée ou reconnue aux champions au niveau des zones d'intervention faisait donc de ces derniers, les premiers interlocuteurs entre les promoteurs de l'essai et les populations. Toute activité ou intervention devrait être envisagée avec leur implication dans la définition et l'organisation.

1.2.2.4 Collaborer par le biais de légitimités « charismatiques » désignées par les communautés

Le principe de travailler avec des « champions » est inspiré de la théorie de l'action sociale de Max Weber (1919). Ce dernier considère que la légitimité n'est pas un attribut, mais une forme de reconnaissance sociale d'une ressource possédée (compétence, savoir, charisme, diplôme, statut) qui donne de l'autorité à certains individus et fait accepter par autrui leur pouvoir de domination. Il en distingue trois formes : la légitimité légale conférée par le titre ou le statut officiel dont on est porteur (chef de quartier par exemple), celle traditionnelle conférée par la possession d'une compétence ou d'une connaissance valorisée par la tradition (patriarce, seigneur terrien, imam, sage) et enfin celle charismatique. Cette dernière est conférée par la valorisation sociale de certaines qualités et particularités possédées par un individu, qui lui donnent une autorité.

Dans le cadre de PREVAC, le partenariat communautaire a été plus basé sur la collaboration prioritaire avec les légitimités charismatiques identifiées et désignées par les communautés elles-mêmes, que nous avons appelées « champions ». Il s'agit en général de personnes habitant la localité, qui ne sont pas toujours porteuses de statut légal (mais peuvent en être aussi possesseurs), mais qui sont reconnues et respectées dans leur quartier, ont un pouvoir étendu de se faire respecter,

ont une influence sur leurs pairs dans une aire assez large et peuvent s'engager avec eux leurs pairs dans l'action sociale. Elles peuvent appartenir à divers groupes sociaux qui transcendent quelques fois l'âge, l'ethnie, le quartier, la catégorie socio-professionnelle ou les classes sociales au sein desquels elles sont respectées, reconnues et écoutées. Ces personnes tirent leur légitimité, donc leur reconnaissance sociale, non pas seulement du statut qu'ils portent, mais souvent de plusieurs autres types de ressources ou capitaux qui leur donnent du charisme : l'ancienneté dans la localité ou l'appartenance à la famille des primo-habitants, le capital social ou humain, capital économique, la carrière politique, les œuvres réalisées dans le quartier, etc.

Il est nécessaire de préciser ici que les champions peuvent ne pas être porteurs d'une seule légitimité et qu'un individu reconnu officiellement comme légitime, pouvait aussi bénéficier d'un charisme au niveau communautaire en raison d'autres ressources reconnues socialement par ses pairs. Par exemple, un chef de quartier légitime en raison de son titre, pouvait aussi être champion à partir du moment où il a été reconnu et désigné par les communautés comme une personne influente, exemplaire, dont le charisme lui donnait aussi une certaine autorité inspirant confiance et respect. Dans cette perspective, même les Outsiders (Becker, 1963) c'est-à-dire les personnes à la marge de la société, pouvaient aussi être désignés comme des champions, car il est des moments de la vie sociale où ce qui fait leur déviance devient une ressource importante pour certains : vendeurs de chanvre indien, leaders de staffs assez violents qui sont respectés par les populations lorsqu'il s'agit de les défendre ou de contester. En raison de leur contrôle de certaines « bases », ils ont la capacité de mobiliser des forces de contestation ou conduire des dynamiques positives pouvant être à l'avantage de l'essai PREVAC.

Pour identifier les champions, des enquêtes ethnographiques consistant en une cartographie sociale ont été menées par les équipes anthropologiques. Concrètement, des entretiens individuels et des focus-group ont été conduits avec diverses catégories cibles habitant les localités autour des sites prévus pour abriter les lieux de vaccination (adultes hommes et femmes, jeunes garçons et filles) et en différents endroits (bases, marchés, maisons, etc.) Elles ont été interrogées sur leurs lieux de fréquentation, les personnes qu'elles considèrent dans leur entourage comme étant les plus légitimes et les aspects qui fondent cette légitimité.

Quelques figures de « champions » identifiées sur le terrain peuvent être ici présentées : Il peut s'agir de responsables de structures populaires (staff¹⁰⁷ de jeunes, Sère Kounti¹⁰⁸, entraîneur de football, etc.), d'individualités sans statut, mais exemplaires en raison de leur identité sociale ou leur contribution significative dans la conduite des activités du quartier : Maman Zado (Mme Bamba), très impliquée dans le soutien aux activités génératrices de revenus des femmes de Landréah ; D.A, dealer de chanvre indien, apprécié pour son combat contre le chef de quartier de Landréah¹⁰⁹ ; M.B, femme âgée, à qui les femmes accordent respect et reconnaissance en raison de ce qu'elle a fait dans le passé en tant que présidente des femmes. Ces différentes catégories de personnes légitimes désignées par les communautés ont été consignées sur une liste avec leurs filiations et leurs aires d'influence (c'est-à-dire les quartiers ou espaces dans lesquels leur légitimité a été reconnue), ainsi que les catégories de populations qui les reconnaissent comme légitimes. Cette liste a été constituée comme une base pour la conduite des activités de plaidoyer pour les amener à s'engager et à porter PREVAC auprès des personnes qui reconnaissent leur légitimité et autorité.

Le fait de placer ces acteurs au cœur du partenariat avec les communautés devait permettre de contourner les échecs des approches antérieures basées sur la collaboration avec des autorités, bénéficiant d'un statut de leaders officiels, mais qui pouvaient être contestés dans certaines enclaves communautaires (chefs de quartier, chefs de secteur, présidentes des groupements de femmes, responsables des associations de jeunes, président du conseil des sages).

¹⁰⁷ Les staffs sont des groupes de jeunes et d'adultes, cadres au sein desquels les membres discutent de questions de la société guinéenne, procèdent à une critique sociopolitique qui peut déboucher sur des actes de violence. Toutefois, ils peuvent aussi apporter des solutions aux problèmes locaux qui se posent.

¹⁰⁸ Sère vient du mot français « cérémonie ». Il s'agit d'un cadre de sociabilité, d'échange et de solidarité sous la responsabilité d'une personnalité respectée, qui inspire confiance

¹⁰⁹ Il s'est beaucoup opposé au chef de quartier, soupçonné d'avoir autorisé la transformation de la maison des jeunes en école et contribué à l'installation de l'hôtel Millénium dans le quartier en expropriant une partie de la plage où les jeunes pratiquaient des activités récréatives.

Dans les différentes localités investies dans la cadre des études préparatoires de la mise en œuvre du projet d'étude vaccinale, on pouvait observer des déclinaisons multiples de ces formes de légitimité. Pour le type de légitimité dit légale-rationnelle, on peut notifier les chefs de quartier (urbain) ou de district (rural) ainsi que les chefs de secteurs, les membres des conseils quartiers (représentant de la jeunesse, représentant des femmes, etc.) qui représente l'autorité administrative à cette échelle de la décentralisation de l'État. Par contre les modes de désignation de ces autorités politiques, nommées au suffrage indirect par le maire, conduisent à observer dans certaines localités des chefs de quartier ou de district qui font l'objet d'une critique vis-à-vis de leurs administrés.

De plus, l'absence du respect du calendrier électoral en Guinée, qui depuis 2013 n'a plus connu d'organisation d'élections locales et communales, suscite un grand débat sur l'alternance politique au niveau de ces instances politiques. En dépit, les pratiques de mal-gouvernance, de détournements de deniers publics et de trafics divers dans le foncier vont conduire certaines autorités administratives à l'instar des chefs de quartier dans différentes localités à ne plus bénéficier, au-delà du pouvoir légal que leur confère leur statut, d'une reconnaissance de leur autorité aux yeux de leurs administrés.

Dans la commune de Dixinn par exemple, sept (7) chefs de quartier ont été limogés par le Gouverneur de la ville de Conakry pour avoir mis en vente des kits d'hygiène et produits sanitaires mis à leur disposition dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola. À Wonkifong, c'est le une autorité administrative a été accusée par les communautés d'avoir détournées les denrées alimentaires offertes aux familles victimes durant l'épidémie d'Ebola. Dans le quartier de Dixinn-Port, il s'observe une très grande opposition entre une bonne partie de la jeunesse et le chef de quartier qui est accusé d'avoir détourné à plusieurs occasions des investissements destinés aux quartiers (projet des filets sociaux ; dons de la première dame, etc.). L'un des plus récents a été constaté pendant la période de la lutte contre l'épidémie d'Ebola. Dans le cadre de la réalisation d'activités de mobilisation sociales, l'organisation médicale internationale MSF a demandé à impliquer la jeunesse des différents quartiers de la ville de Conakry, consigne que le chef de quartier n'a pas tenu à respecter en allant se présenter lui-même pour profiter des avantages liés à ces activités. Ces différents éléments présentés en guise d'exemple permettent de comprendre la

crise de confiance qui s'observe dans différentes localités entre les administrés et les administrateurs des collectivités territoriales.



Photo 24 : La rue principale du quartier de Dixinn Port avec un tag critique à l'endroit du chef de quartier (Waly Diouf, juin 2017)

Par ailleurs, s'intéresser à d'autres formes de légitimités, exprimait une reconnaissance et un respect des attentes des communautés en impliquant les personnes qu'elles apprécient et qu'elles souhaiteraient voir dans l'action sociale afin de s'y engager, tout en faisant la promotion de l'exemplarité. Toutefois, il est utile de préciser ici que la focalisation sur les légitimités charismatiques ne signifiait pas la mise à l'écart des autorités coutumières, religieuses et sociopolitiques dans les différents quartiers. Ces derniers devaient être visités, informés et impliqués dans le déroulement de l'essai en raison de leur responsabilité dans les quartiers. Mais ils n'avaient pas le même caractère de porteurs de la mise en œuvre de la stratégie vaccinale au niveau communautaire que les « champions ».

Concrètement, les champions devaient être les relais par lesquels les groupes sociaux ou membres des communautés pouvaient s'identifier, s'auto-déterminer à s'engager dans l'essai et à promouvoir ses activités. Leur rôle devait consister à porter l'organisation des activités de communication et de promotion de l'essai dans les communautés, avec la collaboration des conseillers communautaires (CC), membres des équipes techniques de PREVAC censés leur apporter un appui en cas de besoin sur le terrain. Ils étaient aussi sollicités à donner l'exemple à leurs communautés, en acceptant de prendre le vaccin dans un premier temps. Cette exemplarité donnée par les personnes qu'on juge légitimes, qui inspirent confiance et qu'on veut imiter était aussi nécessaire pour promouvoir l'appropriation de PREVAC et la volonté de participer.

Enfin, ils avaient pour tâche d'accompagner les membres de leurs groupes d'appartenance engagés dans le processus des inclusions, dans le partage des informations, la fréquentation du site de vaccination, la réponse à certaines interrogations post-vaccinales. En tant qu'exemples et autorités reconnues, ils pouvaient, par l'accompagnement et le suivi, faciliter l'expérience familiale et communautaire des participants inclus vaccinés (en cas de rumeurs, stigmatisation ou menace de désistement de la part de la famille). Bref, la reconnaissance des communautés et leur collaboration par l'entremise des champions, personnalités influentes et disposant d'autorité, devaient favoriser, plus que l'acceptabilité de l'essai, son appropriation communautaire.

Aux côtés des champions, nous avons associé les légitimités traditionnelles parmi lesquelles on retrouve les Taï-Fori¹¹⁰, les Sotikémo¹¹¹, les chefs religieux ainsi que les représentants des familles fondatrices des localités. Ces différentes catégories sont investies d'un pouvoir que leur confère leur appartenance ou la structure traditionnelle qu'elles incarnent. Par contre le rapprochement souvent observé de ces différentes catégories aux élites politiques a conduit à réduire de manière significative leur influence sur les communautés. Cependant, la volonté de PREVAC de s'inscrire dans un ordre social local a conduit à reconnaître ces hiérarchies sociales et à les solliciter dans le

¹¹⁰ Terme Soussou pour désigner le résidant autochtones le plus âgées d'une localité. Ce statut lui offre une légitimité traditionnelle.

¹¹¹ Responsable du groupe des sages dans une localité.

cadre de la socialisation de l'essai. C'est à ce titre que ces derniers ont été invités dans les différentes activités journées de sacrifice organisé dans le cadre du lancement du projet.

1.2.2.5 Pour un essai vaccinal basé plus sur le bénévolat que le volontariat

En général, les essais vaccinaux en Afrique sont conduits sur la base du volontariat, avec l'idée que, sans les incitations financières au plan individuel, les individus n'accepteront pas d'y participer. La stratégie d'engagement communautaire adoptée pour PREVAC prend le contre-pied de cette tradition, en valorisant le principe du bénévolat. Cette dernière suppose le don de soi à la communauté, par le biais de la réalisation d'une activité au nom de l'intérêt de la collectivité (Faye, 2017). À travers le bénévolat, il est assumé dans PREVAC que si les individus s'engagent à se vacciner, cela ne doit pas être motivé par les seuls bénéfices individuels, en particulier les incidences financières (compensation). Concrètement, ce principe a consisté à favoriser une participation à l'essai vaccinal, en promouvant les bénéfices pour la communauté, en termes sanitaires (se protéger) et de citoyenneté et sans que soient mis en avant les aspects financiers de compensation.

« Tu sais moi, pour cette question de compensation, je ne veux pas que vous parliez de question d'argent, car ce n'est d'ailleurs pas un problème pour moi et si vous en parlez, moi cela va commencer à me faire douter de vos intentions »

Homme_Baga_retraité_secteur 2_Landréah

« Il ne faut même pas parler de compensation parce que si réellement le vaccin c'est pour notre santé et que c'est confirmé par les autorités pourquoi se faire payer pour ça ... N'êtes-vous pas sûre de votre vaccin ou quoi ? Qu'est-ce qui peut être meilleur que sa santé ? »

Femme_soussou_marié_secteur 5_Landréah

En termes financiers, PREVAC s'est engagé à ce que les participants bénéficient à titre individuel d'une contribution au financement de leurs frais de transport, à chaque fois qu'ils viennent au site de vaccination pour un rendez-vous. Cette somme (100.000 GNF) a été harmonisée pour l'ensemble des participants, qu'importe leur quartier de résidence, leur âge ou leur catégorie socio-professionnelle. La raison est liée aussi au contexte post-Ebola de la Guinée, où les populations ont développé une certaine aversion et suspicion pour les interventions sanitaires extérieures

proposant de payer de l'argent, en contrepartie de leur implication considérant d'ailleurs à ce propos qu'il soit suspicieux d'être payé pour aller dans un service de santé. Ce contexte, associé à la demande de reconnaissance de leurs capacités d'acteurs, a instruit les promoteurs de l'essai PREVAC à ne pas payer, mais plutôt à promouvoir l'engagement citoyen des populations dans les zones de mise en œuvre de l'essai.

Cependant, en retour, il a été prévu que PREVAC s'engage aussi à leurs côtés, par le principe du contre-don symbolique. Ainsi, si l'individu n'avait pas à titre individuel un paiement assez conséquent, sa famille pouvait aussi tirer un bénéfice de sa participation, à travers la prise en charge des ayants-droits (c'est-à-dire les enfants de moins de cinq ans qui sont liés au participant et habitent dans sa maison), dans des services de santé guinéens ayant signé une convention avec l'ONG ALIMA, opératrice de l'essai vaccinal. Cette approche avait aussi pour vocation de permettre un renforcement de capacités de ces services sanitaires guinéens affaiblis par l'épidémie, par le biais des ressources payées pour la prise en charge sanitaire, mais également d'un ensemble d'appui à travers les donations en médicaments.

Enfin, l'appui financier et logistique apporté aux activités communautaires d'intérêt général était aussi le moyen par lequel les communautés pouvaient, par le principe de la solidarité, tirer bénéfice du bénévolat des inclus vaccinés : c'est pourquoi il a été recommandé que les champions travaillent dans leur aire d'influence, à identifier avec leurs groupes sociaux, des activités prioritaires dans lesquels ils souhaitent investir. Ces dernières pouvaient ainsi être accompagnées par PREVAC (en matériels, finances, conseils et expertise, etc.). Au-delà de faire bénéficier les communautés de l'opportunité PREVAC, cet appui a été aussi un moyen de promouvoir l'engagement citoyen et de socialiser davantage l'essai.

Ces différents principes que nous venons d'évoquer comme éléments structurants de PREVAC ont été déclinés à travers les composantes et activités de la stratégie d'engagement communautaire proposée par les anthropologues, sur la base de l'analyse situationnelle et les consultations populaires dans les quartiers potentiels sites de recrutement pour la vaccination.

1.2.3 Piliers de l'engagement des communautés dans PREVAC

En Guinée, la stratégie d'engagement communautaire a été opérationnalisée autour de trois piliers schématisés dans ce qui suit :



1.2.3.1 Plaidoyer des champions et réunions pour l'engagement communautaire

Le plaidoyer constitue le premier moment de contact entre les promoteurs de l'étude et autorités locales officielles (chefs de quartier, maires, chefs de district, chefs de secteur, sous-préfet, etc.), coutumières (chefs coutumiers, leaders religieux, patriarches) et des champions identifiés dans les quartiers pressentis comme zone de recrutement. De manière générale, il a pour objectif d'établir les premières formes d'interactions avec les différentes catégories de légitimité et d'engager avec elles un processus de partenariat dans la réalisation de l'étude vaccinale dans leurs localités. L'essai vaccinal PREVAC, construit à partir d'une capitalisation des pratiques d'engagement de la communauté dans le cadre de la Riposte à l'épidémie d'Ebola, mais également des expériences de mise en œuvre d'essai vaccinal en Guinée, a choisi l'option de réaliser l'engagement des communautés en passant par les catégories d'acteurs dont la légitimité est reconnue dans ces différentes zones d'intervention. L'établissement d'une collaboration avec ces différentes catégories d'acteurs qui se retrouvent dans le concept de champion dans le cadre de l'étude va nécessiter de la part des équipes techniques de PREVAC leur identification au niveau des zones de mise en œuvre du projet et le développement d'activités de plaidoyer à leur endroit.

Les leçons apprises à partir des expériences de l'engagement des communautés dans l'action publique en Guinée ont permis de mettre en exergue la critique développée autour des légitimités classiques (Faye, 2017). Les expériences d'échecs de la promotion des légitimités statutaires dans le cadre de l'engagement des communautés aux efforts de lutte contre l'épidémie d'Ebola ont démontré l'intérêt d'une dynamique d'approche dans les pratiques d'implication des communautés. L'analyse des différentes expériences connues dans le cadre de la lutte contre l'épidémie a permis de documenter le poids d'un certain nombre de catégories d'acteurs peu investies dans les pratiques d'engagement des communautés et qui ont témoigné de leur capacité à être des moteurs d'une dynamique sociale contrairement aux catégories d'acteurs mobilisés et qui ont connu des difficultés à engager les populations. Les différentes leçons apprises déclinent l'importance de catégories d'acteurs dont l'influence a été constatée dans les différentes formes de mobilisation communautaire durant la période de l'épidémie. Par contre, la mobilisation de ces différentes formes d'acteurs nécessitait une certaine intelligence des promoteurs de l'étude vaccinale, c'est-à-dire une implication rationnelle de ces derniers en fonction des rapports qu'elles entretiennent avec les populations.

Cette considération permettait d'éviter d'inscrire le projet dans des processus d'enclivage au regard des clivages sociopolitiques qui pouvaient s'observer dans les différentes zones d'intervention. L'objectif est principalement d'établir les liens entre les promoteurs de l'étude vaccinale et les différentes catégories d'acteurs légitimes (chef de quartier, chef secteur, autorités religieuses, groupes et organisations sociales, légitimité charismatique), qui devraient être le premier échelon où l'on véhicule des messages pour susciter l'adhésion des communautés et en faire des partenaires dans la mise en œuvre du projet. Cette approche cherche donc à impulser l'appropriation de l'étude par ces acteurs à la base et de permettre par ricochet de faciliter aux équipes techniques leur introduction dans les différentes localités (quartier, secteurs) qui constituent les cadres de mise en œuvre de la plupart de leurs activités. Concrètement, ce pilier a été réalisé à travers trois types d'activités : les visites à domicile des leaders, les réunions communautaires et la formation et le renforcement de capacités des leaders.

1.2.3.1.1 Visites à domicile des leaders communautaires et plaidoyer collectif

Les plaidoyers communautaires ont été développés par les conseillers communautaires (CC) à l'endroit des champions, c'est-à-dire des catégories d'acteurs à qui la communauté désigne et reconnaît une légitimité. Ces différents acteurs devraient faciliter l'accès aux différents quartiers et devraient aussi porter les activités communautaires appuyées par les CC. De manière concrète, il s'agit de faire une visite de courtoisie et d'échanges avec les différents leaders communautaires et les champions des localités afin de présenter PREVAC et son opérateur ALIMA. Si les premiers doivent être visités pour respecter la grammaire sociale (se présenter, expliquer l'activité et recueillir leur assentiment et leur accompagnement), les « champions » désignés sont contactés pour requérir leur disponibilité, leur volonté à accepter de s'engager bénévolement pour la promotion de l'essai auprès de leurs groupes d'appartenance.

Pour partager le maximum d'informations avec ces leaders et les mobiliser, des réunions communautaires ou cérémonies sont aussi prévues : il peut s'agir de séances de lecture de coran, de prière à l'église ou chez le pasteur, mais aussi de cérémonies de sacrifices. De manière générale, le sacrifice constitue un rituel consenti par un groupe afin d'implorer les privilèges des divinités et une réussite dans l'initiative. L'organisation de ces rituels coïncide toujours avec le début d'une activité. L'inscription de PREVAC dans cet ordre naturel de la vie sociale des communautés où elle est mise en œuvre, à travers l'organisation de journées de sacrifice (lecture du coran, immolation d'un bœuf, etc.) sur les deux sites du projet, a été une expression manifeste de la socialisation du projet. Cette activité a été comprise par les communautés de manière générale et les acteurs stratégiques (leaders classiques, champions) comme le signe d'un respect et d'une volonté des promoteurs à prendre en compte les réalités socioculturelles des zones de mise en œuvre du projet.



Photo 25 : Séances de lecture du coran organisées dans le cadre du lancement des activités PREVAC sur les sites de Landréah (1) et Maférinyah (2) (ALIMA, mars 2017)

L'organisation d'activités au niveau des localités pressenties comme aire de recrutement permettait également de disponibiliser les informations afin de permettre aux volontaires d'exprimer leur désir de s'impliquer dans la réalisation de l'étude. De telles activités ont une double vocation : ce sont des moments pendant lesquels on peut partager des informations sur PREVAC en groupe afin de susciter une motivation supplémentaire. Mais c'est aussi un moyen de socialiser les équipes afin de créer une relation de confiance : organiser une séance de lecture de coran dans les premiers moments de PREVAC peut permettre de briser la glace, de se donner une image moins « étrangère » et une identité plus « locale », dans laquelle se reconnaissent les leaders, ce qui peut augmenter leur confiance et les pousser à s'appropriier l'activité et à accepter le type de partenariat qu'on leur propose. C'est dans cette perspective qu'il est souhaité que les champions volontaires soient les premiers à être vaccinés afin de donner l'exemple à leurs pairs.

1.2.3.1.2 Ateliers d'échanges, de renforcement de capacités des leaders communautaires

Un autre moment du plaidoyer consiste en l'organisation d'ateliers de partage et de renforcement de capacités, pour les leaders communautaires et les champions. Concrètement, il s'agit de les réunir en groupes et de partager avec eux des éléments d'informations sur PREVAC, ses différentes composantes et son intérêt pour la Guinée. Le circuit du participant est aussi présenté

de manière théorique, par le biais de la vidéo de présentation. Ensuite, les leaders sont invités à aller sur site pour visiter de manière effective le circuit. Ces ateliers sont des occasions de communication transparente sur l'essai et permettent aussi de les motiver davantage à accepter de jouer le rôle de champion.

1.2.3.1.3 Sessions d'engagement communautaires par les « champions »

Dans le design de l'étude PREVAC, un rôle important était donné aux champions. Ces champions sont des leaders charismatiques reconnus au niveau communautaire et disposent d'une légitimité assignée dans leur environnement immédiat. Ils occupent une position centrale qui leur permet d'avoir l'écoute de leur communauté et servent de canal d'interaction avec les communautés dans le cadre du projet PREVAC. Pour ce faire, une formation pour une bonne connaissance de leurs rôles et des attentes à leur endroit dans cette étude devenait importante. Une fois les visites à domicile et séances d'échanges et de renforcement de capacités organisées, les champions « engagés » programment des rencontres avec leurs pairs, c'est-à-dire les personnes qui reconnaissent leur légitimité et autorité, afin de faire eux-mêmes le plaidoyer de leur engagement dans l'étude vaccinale PREVAC. Il peut s'organiser à l'occasion des rencontres habituelles des staffs, Sèrés, des communautés ethniques, pendant les cérémonies de quartier, les tournois ou matchs de football, les réunions familiales ou de communautés ethniques, etc. En principe, cette activité est préparée et organisée par le champion, selon une heure et un lieu à sa convenance, qui invite le conseiller communautaire à y assister. Quand l'occasion lui est donnée, ce dernier peut présenter PREVAC et sa stratégie d'engagement communautaire et répondre à d'éventuelles questions posées par les membres présents. Cette approche place le champion au centre de l'initiative de porter et présenter PREVAC au niveau communautaire, ce qui peut augmenter la confiance des membres de son groupe.



Photo 26: Atelier de formation des champions de la commune de Dixinn (ALIMA, avril 2017)

1.2.3.2 Communication sociale pour la promotion de PREVAC, du bénévolat et de l'engagement communautaire

Une fois engagés, les « champions » collaborent avec les conseillers communautaires affectés à leur aire d'influence pour organiser une communication sociale dans l'optique de promouvoir l'appropriation de PREVAC et la décision de l'inclusion dans la vaccination. Globalement, les activités réalisées font la promotion de l'engagement citoyen et permettent de partager des informations sur l'étude vaccinale aux individus qui le souhaitent afin de les préparer à s'engager en tant que participant bénévole.

1.2.3.2.1 Réunions communautaires pour susciter une volonté de participer à l'étude

Une autre activité organisée par les champions dans leurs zones d'influence concerne les réunions communautaires qui sont le premier palier dans la stratégie de communication et de partage d'informations sur l'étude vaccinale pour susciter et promouvoir la volonté de participer, sur la base d'un consentement libre et éclairé. C'est aussi un moyen de réduire les rumeurs en permettant à tous les participants d'avoir des informations sur PREVAC, qu'ils souhaitent ou non poursuivre le processus. De manière concrète, la réunion communautaire est une activité qui s'inscrit dans une approche de socialisation du dispositif d'intervention. En pratique, elle cherche à intégrer le mode de fonctionnement naturel de ces différents groupes et organisations sociales afin d'en faire

des cadres de communication autour de l'essai PREVAC. Dès lors, les conseillers communautaires profiteraient des moments de contacts identifiés de ces groupes pour servir de cadre de communication sur le projet PREVAC.

Pour rappel, la cartographie des lieux de sociabilité réalisée par l'équipe de recherche anthropologique a permis d'identifier différents types de groupes et organisations sociales avec un intérêt porté sur leur structuration et leur mode de fonctionnement. Ainsi pour les Sèrés par exemple, des rencontres dites « fin du mois » étaient organisées entre membres pour échanger et discuter de leur quotidien. Pour ce qui est des groupes de jeunes retrouvés souvent dans les bases avec les staffs ou encore les équipes de football ou même dans des associations, des moments de rencontres périodiques étaient organisés par les différents membres. La maîtrise de ce calendrier et du fonctionnement des différentes structures du quartier permettait d'interagir avec ces derniers, tout en gardant un caractère naturel des rapports.

L'organisation des activités autour des cadres naturels de rencontre des structures et organisations sociales a favorisé l'acceptation des interactions tout en soustrayant la question des motivations financières, pratiques observées le plus souvent dans les relations entre les populations et acteurs intervenants (Faye, 2017). Par contre, la mobilisation de certaines ressources (chaises, jus de fruits, eau, sucre, thé, lait, etc.) a été également un élément important dans la réalisation des activités communautaires. Même si elles ne se substituent pas aux pratiques de rétribution, elles permettaient également de socialiser le dispositif en s'appropriant des pratiques locales.



Photo 27: Rencontre communautaire avec un Sèré au quartier Landréah (Conakry) (ALIMA, octobre 2016)

1.2.3.2.2 Sessions d'information au site de vaccination

Il s'agit du second palier du processus d'informations des volontaires à l'essai vaccinal PREVAC. Elle concerne les personnes qui souhaitent, au sortir des rencontres communautaires, avoir davantage des informations dans la perspective d'une éventuelle acceptation à être inclus dans la cohorte vaccinale. Contrairement à la précédente, cette activité est organisée dans le site de vaccination par les conseillers communautaires, mais avec la collaboration des champions chargés d'aider dans la planification et l'accompagnement des participants du fait de leur maîtrise du calendrier d'activités des populations. La visibilité de ces derniers dans cette activité est un gage de confiance pour la participation des membres pressentis. Organisés par groupe de vingt-cinq (25) le plus souvent, les volontaires peuvent appartenir à un même groupe ou venir de différents quartiers. Ils sont accueillis dans la salle prévue à cet effet où un ensemble des ressources logistiques (vidéoprojecteur, boîtes à image, etc.) et de commodités (café, eau de boisson, etc.) est mis à disposition. Cette activité est déroulée par un groupe composé généralement de trois conseillers communautaires et d'un ou de deux médecins.

Toutefois, il est nécessaire de préciser que l'inscription au processus d'information sur PREVAC ne signifie pas forcément une adhérence à l'étude et n'exclut pas un ressenti d'inquiétude, de doute ou d'appréhension négative chez certaines personnes. L'expression de ces doutes traduit une mémoire encore récente de l'épidémie d'Ebola, contexte dans lequel les théories complotistes ont beaucoup circulé au niveau communautaire. En outre, cette situation traduit également le caractère dynamique des perceptions et représentations autour d'Ebola. Ainsi il convient, dans un contexte où la motivation des participants à observer le processus constitue une condition de réussite de l'étude, de prendre en compte ce caractère dynamique et travailler à sa gestion en raison des faiblesses, mais également des contraintes que peut connaître le modèle dans le cadre de sa mise en œuvre.

« Quand j'étais rentré, le thé même qu'elle nous a donné, qu'elle nous a offert moi-même je n'avais pas pris. J'ai refusé de prendre le thé, parce que, parce que je n'avais pas confiance. » **IDI_Participant_inclus_vacciné_Hafia 3_Mai 2017.**

1.2.3.2.3 Visites à domicile pour la pré-inclusion

À l'issue des sessions d'information, des visites à domicile sont organisées par les conseillers communautaires et en collaboration avec les champions, pour les participants inscrits comme bénévoles pour la vaccination. Cette activité consiste à s'entretenir avec le bénévole et sa famille (s'il en exprime le besoin) afin de confirmer son engagement. Elle est réalisée particulièrement pour les femmes qui souhaitent consulter leurs maris à propos de la décision de ne pas tomber enceinte pendant les cinq (5) premiers mois après la prise du vaccin. Elle a aussi pour vocation de faire un rappel des différentes informations reçues, de discuter avec les personnes réticentes au niveau des familles ou qui souhaitent en savoir un peu plus sur PREVAC, mais également de discuter de dispositions réglementaires telles que la question du témoin impartial (pour les participants illettrés) ou encore du représentant légal dans le cadre de l'inclusion des mineurs. Elle permet aussi de planifier avec eux (par le biais des champions) leur disponibilité et leur moment de passage au site de vaccination. Dans la dynamique du projet, ces cadres ont été investis pour mieux discuter avec les volontaires des conditions de participation et exigence du protocole (éviter de tomber enceinte pendant les cinq premiers mois de l'étude, être disposé à respecter les activités

du site, c'est-à-dire les prélèvements et vaccinations à l'occasion des visites de suivi, être disponible dans la zone de l'étude durant une année, etc.).

1.2.3.3 Activités d'acceptance communautaire pour le bénéfice collectif et non celui individuel

L'approche de l'engagement communautaire suppose également une certaine forme de réciprocité dans le cadre des interactions entre les promoteurs de PREVAC et les communautés résidentes des zones d'intervention. En termes plus explicites, les populations ont des problèmes sociaux prioritaires qu'elles aimeraient résoudre. Sous ce rapport, les équipes techniques devraient ainsi s'engager avec elles dans des formes d'accompagnement à la prise en charge de ces problèmes qu'elles identifient. Cette activité consiste à consulter (par le biais d'entretiens individuels ou collectifs) les différents champions engagés et les autorités locales des zones concernées pour identifier les interventions sociales envisagées pour résoudre des problèmes jugés prioritaires par les communautés : par exemple l'assainissement du quartier, l'organisation de tournois football, réparation de ponts, etc. Une fois ces activités identifiées et l'initiative communautaire de leur résolution confirmée, PREVAC contribue par le biais de ses équipes techniques grâce à un appui de diverse nature (financier, logistique, expertise et conseil), sans se substituer à l'initiative citoyenne (pour éviter l'approche de projet). À l'occasion, les champions et les conseillers communautaires profitent pour communiquer sur l'intérêt de l'engagement citoyen dans la conduite de PREVAC.

L'accompagnement par PREVAC de ces initiatives communautaires est en cohérence avec l'esprit du partenariat qui suppose que les promoteurs de l'étude vaccinale s'engagent aussi aux côtés des communautés pour promouvoir l'engagement citoyen. Le fait que ces activités soient coordonnées par les champions contribue à créer une certaine familiarité et une confiance utile pour réaliser des activités communautaires dans un contexte post-Ebola. En outre, ce processus permet également une fidélisation et un renforcement de l'interaction entre les promoteurs de l'étude et la communauté résidant dans les zones d'intervention. La contribution de PREVAC met aussi en pratiques le principe de la redistribution et du bénéfice communautaire : faire bénéficier les communautés des retombées de l'engagement de certains de leurs membres au nom du principe de solidarité sociale.

La mise en valeur de cette forme de compensation collective a été très bien appréciée dans les différents quartiers. Que cela concerne les journées d'assainissement, les activités de formation et de renforcement de capacités des groupes de Séré dans la commune de Dixinn, l'organisation de tournoi de football ou encore l'appui à la réhabilitation du pont de Salifouyah dans la sous-préfecture de Maférinyah, les différentes initiatives appuyées par PREVAC par le canal de son opérateur ALIMA ont permis une socialisation du dispositif PREVAC dans ces différentes zones de mise en œuvre. Cette réponse aux sollicitudes des populations est appréhendée par ces derniers comme une marque de sensibilité des promoteurs de l'essai au vécu des populations. La réponse à ces initiatives qui n'ont rien de médical spécifiquement a permis à PREVAC d'éviter d'être mis sur la liste des acteurs opportunistes qui interagissent avec les communautés sur la base de leurs intérêts ou d'agenda pouvant ne pas correspondre aux attentes des communautés.



Photo 28: Journées d'assainissement organisées dans différents quartiers de la commune de Dixinn (ALIMA, mai 2017)



Photo 29 : Réhabilitation du pont de Salifouyah (Maférinyah) suite à l'appui de PREVAC (Photo 1 l'ancien pont Photo 2 le nouveau pont en cours de construction) (Bocar Diawara Ba, avril 2018)

1.2.3.4 Dialogue, suivi et feedback communautaire

Pour assurer la transparence, la reconnaissance du droit à l'information et à la consultation, il est institué un système de dialogue et feed-back régulier entre les communautés, les champions et les

équipes techniques de PREVAC pour informer sur ce qui se passe dans le site de vaccination (mode de fonctionnement du circuit, difficultés rencontrées) ou dans les communautés (rumeurs, éventuels problèmes familiaux des participants faisant suite à la vaccination). Il s'agit aussi d'assurer un système de partage de l'expérience individuelle et socio-familiale de la vaccination de la part des bénévoles, pour permettre aux autres de se déterminer pour l'inclusion. Ce système doit permettre d'établir le dialogue avec les communautés, expression de la reconnaissance de leurs droits, de leur intelligence et de leurs capacités d'acteurs. Concrètement, il est mis en œuvre à travers trois activités : celles du comité de suivi communautaire, les réunions communautaires de témoignage et les visites à domicile post-vaccination.

1.2.3.4.1 Activités du comité de suivi communautaire

Les « comités de suivi communautaire » (CSS) sont une structure de veille communautaire, composée de personnes locales légitimes/influentes désignées par les communautés (par le biais de consultations populaires facilitées par les anthropologues et les conseillers communautaires) et ne jouant pas forcément le rôle de champions. Il s'agit d'un cadre d'échanges et de gouvernance communautaire dans lequel ses membres jouent un rôle d'interface entre l'étude PREVAC et les communautés, assurent un suivi hebdomadaire des activités, des événements (dans le site de vaccination et en communautés) et des engagements pris par chaque partie ; une veille sociale (remontée de rumeurs et des problèmes pouvant affecter l'essai), une médiation pour la résolution des problèmes posés à l'essai ou leur anticipation.

Concrètement, les CSS sont composés par les représentants des autorités politiques locales (par exemple le représentant du maire), les leaders religieux (membre du conseil islamique), les chefs coutumiers (Taï-Fori), les autorités sanitaires de la localité (le médecin responsable du centre de santé communautaire ou l'infirmier), etc. L'adhésion est basée sur le bénévolat, ne donne pas le statut de salarié et crée des rapports de collaboration. Aussi bien à Landréah qu'à Maférinyah, les différents quartiers faisant partie des zones épacentres sont représentés dans la composition du CSS (en moyenne trois personnes par quartier). Les membres désignés et bénévoles des CSS observent le déroulement de l'essai et font des feedbacks aux communautés, tout en collectant leurs points de vue et critiques. Ces derniers sont par la suite partagés avec les équipes techniques pour la prise de décision d'amélioration. Ils procèdent à une veille dans les quartiers, afin d'identifier les

dynamiques socio-familiales induites par la vaccination (effets secondaires pouvant induire un soulèvement populaire), d'en informer les équipes techniques PREVAC tout en s'impliquant dans la facilitation de leur gestion et résolution. Enfin, les membres des CSS sont chargés, par la veille sociale, d'anticiper toute dynamique conflictuelle dans les localités (non directement liée à PREVAC, mais pouvant avoir des effets négatifs sur son déroulement), d'en informer les équipes techniques et de s'investir dans leur prévention ou résolution.

1.2.3.4.2 Réunions communautaires et témoignage des participants

Après l'enrôlement des participants et leur vaccination (en particulier les premiers), des rencontres organisées par les champions et les CC sont prévues pour partager l'expérience des primo-vaccinés. Ces derniers, lorsqu'ils le souhaitent, racontent aux non-vaccinés, leurs expériences de la vaccination, partagent leurs doutes et satisfactions. Ceci est une occasion de communication basée sur l'expérience afin de répondre aux inquiétudes, questionnements de ceux qui sont toujours dans une période de réflexion ou en attente de confirmation. Ces partages d'expériences se font soit dans le cadre de rencontres spécifiques ou lors des réunions communautaires en prélude à la prise de décision d'être bénévole.

1.2.3.4.3 Visites à domicile post-vaccination

Une autre activité du suivi communautaire (différent du suivi biomédical qui se fait au niveau du site de vaccination) consiste à visiter les participants après leur vaccination, pour s'enquérir de leur situation, de leur ressenti, mais aussi pour identifier les difficultés rencontrées au niveau individuel, socio-familial et d'aider à leur résolution. Cette activité, à l'initiative des conseillers communautaires ou en collaboration avec les champions, peut se faire soit en déplaçant à domicile, soit en appelant au téléphone (selon les préférences des vaccinés). Elle est d'autant plus importante qu'elle consiste finalement en un appui apporté aux bénévoles vaccinés pour faciliter leur vécu au niveau de la famille, leurs interactions avec l'entourage. En usant de l'autorité et de la légitimité des champions, il est possible d'aider les participants à mieux vivre leur expérience post-vaccinale, tout en réduisant les possibilités de stigmatisation ou d'opposition des membres de la famille au respect des rendez-vous de suivi vaccinal.

En définitive, les trois piliers sur lesquels repose la stratégie d'engagement communautaire de PREVAC rappellent l'importance de la reconnaissance préalable des communautés, de leur intelligence, de leurs droits à l'information et de leurs capacités d'acteurs, gage de leur confiance, de leur identification à l'essai et de son appropriation. La stratégie de PREVAC se singularise par la centralité du positionnement des « champions », partenaires véritables artisans de la conduite des activités de communication et de promotion de l'essai, alors que les équipes techniques se contentent du rôle de collaborateurs et d'accompagnateurs. La modélisation de cette stratégie qui se distingue de celle de la mobilisation sociale, est le fruit d'une réflexion empirique basée sur une expérience de recherche-action portée par une équipe d'anthropologues dont nous rendons compte ici du processus et de la démarche.

Dans le cadre de PREVAC, l'analyse des histoires sociales d'Ebola dans les communautés a informé que la pratique d'engagement souhaitée par les communautés ne consiste pas à faire d'elles des bénéficiaires de l'action, des agents qu'on sollicite juste pour exécuter ou accepter une mesure de santé publique (un vaccin, un médicament, une politique, une technique). Elles souhaitent être traitées comme des partenaires et des acteurs réels et intelligents, à qui on reconnaît des capacités de contribution à la réflexion, la définition et la conduite des activités dans le cadre d'une action sociale qui les concerne d'abord au premier chef. Les différents piliers constitutifs de la stratégie d'engagement des communautés dans PREVAC renouvellent son ancrage communautaire, basé sur la reconnaissance et le respect du droit à l'information des populations et de leurs capacités d'acteurs, sur la transparence dans les interactions, leur confiance et responsabilisation à des fins d'appropriation de l'étude vaccinale.

Plus singulièrement, la centralité des « champions » est aussi le meilleur moyen de valoriser les personnes que les communautés apprécient, reconnaissent le plus et de leur restituer les prérogatives dans la conduite de l'action sociale, ce qui peut faciliter leur appropriation de PREVAC. Cette idée du partenariat avec les « champions » est inspirée du cadre théorique de l'action sociale de Weber qui identifie plusieurs types de légitimités dont certaines ne seraient pas liées à un statut porté (légitimité charismatique) et le concept de Outiders cher à Becker (1963). Travailler à engager les communautés à partir des champions qu'elles reconnaissent elles-mêmes est différent de se focaliser seulement et toujours sur des leaders communautaires bénéficiant d'une légitimité statutaire, mais qui sont contestés dans les quartiers. Aussi, l'expérience pratique de ce

modèle discuté dans cette thèse est aussi importante dans la mesure où il est basé sur la construction continue de l'appropriation de PREVAC, grâce à la séquence Plaidoyer-réunions communautaires-sessions d'informations-visites à domicile portée par les champions, en partenariat avec les conseillers communautaires. Cette approche de la communication et de la promotion graduelle construit, au fil des échanges, la maîtrise de l'information transparente, la sollicitation de différents niveaux de consentement (communautaire, familial, individuel) qui facilite le processus de prise de décision.

En résumé, il s'observe dans leurs discours attitudes et pratiques des populations dans les zones de mise en œuvre de l'essai vaccinal PREVAC qu'elles sont devenues beaucoup plus revendicatives sur les conditions et modalités à partir desquelles se définissent leur implication dans l'action publique. Ainsi, avoir une maîtrise de l'information, être consulté et impliqué dans le processus de décision, la transparence dans les différentes formes d'interaction, mais également l'implication des différents ordres de légitimité reconnus devient un ensemble d'exigences des populations. Dès lors, les différentes composantes de l'essai PREVAC ont, dès l'étape de la préparation, été discutées et soumises à l'appréciation des populations. La critique communautaire a également été accentuée sur les catégories d'acteurs à mobiliser au sein même de la communauté pour conduire l'essai vaccinal. Sous ce rapport, le développement d'un ensemble d'activités de mobilisation sociale pour la promotion de l'essai et l'engagement communautaire portée par les légitimités désignées au sein des zones de mise en œuvre de l'essai explique la bonne mise en œuvre de l'essai vaccinal PREVAC qui se décline en une approche innovante d'implication des communautés dans la recherche clinique.

1.3 UNE APPROCHE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE PROMOTRICE DE L'EXPRESSION D'UNE CITOYENNETÉ SANITAIRE

1.3.1 Citoyenneté et attitudes revendicatrices à l'égard des essais vaccinaux pendant l'épidémie

La participation aux activités de recherche, notamment les essais vaccinaux, s'inscrit dans une logique de citoyenneté thérapeutique. Les discussions tenues avec les différentes personnes ayant eu l'expérience des essais vaccinaux permettent de documenter des formes d'engagement plurielles. En outre la question de l'engagement se voit également structurée par les rationalités associées à la participation à l'essai. Des sortis guéris ont par exemple participé à l'essai portant sur une évaluation du plasma de convalescent pour la Maladie à Virus Ebola développée dans le Centre de Traitement Ebola (CTE) de Donka par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (ITM). Dans le discours de ces derniers, le rationnel de la participation est assujetti à un besoin de contribuer à l'essai pour « aider à soigner les patients Ebola qui sont encore dans les CTE ». Cette forme de contribution se met en œuvre dans un contexte où la question du sang tient compte d'une dimension symbolique particulière : « le sang ne se vend pas, le sang c'est la vie, le sang c'est ce qui draine le patrimoine humain ». L'essai est aussi vécu comme une forme d'engagement d'une catégorie, les sortis guéris qui ont fait l'objet d'une stigmatisation et d'étiquetage. Cependant, l'expérience commune de la maladie tend à créer une sorte de lien entre les sortis guéris et les malades qui sont encore au niveau des CTE. À cet effet, ces derniers expriment une nécessité de faire don d'eux-mêmes, ce qui participe également à la reconstruction de leur identité sociale.

Cependant, si les sortis guéris témoignent d'une volonté manifeste de contribuer à la réponse contre l'épidémie en participant aux activités de recherche, ils tiennent toutefois au respect de certains principes relatifs même aux modalités et conditions de cette de participation. Les prélèvements de sang effectués sur eux ne doivent servir autrement qu'à ceux pour quoi ils ont été destinés. Paradoxalement dans ce qui va suivre, les sortis guéris vont se sentir trahi par les promoteurs de ces essais avec la complicité de l'État dans le sens où ils soutiennent que les prélèvements, qui ont été faits sur eux, ont fait l'objet d'exportation et d'autres usages.

« On a l'impression que le gouvernement a bafoué nos droits fondamentaux en exportant ce sang pour des recherches à l'étranger sans nous avoir consultés et sans notre accord ».

IDI_Sorti guéri_Forécariah_Août 2015

Ces frustrations autour de l'essai sur le sang plasma mettent en lumière un enjeu autour de l'autorité de l'État sur le matériel biologique de sa population et son inscription dans la recherche internationale, mais aussi le déficit de communication sur les modalités réelles de l'essai. En d'autres termes, les situations-ci-décrites remettent à jour la question de l'absence de transparence dans les interactions entre les populations et les institutions de recherche et, mais également la grande problématique des agendas cachés. Dans cette perspective, on constate que même les documents tel le consentement qui devraient faire office de mécanisme de protection des participants aux activités de recherche ne suffisent pas dans un contexte de faible implication de l'État. Au demeurant, ces expériences, dans un pays où la corruption a atteint une ampleur démesurée, viennent renchérir sur la balance qui dévalorise le « papier » en Guinée.

1.3.2 S'engager dans l'essai vaccinal PREVAC : des raisons multiformes qui renvoient à la production de citoyenneté renouvelée

L'analyse des motivations de la participation permet de rendre compte des facteurs explicatifs des formes d'engagement citoyen des populations de Dixinn à Conakry et de Maférinyah dans le cadre de l'essai vaccinal PREVAC. De manière concrète, la question des motivations peut être appréhendée à différentes étapes du processus global constitué par l'essai vaccinal. Il s'agit en d'autres termes de l'étape de mobilisation et d'engagement de la communauté conduit dans un contexte post-épidémique, de l'étape d'inclusion des volontaires dans l'essai, mais également de l'étape de suivi de l'étude. Sous ce rapport, un premier constat laisse entrevoir le caractère dynamique de la motivation des populations dans le cadre de la participation à l'essai vaccinal PREVAC. La mobilisation, l'engagement, l'inclusion et l'observance d'un essai vaccinal constituent le produit d'un long processus de communication et d'implication des populations.

1.3.2.1 Un besoin d'expression de la citoyenneté

La mortalité occasionnée par l'épidémie de maladie à virus Ebola ainsi que les potentialités de sa résurgence en Guinée ont conduit certaines personnes à décider de s'engager dans les différents

efforts de lutte contre cette maladie. Autrement dit, l'impact socioculturel, économique, mais également sanitaire de l'épidémie d'Ebola en Guinée a suscité un intérêt pour une certaine partie de la population à s'investir dans toutes formes d'action dans la recherche d'un moyen de lutte contre Ebola. À ce titre, la participation aux essais vaccinaux traduit pour ces derniers une forme de contribution aux efforts de lutte contre la maladie à virus Ebola. Les facteurs de motivation chez ces derniers se mesurent par le sentiment de satisfaction qu'ils entrevoient dans leur participation à la recherche d'un vaccin contre Ebola dont les résultats pourraient être au profit de toute l'humanité. Cette forme de don de soi dans l'optique d'une action humanitaire a conduit ainsi certaines personnes dans les zones de mise en œuvre de PREVAC d'accepter de participer de prendre les candidats vaccins à des fins de recherche.

« Nous même, on a vu lors de l'année 2014 combien de victimes la maladie Ebola a fait dans la Guinée, donc il fallait avoir un vaccin. Donc comme le vaccin là portait sur l'étude de ça, donc c'est ce qui m'a poussé à prendre ce vaccin pour participer à l'étude, connaître la durabilité du vaccin afin que les Guinéens puissent bénéficier du vaccin. »

IDI_participant inclus vacciné_Hafia 2_ Secteur Elhadj Hadrame Sylla_Mai 2017

« J'ai participé pour que ça reste dans l'histoire pour qu'un jour si on met le vaccin sur le marché, je vais dire que j'ai participé à cette étude pour que le vaccin soit mis sur le marché... c'est pour sauver la vie des Guinéens en particulier et du monde entier en général » **IDI_Participant inclus vacciné_Hafia II_Secteur 5_Juin 2017.**

Au-delà, il s'exprime également chez ces volontaires, une forme de citoyenneté sanitaire, traduction de leur contribution à l'intérêt général. L'expression multiforme de la notion de participation, à l'essai PREVAC s'est manifesté par les d'implications diverses des communautés. Ainsi, on peut constater que si certaines personnes participent en se faisant vacciner, d'autres personnes qui n'ont pas pu exprimer leur participation par ce mode (du fait par exemple des critères d'exclusion tel le fait d'avoir déjà été vacciné ou être survivant d'Ebola, être une femme enceinte ou allaitante, etc.) sont vu engager dans les différentes activités de mobilisation communautaire et de promotion de l'essai dans les différentes localités investies pour le recrutement de volontaire. Dans le quartier de Landréah par exemple, le chef de quartier qui a été déjà enrôlé dans le cadre du ring trial a été un des acteurs principaux de l'acceptabilité de l'essai dans son quartier, mais a

également mobilisé ses réseaux en tant que coordonnateur des 22 chefs de quartiers de la commune de Dixinn pour impulser la dynamique au niveau des autres quartiers. En outre, pour en valeur la question de l'exemplarité, ce dernier a motivé les membres de sa propre famille pour figurer dans le lot des premiers participants inclus.

Ce besoin d'expression de la citoyenneté a été également observé du côté de la couche juvénile et des femmes qui sont fortement représentées sur la liste des participants à l'étude. Cependant, même si ce constat paraît plus ou moins paradoxale au regard de l'implication manifeste de ces catégories dans les mobilisations contestataires face au dispositif durant l'épidémie, il s'observe une dynamique contributive de ces derniers qui réarticulent leur position d'avant-gardiste. En d'autres termes, l'implication des jeunes est envisagée comme ils le distinguent dans leur discours comme une forme de prise de rôle sur des questions qui les concernent directement. À ce titre, participer à l'essai PREVAC revêt à leurs yeux la même valeur que la posture qu'ils adoptaient face aux dispositifs de Riposte avec comme dénominateur commun le besoin de garantir la sécurité de sa communauté.

1.3.2.2 Des motivations individuelles diverses

Il importe de préciser que la résurgence d'Ebola en Guinée quelques mois après la déclaration de sa fin a introduit une prise de conscience des populations sur leur vulnérabilité face à cette maladie dont les conséquences politiques, économiques et sociales sont encore observables en Guinée. Même s'il existe encore une certaine résistance chez certaines personnes, la mortalité enregistrée durant la période de l'épidémie a édifié une certaine majorité sur les impacts d'une telle maladie. En outre, la résurgence de l'épidémie décline les limites des mécanismes et des technologies jusque-là disponibles pour répondre à Ebola. En plus la question des autres modes de transmissions d'Ebola, notamment la voie sexuelle avec la résistance du virus dans le sperme de survivant de sexe masculin va conduire les populations à accorder un intérêt aux technologies vaccinales.

La publication des résultats du candidat vaccin rVSV de Merck notamment du fait de l'innocuité observée chez les personnes ayant participé aux différents essais où ce candidat vaccin a été utilisé (vaccination du personnel de première ligne, ring trial, etc.) a conduit une partie de la population à envisager l'intérêt de participer au projet PREVAC dans l'optique de recevoir un candidat vaccin contre Ebola ; même si les objectifs de PREVAC diffèrent ou vont au-delà de ceux des autres

essais, cette situation conduit certaines personnes à exprimer motivation manifeste à être incluses dans la cohorte vaccinale de PREVAC. En outre, l'information véhiculée par certains agents vaccinateurs dans le cadre des essais précédents sur le potentiel d'immunisation contre la maladie à virus Ebola offert par les candidats vaccins est aussi un facteur qui favorise la volonté de participer à l'essai pour d'autres personnes.

Pourtant malgré les éclairages et les précisions sur les objectifs précis du projet PREVAC, la notion d'immunisation reste constante dans le discours et la motivation de certains de nos interlocuteurs. Même s'il est difficile par rapport aux participants de l'essai PREVAC d'identifier le facteur explicatif entre le contexte récent de ventilation de ces informations et les apories ou compréhensions décalées des messages autour de l'essai PREVAC ou même des pratiques décalées de la communication (par les CC), il convient toutefois de considérer qu'il existe une contingence de facteurs ayant conduit à construire chez certains une compréhension de l'essai (avec les vaccins comme forme d'immunisation contre Ebola) qui constitue chez ces derniers une motivation de participation à l'essai vaccinal PREVAC.

« Ça c'est simple, je pense que le jour que la maladie va venir en Guinée moi je serai épargné dedans parce que je sais que j'ai pris le vaccin contre Ebola... ils ont dit quand même une chose, qu'ils sont en train de faire une étude pour voir la durée dans le corps. Ils sont en train de faire ça un et de deux si tu as le vaccin si Ebola vient ça ne peut pas te prendre. Ils ont dit ça » **IDI_Participant inclus vacciné_Hafia II_Secteur 4_Juin 2017.**

Un dernier élément de motivation individuel sur lequel nous allons porter notre analyse porte sur les avantages liés à la participation à l'essai. La participation à l'essai PREVAC permet pour toute personne incluse de bénéficier d'une prise en charge sanitaire, mais également d'une offre de soins pour ses ayants-droits c'est-à-dire cinq (5) enfants de moins de cinq ans à qui le projet offre des soins tout au long de la période de participation du volontaire. En outre, le projet facilite aussi la fréquentation des sites pour les participants en leur octroyant une contribution financière pour combler les frais de transport. L'offre de soins en particulier va se décliner en une opportunité pour les participants ainsi que pour leur ayant droit dans un contexte marqué par un difficile accès aux soins de qualité.

La question d'une offre de soin dans le cadre de la mise en œuvre de PREVAC a été exprimée comme une demande sociale, mais également traduisait une autre forme de garantie de la sécurité des participants à l'étude. La réponse proposée par les promoteurs de l'essai à ce besoin des communautés (prise en charge sanitaire des participants et de cinq ayant-droits) se décline ainsi comme un des éléments ayant beaucoup favorisé la volonté des populations à s'engager dans le projet PREVAC. Ainsi, on constate que même si la participation à l'essai induit l'accès à d'autres formes d'avantages, il s'observe un intérêt particulier autour de l'offre de soin.

« À part ça le fait que quand tu tombes malade tu n'achètes pas les médicaments c'est eux que tu appelles. Au fait ils s'occupent de tout quoi même ces derniers jours-ci, il n'y a pas longtemps que je suis allé extraire mes dents deux de mes dents encore sont gâtées il n'y a pas longtemps que je les ai extraits » **IDI_participant inclus vacciné_Hafia 2_ secteur Elhadj Hadrame Sylla_Mai 2017**

« Ah moi pour moi c'est bon hein parce que ça aide beaucoup, j'ai des petits frères et des petites sœurs qui tombent souvent malades ont n'a pas d'argent pour les amener à l'hôpital. ALIMA PREVAC, nous aide pour ça même moi qui suis assis ici je tombe chaque fois malade ils nous aident pour cela » **IDI_ Participant inclus vacciné _mineur_17 ans _Dixinn gare_Juin 2017.**

Cependant, il importe de préciser que la question du soin est envisagée sur la base d'un ensemble d'éléments qualitatifs qui structurent la satisfaction des populations. En d'autres termes, les populations expriment des attentes spécifiques en matière d'offre de soin. La documentation réalisée dans le cadre de la définition du projet a permis d'avoir une image de l'appréciation de l'offre disponible de manière globale dans les zones de mise en œuvre de l'essai. Elle a ainsi permis d'appréhender les éléments d'appréciation du dispositif sanitaire et de décliner les différentes formes d'attentes des populations. Ainsi, la question de l'accueil, de l'organisation et du fonctionnement des espaces de soins, mais en particulier des formes d'interaction entre soignant-soigné constituent un ensemble d'éléments qui sont susceptibles d'influencer la motivation des populations à se maintenir dans l'essai. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'essai, des plaintes ont souvent été exprimées par les participants en rapport avec :

- ✚ L'insatisfaction par rapport à la prescription médicamenteuse : le fait de recevoir les mêmes médicaments suite à un problème de santé persistant est envisagé comme une limite de l'offre de soin dans le cadre de l'essai PREVAC. Au-delà, cette observation décline un problème sur la communication entre le soignant et le patient sur la prescription médicamenteuse. La documentation produite autour de cette insatisfaction a conduit les médecins à mieux expliquer aux patients les prescriptions médicamenteuses et à apaiser ainsi les frustrations nées de ces situations.

« Maintenant moi je me suis déplacé, ça fait un mois que moi, je me plains de la même maladie et c'est les mêmes produits qu'on me donne et ce n'est pas commode et en plus on te demande de ne pas aller ailleurs pour te faire soigner et tu ne peux pas prendre autres produits... »

IDI_Participant inclus vacciné_Lamandji_Mai 2017.

- ✚ La promptitude dans la prise en charge : elle constitue un des facteurs de démotivation des participants à fréquenter les services d'offre de soin du site de vaccination. La documentation réalisée dans le cadre de la préparation de l'essai a permis de distinguer l'effet de ce facteur sur la désaffection des services de santé publique au détriment des cliniques privées. Sous ce rapport, la question de la promptitude dans la prise en charge du patient était envisagée comme un élément de satisfaction de la demande de soin et un critère de qualité de service.

« La dernière fois que je suis parti là-bas et il y avait beaucoup de gens et j'avais un rendez-vous. C'est le vendredi passé si je disais que j'allais rester là-bas, j'allais rester jusqu'après la prière de 14h donc je suis parti sans faire mes soins »

IDI_Participant inclus vacciné_Homme_31 ans_Hafia Minière2_Mai 2017.

- ✚ La question de la confidentialité : la présence de collègues, en dehors du médecin qui reçoit le participant pour la consultation, ainsi que les discussions faites des fois dans le diagnostic de leur problème de santé entre les médecins sont perçues par certains participants comme une rupture de la confidentialité. Même si ces pratiques semblent normales pour les médecins, la discussion avec d'autres personnes de son problème de santé exprimé dans un échange interpersonnel. En outre, la présence d'un autre médecin en dehors de celui qui

opère la consultation produit une certaine gêne poussant certain participant à ne pas être à l'aise pour exprimer leur problème de santé

« Quand je suis parti, dans le box des médecins il y avait plein de personnes et je pense que quand tu fais une visite c'est entre médecin et patient et qu'il ne doit pas y avoir d'autres personnes. Ça m'a un peu choqué parce que je ne pouvais pas tout dire et même pour la visite j'étais un peu... parce que je ne pouvais pas enlever mon t-shirt devant tous ces gens-là... »

IDI_Participant inclus vacciné_Lamandji_Mai 2017.

1.3.2.3 Effets de la stratégie d'engagement communautaire sur la participation à l'essai PREVAC

Pour rappel, PREVAC est une intervention sociale basée sur la prise en compte des leçons apprises des pratiques de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée. À ce titre, la question des pratiques de communication reste au centre des stratégies et des formes d'interactions entre les promoteurs de l'essai vaccinal et les communautés dans cette nouvelle approche qui promeut la relation de partenariat. Sous ce rapport, la stratégie de communication a été définie en fonction d'une analyse situationnelle permettant de mieux appréhender les besoins d'information des populations afin de mieux adapter les messages. À la suite des activités de plaidoyer organisées à l'endroit des différentes légitimités (classiques et champions), les communautés à la base ont été invitées à participer aux rencontres organisées dans les quartiers pour avoir une idée sur le projet PREVAC. Les informations sommaires sur le projet reçues par l'entremise de ces différents acteurs communautaires ont induit un certain intérêt pour les populations à assister aux rencontres communautaires afin d'être mieux informés sur le projet. Le cadre d'échange que constituait également cette activité a été un des éléments ayant motivé certaines personnes interrogées à venir assister aux rencontres communautaires afin d'exprimer leur opinion, poser des questions et inquiétudes auprès des promoteurs du projet.

« Parce que je voulais connaître aussi les informations qui seront partagées là-bas et participer à leurs discussions et décisions » **IDI_Participant inclus vacciné_Homme_31ans_Hafia Minière 2_Mai 2017.**

Dans la suite du processus d'information, les volontaires bénéficiaient de cadres spécifiques pour leur assurer une complétude de l'information sur le projet. Il importe de rappeler ici que les rencontres communautaires constituent la première occasion de discuter avec les populations d'un projet d'essai vaccinal sur Ebola. Ainsi, l'option d'une communication séquencée accordait un certain crédit pour les gens intéressés par le projet d'assister à ces activités pour avoir accès à une information beaucoup plus complète sur le projet afin de se déterminer à participer ou non. Dès lors, l'assistance des volontaires aux sessions d'information organisées sur les sites de vaccination traduisait un besoin d'éclaircissement, sur des questions non comprises pendant la rencontre communautaire et de complément d'information sur PREVAC. L'engouement des populations dans la participation à ces différentes activités de communication sur l'essai exprimait un intérêt manifeste de ces derniers sur l'essai vaccinal.

« Quand on a parlé entre nous, quand ces gens-là sont partis, il y avait des gens qui n'avaient pas bien saisi et j'ai dit donc pour qu'il y ait la compréhension, il faut passer à leur site là-bas parce qu'ils nous avaient parlé de la projection vidéo quoi ?... C'est ça aussi qui nous a motivé d'aller voir la réalité et en même temps l'installation de leur site aussi parce que si tu viens dans un lieu pour seulement faire le faux, dès que tu rentres quelque part là tu comprendras que ces gens-là ne sont pas sérieux, mais de l'accueil et tout ça là dès que tu rentres tu trouves que c'est sérieux » **IDI_Participant inclus vacciné_Homme_38ans_Hamdallaye_Juin 2017**

« Moi, je suis parti là-bas pour m'assurer des informations qu'ils ont partagées aux rencontres et celles de la séance info, parce qu'ils ont dit qu'ils vont prendre les gens en charge ; c'était pour savoir » **IDI_Participant inclus vacciné_Femme_26 ans_Landréah_Mai 2017.**

On constate que la définition de ce processus d'information du volontaire répondait à la reconnaissance et le respect du droit à l'information et du caractère libre de la participation. La conformité du discours dans les différentes activités de communication développées par les conseillers communautaires (rencontre communautaire et séances d'information) et les informations partagées par les médecins au cours de l'entretien avant la signature du consentement favorise une relation de confiance entre les volontaires et les promoteurs de l'essai. En outre la

valeur accordée au partage de l'information avec les différents cadres initiés ainsi que la possibilité pour le volontaire d'exprimer ces inquiétudes et d'avoir des réponses à son questionnement a été très apprécié par nos interlocuteurs et a renforcé leur volonté à signer le formulaire de consentement en signe de leur accord à être inclus à l'essai après avoir pris connaissance des différents éléments dont ils avaient besoin pour se déterminer. De manière globale, les populations volontaires à participer à l'essai tiennent compte des éléments suivant :

La possibilité du retrait de consentement si la personne n'est plus en mesure d'observer les exigences du protocole ou qu'il n'ait plus la volonté de continuer à participer à l'étude pour une raison qui lui sied. Le partage de cette information permet de réaffirmer le caractère libre et volontaire de la participation et permet de décliner l'absence de coercition dans l'observance de l'essai même après l'inclusion ou la prise du vaccin.

« Il y avait là la possibilité de se retirer de l'étude quand tu veux, donc la porte n'est pas fermée... C'est cette porte de sortie qui dit quand tu veux quitter l'étude tu peux quitter et surtout que ça (vaccin) n'aura pas d'autres impacts sur ta santé, ça aussi c'est un facteur.... Ils ont dit aussi que tu ne vas pas perdre tes prérogatives, les privilèges que tu gagnes ici sur la prise en charge sanitaire. Si tu te retires de l'étude par exemple, tu peux aller pour les consultations au niveau de leur site là-bas, mais par exemple on ne va plus t'inviter pour faire le prélèvement ou encore bénéficier du prix de transport... » **IDI_Participant inclus vacciné_Homme_31ans_Hafia Minière 2_Juin 2017.**

L'assurance par les médecins de l'innocuité des candidats vaccins utilisés dans le cadre de l'étude. Ce discours est soutenu par un argumentaire autour d'une procédure contrôlée par les organes de l'État guinéen pour s'assurer du respect des différentes normes de mise en œuvre du projet d'essai vaccinal. En outre la présence en majorité des staffs locaux dans les équipes techniques de l'essai a été également un des éléments ayant favorisé l'adhésion des populations l'essai. Les conseillers communautaires qui étaient recrutés sur la base de leur ancrage communautaire dans les zones d'intervention, mais également des autres staffs (médecins, infirmiers, etc.) qui résidaient même pour certaines dans les zones de recrutement favorisaient une acceptabilité sociale de l'essai.

« Comment j'ai su que ce ne sont pas des malhonnêtes parce que déjà d'abord il y a des Peuls là-bas, des soussous, des Malinkés, il y a tout là-bas qui est guinéen. Est-ce que

maintenant nous pouvons les laisser nous faire du mal ? » **IDI_participant inclus vacciné_Hafia 2_ secteur Elhadj Hadrame Sylla_Mai 2017**

La mobilisation des catégories d'acteurs se distinguant par une légitimité reconnue dans la conduite des activités de promotion de l'essai vaccinal et d'engagement des communautés a été également considérée comme et un respect de la volonté des communautés. Cela s'est décliné la forte motivation des communautés à s'inscrire dans le processus de l'essai PREVAC. Il convient de préciser que l'implication des champions ne s'est pas seulement limitée à la promotion et à l'engagement des populations dans l'essai. La décision des champions, identifiés dans les différentes zones de mise en œuvre de l'essai, de prendre les premières doses de vaccins dans le cadre de l'essai a été vécue comme une autre forme d'expression de l'exemplarité et de la mise en confiance des communautés. Il importe de rappeler ici que la stratégie d'engagement des communautés promu dans le cadre de l'essai PREVAC tient le pari de faire des communautés, des acteurs du processus et non seulement des bénéficiaires d'intervention. À ce titre, les champions sont considérés d'une certaine manière comme les intermédiaires entre les promoteurs de l'essai et les populations. L'idéal de la stratégie est faire de ces acteurs les porteurs du projet auprès des populations. L'engagement multiforme des champions dans la conduite des activités de mobilisation et d'engagement des communautés, mais également l'exemplarité avec la prise des premiers vaccins a été un des éléments ayant reconforter ou susciter l'engouement des populations dans l'essai PREVAC

« On sait que D. S. (staff du projet résident un quartier de la zone d'étude) ne peut pas nous mettre dans les mauvaises choses c'est pourquoi j'ai participé » **IDI_participant inclus vacciné_Homme _âge 29 ans_Landréah_Mai 2017.**



Photo 30 : Prélèvement du premier participant volontaire à l'essai PREVAC (guinéematin.com, avril 2017)

Cependant pour certaines catégories de volontaires, il aura fallu attendre l'expérience positive des primo-participants pour se décider de participer à l'étude. Malgré le désir de s'engager dans l'essai vaccinal, la maladie sur laquelle il s'intéresse porte le marqueur d'événements difficiles récents. Cette situation favorise une certaine peur ou une angoisse chez certaines personnes qui peinent à se décider. Toutefois, les expériences positives des premières personnes incluses dans l'essai avec l'absence d'observation d'effets indésirables graves et d'impact sur leur santé ont été un des éléments qui vont favoriser un engouement communautaire à l'inclusion.

Par contre si les différents éléments décrits ci-dessus ont produit une adhésion des populations dans l'essai PREVAC, il importe de s'intéresser aux éléments qui favorisent l'observance de l'essai. Il convient de préciser que l'essai vaccinal PREVAC est une étude où les volontaires inclus s'engagent à rester dans un processus établi sur une période minimum d'une année. Au cours de cette période, le participant est invité à se présenter sur le site de vaccination entre huit (8) à neuf (9) fois selon une fréquence qui lui est partagée avant même son inclusion. Depuis le mois de mars 2018, on assiste à la sortie de suivi de la première cohorte de l'étude.

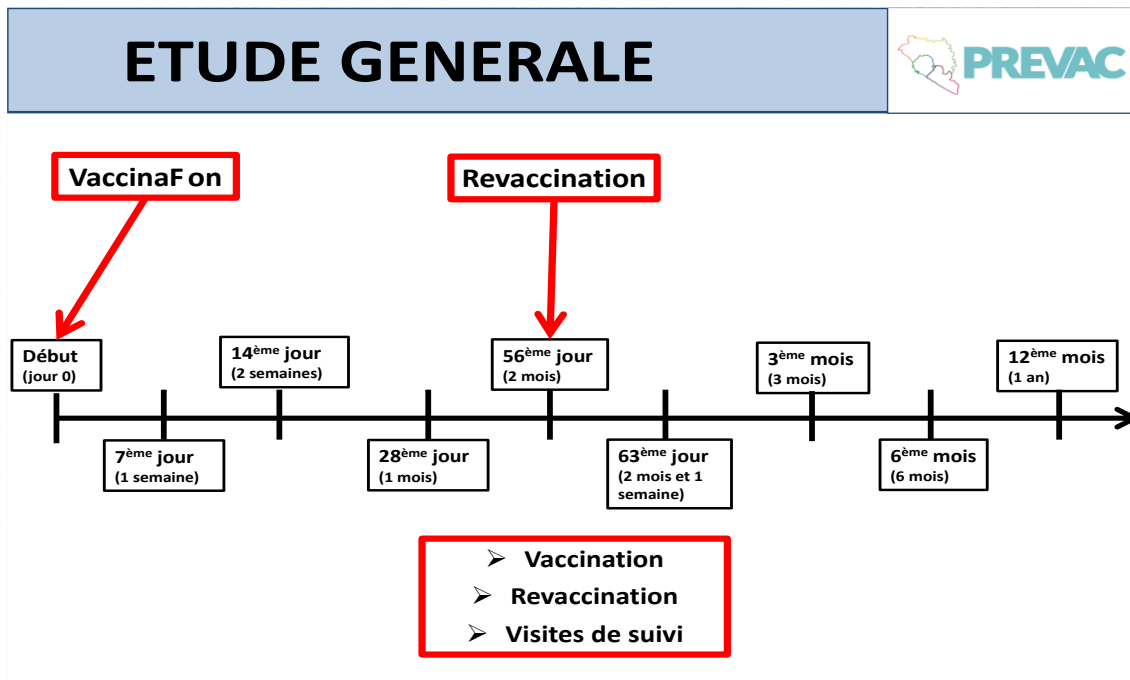


Figure 20 : Schéma récapitulatif des différentes visites (Bande dessinée essai vaccinal PREVAC, Mars 2017)

Les discussions réalisées avec ces participants en fin de suivi, c’est à dire qui a abouti à la période des 12 mois de suivi permet d’identifier un certain nombre de facteurs explicatifs du maintien des participants dans l’essai vaccinal. La question de l’approche relationnelle et le comportement des équipes techniques et médicales au moment et après la vaccination sont un des facteurs les plus cités par les participants. Il importe de rappeler que si la gouvernance de l’essai vaccinal PREVAC a été basée sur la capitalisation des expériences de la gouvernance de l’épidémie d’Ebola, un autre niveau de préparation de l’essai a également concerné une analyse situationnelle sur les comportements de recours aux soins des populations dans les zones de mise en œuvre de l’essai. Ces activités de recherche menées par l’équipe d’anthropologues ont permis d’adapter le site de vaccination aux attentes des populations en matière d’accueil, d’orientation, mais particulièrement sur la relation soignant-soigné.

« L’accueil peut traiter un malade à 25 % avant même la prise des produits prescrits par le médecin » **IDI_ Jeune homme_Soussou_Maire Daouda_Maférinyah_Juillet 2017**

Les populations ont prêté une attention particulière à ce qu'elles considèrent comme un « bon docteur » qui dans leur logique n'est pas lié seulement aux qualités techniques intrinsèques au professionnel de santé, mais de ses compétences transculturelles et de sa capacité à apporter une assistance au patient. Même si nous précisons que les participants à l'essai PREVAC sont des personnes saines, il importe d'indiquer que les interactions qu'ils doivent entretenir avec les équipes techniques et médicales dans les sites de vaccination nécessitent la prise en compte de ces aspects. La mise en pratique des recommandations issues de ces analyses des attentes des populations a produit une appréciation positive du vécu du circuit par les différents participants. Comparativement à leur vécu dans les structures de santé publique, les participants à l'essai vaccinal PREVAC ont beaucoup apprécié la qualité de l'accueil et le dispositif d'orientation et d'accompagnement instauré au niveau du site de vaccination.

Néanmoins, il importe également de souligner que les populations ont été beaucoup regardant sur le respect des engagements de la part des promoteurs de l'essai PREVAC. Ainsi, que cela soit en rapport avec la concordance des différents messages reçus à différentes échelles du processus d'information, les promesses tenues, les équipes techniques de l'essai PREVAC ont entretenu avec les populations des relations structurées sur la mise en confiance à travers la transparence et la culture de la confiance. Dès lors le respect effectif de ces engagements a été un élément favorisant l'observance de l'essai vaccinal par les participants. Par contre, l'absence de respect des engagements pouvant s'observer à la suite de promesses non tenues ou bien à des communications décalées en rapport avec les engagements de l'essai peuvent être fatale à sa bonne mise en œuvre.

Au courant du mois de mars 2018, une analyse de l'offre de soins accordée aux participants et à leurs ayant-droits dans le cadre de l'étude PREVAC en Guinée a conduit à réfléchir à des mécanismes pouvant permettre sa continuité. En d'autres termes, il s'agissait de continuer à faire bénéficier les différents participants de l'étude et leurs ayant-droits de l'offre de soins et ceci jusqu'à la fin du suivi du dernier participant inclus de l'étude. Il convient de rappeler que l'engagement initial sur la question de l'offre de soins était établi sur une durée d'une année pour chaque participant et ses ayant-droits. Cependant, l'expression d'une demande des participants de rester dans l'offre de soins a été remontée au niveau aux promoteurs qui en ont donné une suite favorable. Il convient à ce titre de préciser que la volonté des participants de se maintenir dans le circuit de PREVAC est liée à la qualité perçue de l'offre de soins : l'accueil, l'orientation,

l'accompagnement, l'humanisation des rapports soignant-soigné et surtout les difficultés d'accès aux soins dans les structures privées et publiques sont autant de facteurs sur lesquels s'articule l'appréciation des bénéficiaires.

Une analyse du coût de cette offre de soin a donc permis de constater son impact mineur sur le budget global de l'étude et d'envisager sa continuité pour tous les participants jusqu'à la dernière visite de la dernière personne incluse dans le projet. Au-delà, cette décision était envisagée également comme une anticipation à une mécompréhension au niveau communautaire du fait que le site soit encore opérationnel et que les participants en fin de suivi ne puissent plus bénéficier de l'offre de soins. Ainsi, il a donc été demandé aux équipes de mobilisation communautaire et aux médecins sur le site de partager l'information sur la continuité de l'offre de soin jusqu'à la fin de l'étude. Par contre, suite à une contrainte budgétaire connue par les promoteurs de l'essai, il a été de l'arrêt la continuité de l'offre de soins pour les participants ayant atteint les 12 mois de suivi. Mieux, il est demandé aux équipes de mobilisation communautaire et aux médecins d'informer à nouveau aux participants de l'arrêt de l'offre de soins pour tout participant ayant déjà effectué sa visite de M12.

Cependant, l'annonce de cette information a remis à jour un ensemble d'attitudes contestataires de la part des participants à l'étude. Dans les différents discours, les participants réclament une continuité de l'offre de soins qui est selon eux, un engagement des promoteurs de l'essai vis-à-vis d'eux. Même si ces derniers sont conscients des engagements initiaux qui établissaient l'offre de soins sur la durée d'une année, le fait d'avoir partagé une information sur la continuité de l'offre de soins jusqu'à la fin de l'étude et plus tard son arrêt est scandé par les participants comme une rupture d'un engagement. Ces derniers n'hésitent pas à parler de « trahison » de la part de ALIMA qui ne respecte pas ses engagements envers eux alors qu'ils ont de leur part respecté tous les engagements pris dans le cadre de leur participation à l'essai en observant les différentes visites de l'étude. À la suite de l'expression de leur désaccord face à l'arrêt de l'offre de soins, des différentes menaces de démobilisation des communautés, de non observance des activités de suivi, de retrait de consentement ont entre autres été proférées par les participants. Les champions se sont beaucoup impliqués dans cette revendication. Dans le quartier de Landréah par exemple, un champion a recensé les contacts des différents participants en fin de suivi et leur a demandé de le

contacter en cas de refus de prise en charge sur le site de vaccination. Cet exemple que nous venons de décrire témoigne encore du processus dynamique de l'engagement communautaire.

CONCLUSION PARTIELLE

En définitive, cette troisième et dernière partie de notre thèse nous a permis de faire une analyse et une interprétation des différentes données collectées dans le cadre de notre recherche en les mettant en perspective des questions de recherche adressées dans notre problématique. Cette partie a été donc répartie en trois grands points reprenant les différents facteurs que nous avons identifiés dans l'optique de répondre à notre problématique de recherche. De manière globale, les analyses permettent de retenir un certain nombre de résultats qu'il nous semble important de rappeler ici de manière brève.

L'histoire sociopolitique de la Guinée est marquée par un ensemble de conflits intercommunautaires. Même si elles s'observent sur des formes ou des terrains divers allant du religieux au politique, les tensions entre les communautés en Guinée restent particulièrement déterminées par les clivages ethniques. En effet, que ce soit au niveau de la Guinée Forestière où les tensions ont un caractère culturel et opposent les communautés autochtones constituées par les Forestiers (Guerzé, Toma, Kissi, etc.) et allochtones (Peul, Malinké, Konianké) ou en Basse-Guinée où elles prennent plutôt des formes politiques opposant les communautés des élites politiques dans la lutte pour le pouvoir, il s'observe en Guinée, et au cours des différents régimes connus par le pays, une omniprésence de la question de l'ethnicité dans la vie politique du pays. L'instrumentalisation de la question par les élites politiques va conduire à une cristallisation des tensions et favoriser un climat de méfiance entre les différents groupes ethniques en Guinée.

Cette crise de la confiance s'est d'ailleurs manifestée au cours de l'épidémie d'Ebola. En effet, dans les différents discours, attitudes ou pratiques de défiance entretenue par les populations à l'endroit des équipes de la Riposte, il se distingue une absence de confiance qui favorise un ensemble de rapports conflictuels. Que ce soit dans les étiologies diverses de l'épidémie qui sont l'œuvre de Président dans sa volonté d'avoir un second mandat ou de sanctionner des communautés qui ne seraient pas favorables à sa réélection, les humanitaires étrangers taxés d'être à la base d'une entreprise de trafic d'organes bien même au niveau familial ou l'épidémie traduite des formes sanctions consécutives à une infortune, Ebola exprime un ensemble conflits latents que l'épidémie permet d'exprimer. Autrement dit, même si elle constitue un problème de santé pour les acteurs, l'épidémie renvoie en Guinée à un ensemble d'antagonisme et d'opposition, mais

également d'opportunités diverses permettant une situation de critique sociale profonde et des espaces de liminalité¹¹². Cette situation spécifique de la Guinée assujettie, une trajectoire de violence structurelle décline un environnement favorable à l'émergence d'une épidémie.

Le développement d'une épidémie dans un tel contexte décline dès lors un ensemble de défis auxquels doivent faire face les différents acteurs. D'ailleurs les atermoiements de l'État et de ses différents partenaires autour de la déclaration et de la gestion de l'épidémie conduisent les populations à développer un ensemble de discours autour des événements qui se produisent en Guinée-Forestière. Si la transition entre « la maladie mystérieuse » qui faisait des cas de décès successif au sein des familles vers une épidémie d'Ebola semble être un jeu de remplace de terminologie, la situation va devenir beaucoup plus complexe au niveau communautaire. Le dispositif regroupant dès lors les différentes catégories d'acteurs positionnés à différentes échelles de la gouvernance va avoir comme vis-à-vis les réactions communautaires qui vont se dresser en un obstacle de taille en dépit de la crise de confiance qui existe déjà entre les populations et les pouvoirs publics.

En outre, la gouvernance d'Ebola en Guinée à travers une transplantation de technologies implémentées de manière mécanique sans prise en compte des réalités socioculturelles des zones endémiques favorisent un ensemble d'attitudes de rejet de ces outils qui remettent en cause un ensemble de réalités et de pratiques communautaires (gestion des malades, gestions de la mort, forme de sociabilité, etc.). Pour finir, le fait pour le dispositif de considérer les populations comme des réceptacles d'intervention et donc absent de tous les cadres de gestion de l'épidémie conduit ces dernières à développer des formes multiples d'engagement citoyen. Les analyses critiques

¹¹² La liminalité se présente comme le champ de la pure possibilité, elle est le trait qui signale une situation sociale prête à accueillir des retournements radicaux des structures présentes, où les composantes du système culturel avec ses symboles subissent une sorte de déconstruction-recomposition ludique opérée par les êtres liminaux, sujets qui refusent le principe d'identité, leur caractère primaire étant la métamorphose. Ce concept développé par Victor Turner dans sa théorie anthropologique a été emprunté chez Van Gennep dans son ouvrage *Les rites de passage* (1909). Teodoro Patera, « Liminalité et performance : de l'anthropologie de Victor Turner aux *Folies Tristan* », *Perspectives médiévales* [En ligne], 35 | 2014, mis en ligne le 01 janvier 2014, consulté le 21 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/peme/5025> ; DOI : 10.4000/peme.5025

faites autour de ces différentes technologies, mais également la description des différents manquements des pratiques de communication ont permis de distinguer les différents effets des modes de gouvernance de l'épidémie sur les réactions communautaires.

Le prolongement de ces attitudes et discours dans un contexte post-épidémique ont d'ailleurs remis à jour les limites des dispositifs de gestion de l'épidémie. En témoignent d'ailleurs les faibles capacités de gestion du contexte post-épidémique marquée par le développement des technologies vaccinales. En considérant l'épidémie d'Ebola comme une action publique, on constate un ensemble d'éléments interne à sa conception qui constitue les germes de son propre échec. D'ailleurs, a critique sociale forte qu'exprime les réactions communautaires traduites une approche de gouvernance souhaitée par les communautés. C'est en se basant d'ailleurs sur les leçons apprises des modes de gouvernance de cette épidémie que l'essai vaccinal PREVAC a choisi de définir sa gouvernance à partir d'une approche privilégiant le partenariat communautaire. Autrement dit, les différentes communautés concernées par l'essai ont été associées aux différentes étapes du processus de définition, de la modélisation et de la mise en œuvre de l'essai vaccinale et prenne même des rôles dans le dispositif. Cependant si des formes d'engagements positifs ont été favorisées par l'approche développée par les communautés, l'expérience de l'épidémie d'Ebola et de sa gestion a développé chez les populations une nouvelle conscience critique et de contrôle, mais également un besoin d'une nouvelle manière d'engager les communautés de la part des dispositifs techniques.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Peu de personnes s’imaginaient en mars 2014 que la Guinée, un pays classé à la 191^e place sur 196 pays sur le tableau des indicateurs de développement humain, allait être l’épicentre de la plus importante épidémie d’Ebola de l’histoire. Cette maladie « mystérieuse » dont on s’interroge encore sur ses origines et les moyens par lesquels elle s’est développée en Guinée va en quelques mois se constituer en une menace pour la paix et la sécurité à l’échelle internationale. Appartenant à la famille des filovirus, Ebola est classée au niveau 4 sur l’échelle des agents biologiques pathogènes. Il se distingue dès lors par l’importance de son potentiel de contagion, mais également de sa létalité. Même si l’Afrique en particulier enregistre des cas de flambées épidémiques depuis 1976, l’épidémie dite de 2014 va se distinguer par son développement dans les grands centres urbains qui, en raison des flux importants des populations, fait passer à échelle l’épidémie qui dévient un problème de santé publique. En outre, Ebola se développe en 2014 dans un espace géographique où il est peu connu des populations, mais également du système de santé.

Ces différents éléments qui caractérisent la nouvelle épidémie vont conduire les acteurs à différentes échelles à organiser un ensemble d’action pour répondre à cette épidémie. À ce titre, les gouvernements des pays les plus touchés vont recevoir l’appui des différentes institutions et organisation de la communauté internationale, mais également l’appui de la société civile locale et internationale pour faire face à cette épidémie qui se développe dans des pays déjà submergés dans les difficultés économiques. Ainsi, l’appel à assistance lancé par les trois pays de la Mano Rivers (Guinée, Libéria et Sierra Leone) va conduire à la mobilisation d’un ensemble d’acteurs humanitaires, mais également à l’importation d’un paquet de technologies qui ont déjà été expérimentées dans le cadre d’épidémie antérieure d’Ebola.

L’organisation de la lutte se configure dès lors en fonction des compétences des différents acteurs. L’OMS se positionne dans la coordination des interventions à travers un encadrement technique et un soutien opérationnel aux gouvernements des pays et les différents partenaires, mais également dans les activités de surveillance épidémiologique. L’organisation médicale internationale MSF installe des CTE et organise la prise en charge des malades et ainsi que la formation des professionnels de santé sur les protocoles biosécuritaires. La Croix-Rouge va s’impliquer dans la gestion des enterrements et le transport des malades vers les CTE. L’UNICEF

quant à elle va s'intéresser aux activités de communication, mobilisation sociale et d'engagement des communautés, ainsi que la distribution des kits d'hygiène en appui aux activités de prévention contre l'infection à l'épidémie. Dans la dynamique de l'épidémie, on va assister au repositionnement des États dans l'organisation et la conduite des actions de lutte. En Guinée par exemple, une cellule de coordination sera mise en place sur décret présidentiel pour coordonner les différentes interventions des partenaires.

Cependant, malgré l'implication des différents acteurs et le déploiement des technologies, le dispositif de gestion de l'épidémie d'Ebola en Guinée reste confronté aux réactions communautaires. Dans différentes localités de la région Forestière où commence l'épidémie, les populations expriment des discours, attitudes et comportements de rejet des différentes interventions proposées afin de lutter contre l'épidémie qui se distingue par une mortalité importante. Cette situation est dès lors caractérisée par le dispositif comme de la « réticence », c'est-à-dire un refus de se soumettre aux protocoles de gestion de l'épidémie. À ce titre, un ensemble de stratégie vont être introduite afin de conduire les populations à coopérer pour la mise en œuvre des interventions. Si les stratégies passives consistent à l'implication des sciences sociales pour apaiser les tensions entre les communautés et les équipes d'humanitaires, le gouvernement va suite à la recrudescence des résistances communautaires passer à des stratégies violentes avec la militarisation de la lutte.

Même s'il importe de rappeler que la question des réactions communautaires face à la maladie à virus Ebola et les technologies de sa gestion ne sont pas l'apanage des populations de la Guinée, l'importance et l'ampleur des discours, attitudes comportements des populations vont faire de l'épidémie de 2014, une situation inédite. À partir du second semestre de l'année 2014, avec la transition épidémiologie ayant produit le déplacement des foyers de contamination de la Guinée-Forestière vers la Basse-Guinée, il s'observe une reproduction des mêmes réactions communautaires malgré le transfert du dispositif qui a réussi à contrôler l'épidémie dans la partie Sud du pays. Ces différentes situations paradoxales nous ont conduit à développer un projet de recherche autour des différents événements qui se produisent en Guinée.

Cette thèse de recherche visait donc à interroger les différents facteurs pouvant permettre de comprendre et d'expliquer les formes d'engagements citoyens multiples et particuliers qui ont été

observées chez les populations en Guinée face à la Maladie à Virus Ebola (MVE) et aux technologies de sa gouvernance contrairement aux autres pays (Libéria, Sierra Leone) qui expérimentent l'épidémie au même titre que la Guinée. L'analyse et l'interprétation des différentes données collectées montrent que les réactions communautaires traduisent des formes d'engagement des populations face aux pratiques de gouvernance de l'épidémie. C'est à ce titre que nous avons formulé la question suivante : **qu'est-ce qui explique les engagements citoyens multiformes qui s'observent chez les populations en République de Guinée durant la période de l'épidémie ?**

Dans cette perspective, la revue de la littérature associée à nos enquêtes exploratoires nous a conduits à identifier des pistes de recherche spécifiques pour notre thèse de recherche. Ainsi, nous avons articulé notre étude à partir de deux axes : l'analyse des contextes sociopolitiques et ethno-culturels des localités concernées par l'épidémie en Guinée mais également les modes de gouvernance de l'épidémie. Cette lecture tient d'une approche d'anthropologie symétrique qui tient à apprécier autant du niveau des cadres où elle est mise en œuvre, mais également les dispositifs qui les portent, les différentes formes de production de l'action publique. Sous ce rapport, nous avons formulé une hypothèse de recherche articulée comme suit : **les modes de gouvernance de l'épidémie et les contextes socio-politiques et historiques ont eu une influence sur les réactions communautaires qui ont ainsi produit un engagement citoyen, engagement citoyen qui à son tour a conduit à modifier les pratiques de gouvernance de l'épidémie et de l'action publique en République de Guinée de manière générale.**

Les résultats de nos recherches montrent que les épidémies deviennent un espace de gouvernance où les acteurs du monde biomédical ne sont pas les seuls capables de produire des actions de lutte. En d'autres termes, il s'est avéré que les populations sont productrices de dynamiques contributives et peuvent être des acteurs effectifs de la réponse aux épidémies. En outre, la gouvernance des épidémies à partir de modèles voyageurs, c'est-à-dire un ensemble de politiques ou de protocoles d'intervention façonnés à partir d'expériences antérieures et dans des zones géographiques distinctes, appliqués de manière mécanique dans de nouveaux espaces est toujours confrontée à ce que Jean Pierre Olivier de Sardan appelle la revanche des contextes. Autrement dit, la transplantation de ressources (humaines, financières et technologiques) standardisées dans le cadre de la réponse aux épidémies, appliquée de manière mécanique sans prise en compte des

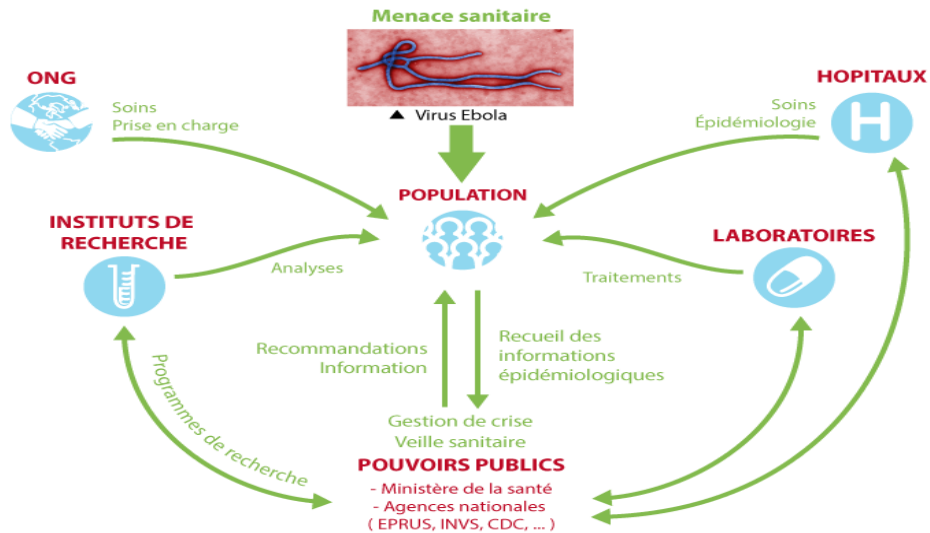
contextes spécifiques des zones où se conduit l'action publique, rend contre-productives les différentes interventions développées par les acteurs. L'exemple des échecs connu par le dispositif mis en place en Guinée par les différents acteurs humanitaires locaux et internationaux pour gérer l'épidémie d'Ebola décline tout l'enjeu des contextes d'intervention.

Ce résultat qu'exprime notre thèse apparaît comme une problématique beaucoup plus complexe qui traduit un problème paradigmatique de la santé publique qui semble être recroquevillée sur une preparedness limitée aux aspects techniques et médicaux dans la réponse aux urgences de santé publique et en particulier aux épidémies. Elle décline à ce titre une gouvernance basée sur des modèles caractérisés par une standardisation de ces mécanismes (coordination, prise en charge, sécurité, communication). Or la nécessité d'une dynamique paradigmatique devient de plus en plus nécessaire en vue de faire évoluer les modes de gouvernance des épidémies et de les rendre beaucoup plus efficaces.

❖ **La Riposte, un gouvernement d'Ebola et non une gouvernance de l'épidémie**

Le modèle actuel de la gestion des épidémies fait des communautés le problème à gérer par des acteurs répartis à différentes échelles. Cette place qu'elle préfigure pour la population dans gestion des crises sanitaires décline la non reconnaissance des capacités d'acteurs pour cette catégorie. Comme on peut l'observer dans le graphique ci-dessous, les populations sont considérées comme le réceptacle des problèmes de santé et dans la même logique sont construites comme la cible de l'ensemble des interventions ayant pour objectif de résoudre les situations qu'elles expérimentent. En résumé, il s'observe que tout est fait pour les populations, sur les populations, mais sans les populations.

LA GESTION DES CRISES SANITAIRES



Un modèle dynamique de l'action publique mettrait plutôt le problème de santé au centre de l'action et ferait remonter les populations au même niveau que les acteurs et leur reconnaîtrait leur capacité d'ingénierie sociale et de contribution. La lecture critique faite autour des modes de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée permet de distinguer facteurs internes de cette approche qui explique ces différentes productions traduites par les réactions communautaires. Les différents constats, analyses et interprétations faites des données collectées nous permettent donc de confirmer notre hypothèse qui établissait, un lien entre les modes de gouvernance de l'épidémie et les formes d'engagements citoyens face aux activités et technologies de la Riposte.

L'analyse des contextes sociopolitiques et ethno-culturels des zones concernées par l'épidémie qui constituait une variable secondaire de notre hypothèse de recherche nous a permis de mieux mettre en exergue la notion de modèle, qui renvoi ici à des mécanismes préfabriqués, et qui appliqué sans processus d'adaptation ou d'accommodation aux spécificités des espaces où ils sont mis en œuvre. Ces différents résultats nous permettent donc de confirmer nos différentes hypothèses secondaires. En dehors de mettre en exergue la dimension relative des problématiques sanitaires, les résultats de notre recherche déclinent un ensemble de défis auxquels fait face le monde de la santé publique et remet en cause les approches globales développées à partir du concept de global health.

❖ **Sortir des réponses classiques aux problématiques de santé : les populations, acteur central dans l'action publique**



Une nouvelle approche de gouvernance dans la santé publique a été expérimentée en Guinée dans le cadre de la mise en œuvre de l'essai PREVAC. L'analyse des histoires sociales d'Ebola dans les communautés a informé que la pratique d'engagement souhaitée par les communautés ne consiste pas à faire d'elles des bénéficiaires d'intervention, des agents qu'on sollicite juste pour exécuter ou accepter une mesure de santé publique (un vaccin, un médicament, une politique, une technique). Elles souhaitent être traitées comme des partenaires et des acteurs réels et intelligents, à qui on reconnaît des capacités de contribution à la réflexion, la définition et la conduite des activités dans le cadre d'une action sociale qui les concerne d'abord au premier chef. Les différents piliers constitutifs de la stratégie d'engagement des communautés dans PREVAC renouvellent son ancrage communautaire, basé sur la reconnaissance et le respect du droit à l'information des

populations et de leurs capacités d'acteurs, sur la transparence dans les interactions, leur confiance et responsabilisation à des fins d'appropriation de l'étude vaccinale.

Plus singulièrement, la centralité des « champions » a aussi été le meilleur moyen de valoriser les personnes que les populations apprécient, reconnaissent le plus et de leur restituer les prérogatives dans la conduite de l'action sociale, ce qui a facilité l'appropriation de l'essai PREVAC par les populations dans les zones de mise en œuvre. Cette idée du partenariat avec les « champions » est inspirée du cadre théorique de l'action sociale de Weber qui identifie plusieurs types de légitimités dont certaines ne seraient pas liées à un statut porté (légitimité charismatique) et le concept de *Outsiders* cher à Becker (1963). Travailler à engager les communautés à partir d'acteurs qu'elles reconnaissent elles-mêmes est différent de se focaliser seulement et toujours sur des leaders communautaires bénéficiant d'une légitimité statutaire, mais qui sont contestés dans les quartiers.

En outre, on peut également considérer l'intérêt de la démarche empirique de la recherche anthropologique pour éclairer la préparation des mécanismes de réponse aux urgences de santé publique. Plutôt que de constituer des acteurs de support qui répondent à la commande d'un dispositif, les anthropologues doivent être investies comme des acteurs clés qui prennent place dans les dispositifs de gouvernance pour mieux l'étudier, le comprendre et l'aider à s'adapter aux réalités locales pour une meilleure appropriation. Toutefois, les ajustements épistémologiques et méthodologiques qu'impose cette expérience co-disciplinaire sont utiles à mieux observer et discuter. Bien que nécessaire, cette implication de l'anthropologie pose toutefois des défis de la co-disciplinarité et de la distanciation. Toutefois, elle contient en elle-même les ressources lui permettant d'assurer une certaine validité à la réflexion qu'elle propose sur les processus sociaux (la réflexivité, l'empathie, l'usage de pauses méthodologiques pour éviter l'encliquage et la posture symétrique entre les populations et les dispositifs techniques pour ne pas être un outil critique de la communauté ou dans l'autre sens des dispositifs techniques).

BIBLIOGRAPHIQUES

Akrich, M., 2001, “From accusations to causes. Integrating Controversies and Conflicts into the Innovation Process”, In Goujon, P. et Heriard Dubreuil, B., ed, Technology and Ethics, A European Quest for Responsible Engineering, Leuven, Peeters, pp.157-167.

Arstein Sherry, « A Ladder of Citizen Participation », in JAIP, vol. 35, no 4, July 1969, p. 216-224

Alain Vaguet, Mylène Riva et Virginie Chasles, « Les risques pour la santé : spatialités et contingences », Espace populations sociétés [En ligne], 2011/1 | 2011, mis en ligne le 01 mars 2013, consulté le 01 décembre 2016. URL : <http://eps.revues.org/4309> ; DOI : 10.4000/eps.43

Anoko J. Epelboin A. et Formenty P., « Humanisation de la réponse à la fièvre hémorragique Ebola : une anthropologie en République de Guinée », Rapports de mission mars-juillet 2014, OMS.

Baldé, Thierno, « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Guinée : Enjeux organisationnels de Santé publique et Pistes de solution », African Evaluation Journal 3(2), Art. #114, 2015, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/aej.v3i2.114>

Baize Sylvain, Delphine Pannetier, Lisa Oestereich, Toni Rieger, Lamine Koivogui, N’Faly Magassouba, Barrè Soropogui, et al. « Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea ». New England Journal of Medicine 371, no 15 (9 Octobre 2014): 1418-25. doi:10.1056/NEJMoa1404505.

Baldé Alhassane, « L’Ethnie à l’épreuve des enjeux politiques : Réflexion sur le cas Guinéen ; Statistiques sociales et diversité ethnique doit-on compter, comment et à quelles fins ? », Montréal du 6 au 8 décembre 2007, Organisée par le CIQSS et l’INED Communication à une conférence internationale.

Barry Alpha Amadou Bano, Les violences collectives en Afrique, thèse de doctorat, Sociologie, Université de Montréal, 1997, 318 p

Bidou Jean Etienne et Touré Julien Gbèrè, « Problèmes fonciers et Environnement en Guinée- Forestière », Cahiers d’Outre-mer, Tome LV, 2002, pp. 119-137.

Bayart J.F., 1989, *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 1989, 439 p.

Bayart J.-F., Mbembe A., Toulabor C. *Le politique par le bas en Afrique noire : Contribution à une problématique de la démocratie*, Paris, Karthala, 1992 Collection "Les Afriques"- 268 p.

Becker, H., *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, 1963, (trad. fr. J.-P. Briand, J.-M. Chapoulié, Paris, Métailié, 1985).

Bertachini Yves, « Concertation territoriale et politique territoriale concertée », Laboratoire Le Pont, Département Services et Réseaux de Communication, Université de Toulon, 2002, 6.

Bodin Jean, *Les six Livres de la République*, 1576

Boiro I, Lomonossov NN, Sotsinski VA, et al (1987) « Éléments de recherche clinico-épidémiologiques et de laboratoire sur les fièvres hémorragiques en Guinée. » Bull Soc Pathol Exot 80(4): 607–12 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1987-80-4-607-612.pdf>]

Bradol Jean-Hervé, « La réponse à l'épidémie d'Ebola : négligence, improvisation et autoritarisme », Alternatives Humanitaires, Numéro Inaugural, février 2016, p. 39-50,

Bloch Maurice « La mort et la conception de la personne », Terrain [En ligne], 20 | mars 1993, mis en ligne le 20 avril 2005, consulté le 19 décembre 2014. URL : <http://terrain.revues.org/3055> ; DOI :10.4000/terrain.3055

Bresson M., 2014, « La participation : un concept constamment réinventé », Socio-logos [En ligne], 9 | <http://socio-logos.revues.org/2817>

Canet Raphaël, 16 mars 2004. « Qu'est-ce que la gouvernance ? ». Conférences de la Chaire MCD. En ligne. <http://www.chaire-cd.ca>.

Cefai D., Carrel M., Talpin J., Eliasoph N., Lichterman P., 2014, « Ethnographies de la participation », *Participations*, 2012/3 N° 4, p. 7-48.

Chauveau J.P., « Le "modèle participatif" de développement rural est-il "alternatif" ? », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 3 | 1992, mis en ligne le 05 juillet 2006

Christie A, Davies-Wayne GJ, Cordier-Lasalle T, et al., « Possible sexual transmission of Ebola virus– Liberia », 2015. *MMWR Morb Wkly Rep.* 2015 64:479-481.

Cohen J.M. et Uphoff N.T., 1980- "Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity", *World Development*, 8: 213-235.

Décaillet Marine, Ebola : face à la rumeur. Étude des rumeurs et de leur gestion par l'organisation Médecins Sans Frontières durant l'épidémie à virus Ebola 2013-2015. Mémoire de Master I, Sous la direction de Mme Catherine Déchamp-Le Roux, Université des sciences et technologies Lille 1- parcours anthropologie.

Desclaux Alice et Sow Khoudia, « « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016.

Diakité Aboubacar Sidiki, « Ebola en Guinée : un révélateur des forces et faiblesses », *Alternatives Humanitaires*, Numéro Inaugural, février 2016, p. 57-65, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2016/01/13/ebola-en-guinee-un-revelateur-des-forces-et-faiblesses/>

Diallo Boubacar Yacine, *La Guinée, un demi-siècle de politique (1945-2008) : trois hommes, trois destins* Paris, L'Harmattan, 2011, p.174.

Diallo Ousmane, *Instrumentalisation des identités ethniques et régimes politiques : le cas de la Guinée postcoloniale ; Mémoire de maîtrise, Sciences politiques, Université d'Ottawa*, 2013, 55p

Donna A. Patterson, « Le virus Ebola : un révélateur d'inégalités biomédicales et une intervention internationale hétérogène », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 11

décembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1914> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1914

Donnat Marianne, Gozalvez-Kreuzer Bertha, Roca Yelin, et al., « La dynamique de la dengue à Santa Cruz de la Sierra (Bolivie) entre paysages à risques et mobilités : appréciation des inégalités et gestion du risque », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2011/1 | 2011, mis en ligne le 01 mars 2013, consulté le 02 décembre 2016. URL : <http://eps.revues.org/4318> ; DOI : 10.4000/eps.4318

DOUGLAS Mary, *De la Souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspero 1971

Dufumier Marc, *Agricultures africaines et marché mondial*, Fondation Gabriel Péri, 2007, 86p.

Eboko Fred, « De l'intime au politique : le sida en Afrique, un objet en mouvement », *Autrepart*, 2004/1 (n° 29), p. 117-133. DOI : 10.3917/autr.029.0117. URL : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2004-1-page-117.htm>

Eboko Fred, Hane Fatoumata, Demange Élise, et Faye Sylvain Landry. « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial ». *Mondes en développement*, no 170 (15 juin 2015): 59-74.

Eboko Fred. (2015). *Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine*. Paris : Centre d'Etudes et de Recherches Internationales (CERI) ; Sciences Po, (45), 40 p. (Questions de Recherche ; 45).

Emond R T, Evans B, Bowen ET, Lloyd G., A case of Ebola virus infection. *BMJ* 1977 ; 2:541-544.

Epelboin A., 2009 « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, Consulté le 09 septembre 2009. <http://amades.revues.org/index1060.html>

Epelboin A. & Formenty P. 2011 Anthropologie sociale et culturelle et lutte contre les épidémies de fièvre Ebola et Marburg pp 111-113 in Leport Catherine et Guégan Jean-François (sous la direction de) Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives. Haut Conseil de la santé publique La Documentation française, Collection Avis et rapports, 207 p.

Epelboin A., Formenty P. et Anoko J. 2012 Humanisation de la réponse aux fièvres hémorragiques à virus de Ebola et Marburg en RDC, Congo, Gabon, Angola 2003-2012 : une approche anthropologique.

Epelboin A., Odugleh-Kolev A., Formenty P., 2012 "Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg" pp87-93, in Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation, WHO/HSE/GAR/BDP120p.

Epelboin A., 2014 « Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée », 34 pages, Rapport de mission OMS mars-avril 2014

Epelboin A., « La maladie à virus Ebola : un passé dramatique et un futur incertain », Bull. Soc. Pathol. Exot. (2016) 109 :213-215 DOI 10.1007/s13149-016-0523-4

Fassin Didier, 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie.* Paris, PUF Collection « Sociologie d'aujourd'hui ». DOI : [10.1016/S1240-1307\(97\)86228-0](https://doi.org/10.1016/S1240-1307(97)86228-0)

Fassin Didier, 1999, « L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », In Becker C., Dozon J.P., Obbo C., Touré M. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique.* Paris, Karthala : 41-66.

Fassin Didier, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes, françaises,* Paris, Karthala, 2000, 344 p.

Fairhead, J. (2016). Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective. *African Studies Review*, 59(3), 7-31. doi :10.1017/asr.2016.87

Faye Sylvain L., « Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, 4/2009 (Vol. 27), p. 91-112.

Faye Sylvain L., « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis », *Autrepart*, 1/2012 (N° 60), p. 129-146. URL : <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2012-1-page-129.htm>
DOI : [10.3917/autr.060.0129](https://doi.org/10.3917/autr.060.0129)

Faye Sylvain L. 2015 (a), « Épidémie d’Ebola en Guinée-Conakry : l’anthropologie dans l’urgence sanitaire », *La Santé en Action*, Dossier urgences Sanitaires, *Revue INPES*, n° 432, 2015.

Faye Sylvain L., 2015 (b) « L’« exceptionnalité » d’Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d’une approche d’anthropologie symétrique », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 27 février 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1796> ; DOI : [10.4000/anthropologiesante.1796](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1796)

Faye Sylvain L., 2017 (a), « Pratiques de « mobilisation des communautés » dans l’urgence sanitaire par les humanitaires en Afrique de l’Ouest », in Fouquet T, Troit V, *Transition Humanitaire en Côte d’Ivoire*, Karthala, pp 123-145

Faye Sylvain Landry, 2017 (b), « Confrontations des « grammaires » de la « participation » communautaire en contexte d’urgence sanitaire d’Ebola en Guinée », 2017 En cours de publication

Keck Frédéric, « Ebola, entre science et fiction », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 23 novembre 2015, consulté le 26 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1870> ; DOI : [10.4000/anthropologiesante.1870](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1870)

Fribault Mathieu, « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1761> ; DOI : [10.4000/anthropologiesante.1761](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1761)

Fournier Pierre, Potvin Louise, 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », in Sciences sociales et santé, Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59 ; http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326

Gaudin Jean Pierre, *Gouverner par contrat : l'action publique en question*, Presses de Sciences Po, 1999

Gaudin Jean-Pierre, *Pourquoi la gouvernance ?* Paris, Presses de la FNSP, coll. La bibliothèque du citoyen, 2002

Gasquet-Blanchard Clélia, « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en république du Congo », Bulletin Amades [En ligne], 84 | 2011, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 14 février 2017. URL : <http://amades.revues.org/1317>

Gasquet-Blanchard Clélia, « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale », L'Espace Politique [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 16 février 2017. URL : <http://espacepolitique.revues.org/3475> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3475

Gobatto Isabelle, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, 1999, L'Harmattan, Paris, 303 p.

Hamel Pierre et Jouve Bernard, *Un modèle québécois ? Gouvernance et participation dans la gestion publique*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2006.

Hart Roger, « Monter l'échelle de la participation », Les enfants d'abord, UNICEF, avril-juin 1992

Honneth A, 2004. « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », Revue du MAUSS, 1, 23 :133-136. DOI : [10.3917/rdm.023.0133](https://doi.org/10.3917/rdm.023.0133)

Janzen John M., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Éditions Karthala, Collection hommes et sociétés, Paris, 287 pages.

Jeanjean Maurice, *Sékou Touré : un totalitarisme africain*, Éditions l'Harmattan, Paris, 2005, 232 pages.

Jobert Bruno et Muller Pierre, *L'État en action : Politique publiques et corporatismes*. Presses Universitaires de France, 1987, pp.238.

Jones Charles O., *An introduction to the study of public policy*, Duxbury press, 1977, 258 pages.

Kucharski Adam J. et al., "Evaluation of the benefits and risks of introducing Ebola Community Care Centers, Sierra Leone", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, n° 3, mars 2015.

Lachenal Guillaume, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, la Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2014, 283p., EAN : 9782359250879.

Latour Bruno, 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, La Découverte, coll. L'armillaire. DOI : [10.1016/S1240-1307\(97\)86232-2](https://doi.org/10.1016/S1240-1307(97)86232-2)

Lavigne Delville Philippe, « Pour une anthropologie symétrique entre « développeurs » et « développés » », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 202-203 | 2011, mis en ligne le 27 octobre 2013, consulté le 23 novembre 2017. URL : <http://etudesafricaines.revues.org/16752>

Le Galès Patrick, « Gouvernance », dans Laurie BOUSSAGUET et coll. (dir.) *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris : Presses de Sciences Po, 2004.

Le Marcis Frédéric, « David Quammen, Ebola. Histoire d'un virus mortel », *Afrique contemporaine* 2015/3 (n° 255), p. 160-162. DOI 10.3917/afco.255.0160

Le Marcis Frédéric, « « Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée) », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 29 novembre 2015, consulté le 26 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1907> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1907

Malinowski Bronislaw, *Les Argonautes du Pacifique occidental*, In : Revue française de sociologie, 1963, 4-2. p. 225.

Mbaye Mamadou Elhadji, Kone Souleymane, Kâ Ousseynou et al., « Évolution de l'implication des communautés dans la Riposte à Ebola », *Santé Publique*, 2017/4 (Vol. 29), p. 487-496. DOI: 10.3917/spub.174.0487. URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-487.htm>

Mbembe Achille, *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000, 293p.

McGovern Mike, « Conflit régional et rhétorique de la contre-insurrection. Guinéens et réfugiés en septembre 2000 », *Politique africaine*, 2002/4 (N° 88), p. 84-102. DOI : 10.3917/polaf.088.0084. URL: <https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2002-4-page-84.htm>

McGovern Mike., 2004. *Unmasking the State: Developing Modern Political Subjectivities in 20th Century Guinea*. PhD., Emory University, Institute of the liberal arts.

McGovern Mike., 2013. *Unmasking the State: Making Guinea Modern*. University of Chicago Press.

Moreau Defarges Philippe, *La gouvernance*, Paris : Presses universitaires de France, collection « Que sais-je ? », 2003.

Moulin Anne Marie, « L'anthropologie au défi de l'Ebola », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 26 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1954> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1954

Neveu C., 2003, *Citoyenneté et espace public : habitants, jeunes et citoyens dans une ville du Nord*, Villeneuve d'Ascq, Éditions du Septentrion.

Neveu Erik, « L'approche constructiviste des « problèmes publics ». Un aperçu des travaux anglo-saxons », Études de communication [En ligne], 22 | 1999, mis en ligne le 23 mai 2011, consulté le 24 février 2017. URL : <http://edc.revues.org/2342> ; DOI : 10.4000/edc.2342

Nguyen Vinh-Kim, et Alice Béja. « Ebola : leçons d'une épidémie ». *Esprit* Janvier, no 1 (27 janvier 2015): 123-25.

Nguyen Vinh-Kim, 2010, *The republic of therapy*. London, Duke University Press.

Nguyen Vinh-Kim, et Alice Béja. 2015. « Ebola : leçons d'une épidémie ». *Esprit* Janvier (1):123-25.

Niang Cheikh Ibrahima, « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 4/2014 (Hiver), p. 97-109. URL : <http://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-97.htm>
DOI : [10.3917/pe.144.0097](https://doi.org/10.3917/pe.144.0097)

Nicole Vernazza-Licht. Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale. *La santé en action*, INPES, 2015, Risques et urgences sanitaires : agir pour et avec les populations, pp.27-29. <www.inpes.sante.fr>. <[hal-01294937](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01294937)>

N'koué Sambieni Emmanuel, Danko Nouratou et Ridde Valéry, « La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1772> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1772

Oger Adélie, *Ebola : historique et actualité*, Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Pharmacie sous la direction de Mme Apaire-Marchais Véronique, université d'Angers, Novembre 2016.

Olabode Abayomi S., "Ebola virus is evolving but not changing: no evidence for functional change in EBOV from 1976 to the 2014 outbreak", *Virology*, vol. 482, août 2015, p. 202-207.

Olivier De Sardan, J.-P., Diarra, A., & Moha, M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(S1), 2017. <https://doi.org/10.1186/S12961-017-0213-9>

Ouendeno Marie, Rapport de la mission dans la sous-préfecture de Womey, Préfecture de N'zérékoré du 15 septembre 2014

Ouvrier, A., 2013, « Anthropologie de la recherche médicale dans les pays du Sud : une expérience sénégalaise », *Médecine/Science*, 89-93.

Paye Olivier, « La gouvernance : D'une notion polysémique à un concept politologique », *Études internationales*, vol. 36, no. 1, 2005.

Poncin Marc, « À la rencontre des autorités nationales : l'expérience guinéenne de Médecins Sans Frontières pendant l'épidémie d'Ebola », *Alternatives Humanitaires*, n° 3, novembre 2016, p. 28-39

Telle Olivier « Le système indien de surveillance des maladies infectieuses face au risque denguien : croyances et actions de luttes sur les espaces endémiques », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2011/1 | 2011, mis en ligne le 01 mars 2013, consulté le 02 décembre 2016. URL : <http://eps.revues.org/4335> ; DOI : 10.4000/eps.4335

Thiongane Oumy, « Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie. », *Bulletin Amades* [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://amades.revues.org/1528>

Traoré, F. A., F. B. Sako, D. Sylla, D. S. Kader, M. Bangoura, M. Traoré, A. Keita, et al. « Épidémie de méningite en République de Guinée en 2013 : émergence de *Nisseria meningitidis* W135 ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 109, n° 5 (1 décembre 2016): 364-67. <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0515-4>.

Paulme Denise, *Les Gens du Riz. Les Kissi de Haute-Guinée* Paris. Librairie Plon. 1954, 1970. 324 p.

Pitseys John, « Le concept de gouvernance », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. volume 65, no. 2, 2010, pp. 207-228, DOI 10.3917/riej.065.0207.

Saéz, Almudena Marí, Sabrina Weiss, Kathrin Nowak, Vincent Lapeyre, Fee Zimmermann, Ariane Düx, Hjalmar S. Kühl, et al. « Investigating the Zoonotic Origin of the West African Ebola Epidemic ». *EMBO Molecular Medicine*, 29 décembre 2014, e201404792. doi :10.15252/emmm.201404792.

Seytre B., Les errances de la communication sur la maladie à virus Ebola, *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2016, DOI 10.1007/s13149-016-0524-z

Sissoko D, Laouenan C, Folkesson E, M'Lebing AB, Beavogui AH et al., Experimental Treatment with Favipiravir for Ebola Virus Disease (the JIKI Trial): A Historically Controlled, Single-Arm Proof-of-Concept Trial in Guinea. *PLoS Med.* 2016 Apr 5 ;13(4):e1002009. doi: 10.1371/journal.pmed.1002009. eCollection 2016 Apr.

SOW Fatou, « Les femmes, le sexe de l'État et les enjeux du politique : l'exemple de la régionalisation au Sénégal », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [Online], 6 | 1997, Online since 01 January 2005, connection on 10 December 2017. URL : <http://journals.openedition.org/cli0/379> ; DOI : 10.4000/cli0.379

Sow, Mamadou S., Etard Jean-François, Baize Sylvain, Magassouba N'Fally, Faye Ousmane, Philippe Msellati, Abdoulaye Touré, Ibrahima Savane, Moumié Barry, et Eric Delaporte. « New Evidence of Long-Lasting Persistence of Ebola Virus Genetic Material in Semen of Survivors: Table 1. » *Journal of Infectious Diseases* 214, n° 10 (15 novembre 2016) : 1475-76. Doi :10.1093/infdis/jiw078

Suret-Canale Jean, La république de Guinée, Paris, Éditions sociales, 1970. In : *L'Homme et la société*, N. 17, 1970. Sociologie et idéologie : marxisme et marxologie. pp. 329-330.

van Griensven, T Edwards, Lamballerie X, Semple MG, Gallian P, Baize S, Horby PW, Raoul H, Magassouba N, Antierens A, Lomas C, Faye O, Sall AA, Fransen K, Buyze J, Ravinetto R, Tiberghien P, Claeys Y, De Crop M, Lynen L, El Bah, Smith PG, Delamou A, De Weggheleire A, Haba N; Ebola-Tx Consortium. Evaluation du plasma convalescent pour la maladie à virus Ebola en Guinée. *N Engl J Med.* 2016 7 janvier; 374 (1): 33-42. doi: 10.1056 / NEJMoa1511812
Wilkinson A, Fairhead J., 2017, « Comparison of social resistance to Ebola

response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture » *Critical Public Health*, 27(1): 14–27.

Weber M., 1919, *Le savant et le Politique*, Paris : Union Générale d'Éditions, 1963, 186 pages

Zolesio Emmanuelle, Anonymiser les enquêtes. Interrogations ? *Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, *Interrogations*, 2011, pp.174-183.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Situation de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2014-2015 (René Migliani, 20 Décembre 2015)	83
Tableau 2 : Situation de la maladie à virus Ebola en Guinée, 2014-2015 (René Migliani, décembre 2015)	89
Tableau 3 : Statistiques des données collectées dans le cadre des activités de recherche.....	103
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des différents traitements expérimentaux contre Ebola (Yombi Jean cyr, 2015)	154

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Échelle de la participation de Sherry Arnstein (1969)	48
Figure 2 : Échelle de la participation de Roger Hart (1992)	50
Figure 3 : Schéma opératoire de l'hypothèse (Waly DIOUF, 2016).....	60
Figure 4 : Schéma opérationnel du concept d'engagement citoyen, (Waly DIOUF, 2016) ...	64
Figure 5 : Schéma opérationnel du concept de gouvernance, (Waly DIOUF, 2016)	69
Figure 6 : carte de la Guinée avec un découpage en fonction des quatre (4) régions naturelles	82
Figure 7: Figure récapitulative des cibles de la phase 1 des activités de recherche (Waly Diouf, mars 2015)	98
Figure 8 : Figure récapitulative des cibles de la phase 2 des activités de recherche (Waly DIOUF, août 2015)	99

Figure 9 : Figure récapitulative des cibles de la phase 3 des activités de recherche (Waly Diouf, mars 2017)	101
Figure 10 : Chaîne de transmission de la nouvelle flambée d’Ebola en Guinée-Forestière (OMS, Mars 2014)	125
Figure 11 : Place du virus Ebola sur l’échelle des agents biologiques, Source, RFI, Ebola en 7 questions	127
Figure 12 : Schéma du mécanisme de transmission du virus Ebola (CDC)	129
Figure 13 : Schéma des différents modes de transmission de la maladie à virus Ebola	130
Figure 14 : Schéma des modes de transmission actuelle d’Ebola (CDC, 2014).....	151
Figure 15 : Schéma illustratif des différentes formes de parrainage développées par les puissances étrangères	184
Figure 16 : Schéma des différentes étapes de la réponse à l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest défini par la MINUAUCE	194
Figure 17 : Schéma illustratif de la gouvernance des épidémies.....	304
Figure 18 : Présentation des différents candidats vaccins prometteurs autorisés par l’OMS pour utilisation et évaluation durant l’épidémie d’Ebola en 2014.....	346
Figure 19 : Schéma du consortium et des différentes formes de partenariat pour l’étude vaccinale PREVAC (Source : Waly DIOUF, 2016).....	347
Figure 20 : Schéma récapitulatif des différentes visites (Bande dessinée essai vaccinal PREVAC, Mars 2017).....	411

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Landréah, site urbain de l'essai vaccinal PREVAC (Source : ALIMA, mars 2017)	94
Photo 2 : Le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale (CNFRSR) Jean SENEAL de Maférinyah, site rural de l'essai vaccinal PREVAC (ALIMA, mai 2017)	95
Photo 3 : Chaîne de transmission du nouveau foyer de Coyah (Waly Diouf, juillet 2015) .	143
Photo 4: Poster de la cérémonie de déclaration de fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée, 29 Décembre 2015.....	146
Photo 5: Journée de lancement des activités de vaccination dans le cadre du ring trial. Photos des différentes autorités politiques et sanitaires volontaires pour la prise des premiers vaccins en guise d'exemplarité, 7 mars 2015, Conakry	155
Photo 6 : Président Alpha Condé, habillé en blouse de médecin, faisant état de la maîtrise de la situation sanitaire en Guinée (www.guineelibre.com, 5 mai 2014).....	163
Photo 7 : panneau publicitaire sur l'interdiction de la chasse et de la consommation d'animaux sauvages, Monrovia, Liberia, août 2014	168
Photo 8 : Lettre d'engagement rédigé par le mari d'une femme malade pour refuser son internement dans un CTE (Epelboin, 2014, p.11)	170
Photo 9: Image de présentation d'un centre de traitement Ebola (Médecins Sans Frontières, 2014).....	205
Photo 10: Préparation du corps d'une personne décédée d'Ebola par les équipes d'enterrement sécurisé de la Croix-Rouge (Pete Muller, août 2014, Sierra Leone)	207
Photo 11 : Stratégies développées les scouts dans le cadre des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation sur Ebola (feux de camp, match de football, etc.), mars 2015.....	218

Photo 12 : Mobilisation d’une chaîne humaine par les scouts pour sensibiliser les populations de Coyah sur Ebola, mars 2015.....	219
Photo 13 : Fanfare des scouts de Guinée dans le cadre des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation des populations sur Ebola, mars 2015.	220
Photo 14 : Voiture d’une équipe d’humanitaires saccagée par les populations lors des manifestations à Womey (Marie Ouendenou, septembre 2014)	223
Photo 15: Cordon sanitaire, installé au niveau des différents points d’entrées et entre les limites frontalières des préfectures de la Guinée (Photo : Waly Diouf, juillet 2015)	230
Photo 16: Préparation équipe de la Croix-Rouge pour la réalisation d’un enterrement sécurisé (Papa Ndiaga Cissé, août 2015).....	249
Photo 17 : Affiche publicitaire d’un tradipraticien pour la promotion de son offre de soin face à la maladie à virus Ebola (Epelboin, 2014).....	267
Photo 18 : Représentation imagée de la négligence de l’épidémie d’Ebola par le gouvernement	291
Photo 19 : Pratique de gestion des corps dans les établissements de santé au début de l’épidémie (Photo, Alain Epelboin, avril 2014)	314
Photo 20: Enterrement sécurisé avec usage d’un sac mortuaire de couleur noire (Source : nostalgieguinée.net, juillet 2015)	317
Photo 21: Enterrement digne et sécurisé avec changement de couleur du sac mortuaire (Photo 1) et introduction du linceul et prière sur le corps par les parents (Photo 2)	320
Photo 22 : Affiche illustrant les différents symptômes de la maladie à virus Ebola publié dans les.....	324
Photo 23 : Images véhiculées sur internet pour illustrer les symptômes de la maladie à virus Ebola.....	333

Photo 24 : La rue principale du quartier de Dixinn Port avec un tag critique à l'endroit du chef de quartier (Waly Diouf, juin 2017)378

Photo 25 : Séances de lecture du coran organisées dans le cadre du lancement des activités PREVAC sur les sites de Landréah (1) et Maférinyah (2) (ALIMA, mars 2017)385

Photo 26: Atelier de formation des champions de la commune de Dixinn (ALIMA, avril 2017)387

Photo 27: Rencontre communautaire avec un Sèré au quartier Landréah (Conakry) (ALIMA, octobre 2016).....389

Photo 28: Journées d'assainissement organisées dans différents quartiers de la commune de Dixinn (ALIMA, mai 2017).....393

Photo 29 : Réhabilitation du pont de Salifouyah (Maférinyah) suite à l'appui de PREVAC (Photo 1 l'ancien pont Photo 2 le nouveau pont en cours de construction) (Bocar Diawara Ba, avril 2018).....394

Photo 30 : Prélèvement du premier participant volontaire à l'essai PREVAC (guinéematin.com, avril 2017)410

TABLE DES MATIERES

DÉDICACES.....	II
RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	IV
REMERCIEMENTS	V
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
PREMIÈRE PARTIE : QUESTIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES ET POSTURES MÉTHODOLOGIQUES.....	16
CHAPITRE I : L'OBJET DE RECHERCHE	17
1.1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	17
1.1.1 <i>Ebola à l'épreuve des contextes ethnico-culturels et sociopolitiques de la Guinée-Forestière</i>	<i>26</i>
1.1.2 <i>Les pratiques de gouvernance de l'épidémie d'Ebola en Guinée</i>	<i>34</i>
1.1.3 <i>Problématique de l'engagement citoyen dans un contexte post-épidémique.....</i>	<i>56</i>
1.2 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	60
1.2.1 <i>Hypothèse principale</i>	<i>60</i>
1.2.2 <i>Hypothèses secondaires.....</i>	<i>60</i>
1.3 CONCEPTS OPÉRATOIRES DE RECHERCHE	62
1.3.1 <i>ENGAGEMENT CITOYEN</i>	<i>62</i>
1.3.2 <i>GOUVERNANCE.....</i>	<i>64</i>

CHAPITRE II : CADRE ANALYTIQUE DE RÉFÉRENCE	70
1.1 L'ANTHROPOLOGIE SYMÉTRIQUE, UNE POSTURE MÉTHODOLOGIQUE D'ANALYSE DE L'ACTION PUBLIQUE.....	70
1.2 MODÈLE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE	75
1.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	80
1.3.1 <i>Objectif principal</i>	80
1.3.2 <i>Objectifs spécifiques</i>	80
CHAPITRE III : TERRAINS ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	81
1.1 TERRAINS DE L'ÉTUDE	81
1.1.1 <i>Cadre d'étude</i>	81
1.1.2 <i>Présentation des localités visitées</i>	90
1.2 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	96
1.2.1 <i>TYPE D'ÉTUDE</i>	96
1.2.2 <i>Échantillonnage</i>	101
1.2.3 <i>Traitement et analyse des données</i>	103
1.3 HISTOIRE DE LA COLLECTE : VERS UN RETOUR RÉFLEXIF.....	105
1.4 ASPECTS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE.....	111
CONCLUSION PARTIELLE	114
DEUXIÈME PARTIE : ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE	115
INTRODUCTION PARTIELLE.....	116
CHAPITRE I : NAISSANCE ET DYNAMIQUES SPATIO-TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN GUINÉE.....	117

1.1	EBOLA EN GUINÉE : HISTOIRE CONTROVERSÉE D'UNE « MALADIE MYSTÉRIEUSE »	117
1.1.1	<i>Ébo est là : retour sur l'histoire d'Ebola en Guinée.....</i>	<i>119</i>
1.1.2	<i>Ebola, c'est quoi ce « mal » ?.....</i>	<i>126</i>
1.1.3	<i>L'émergence d'Ebola en Guinée-Forestière</i>	<i>133</i>
1.2	DYNAMIQUES GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DE L'ÉPIDÉMIE.....	135
1.2.1	<i>Histoire de l'épidémie d'Ebola en Basse-Guinée.....</i>	<i>135</i>
1.3	LA RÉSURGENCE D'EBOLA EN GUINÉE.....	147
CHAPITRE II : GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA.....		159
1.1	HISTORIQUE DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE EBOLA EN GUINÉE.....	161
1.1.1	<i>Les premiers mécanismes de gestion de l'épidémie.....</i>	<i>161</i>
1.1.2	<i>La Riposte contre l'épidémie d'Ebola en Guinée</i>	<i>173</i>
1.2	LES ARÈNES DE LA GOUVERNANCE DE L'ÉPIDÉMIE : UN CADRE DE PRODUCTION DE L'ACTION PUBLIQUE.....	190
1.2.1	<i>Les cadres de gouvernance de l'épidémie</i>	<i>195</i>
1.2.2	<i>La question de la pérennisation au centre des interactions.....</i>	<i>201</i>
1.3	LES TECHNOLOGIES DE LA LUTTE CONTRE EBOLA EN GUINÉE	204
1.3.1	<i>Les Centres de Traitement Ebola (CTE).....</i>	<i>204</i>
1.3.2	<i>Les Enterrements Sécurisés.....</i>	<i>205</i>
1.3.3	<i>Les pratiques d'engagement communautaire contre Ebola en Guinée</i>	<i>207</i>
CHAPITRE III : LA RIPOSTE À L'ÉPREUVE DE L'ENGAGEMENT CITOYEN EN GUINÉE.....		222
1.1	EBOLA ET PRODUCTION DE « RUMEURS » : DISCOURS PLURIEL AUTOUR D'UN PROBLÈME DE SANTÉ	225

1.1.1	<i>De la maladie « mystérieuse » à Ebola : une annonce différemment reçue en Guinée-Forestière.....</i>	226
1.1.2	<i>Les différents registres de compréhension du mal « Ebola » en Basse-Guinée.....</i>	232
1.1.3	<i>Ebola : et si la Guinée n'en était pas à sa première épidémie : un discours historique et comparatif qui influence les formes d'engagements citoyens</i>	236
1.2	RÉACTIONS DES POPULATIONS FACE AUX TECHNOLOGIES DE LA RIPOSTE.....	240
1.2.1	<i>Réactions communautaires face aux centres de traitement Ebola (CTE).....</i>	240
1.2.2	<i>Réactions communautaires face aux enterrements sécurisés</i>	246
1.2.3	<i>Les mobilisations spontanées : des formes singulières d'engagement citoyen face aux pratiques d'engagement de la Riposte</i>	253
	CONCLUSION PARTIELLE	270
	TROISIÈME PARTIE : GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE EBOLA ET PRODUCTIONS DE CITOYENNETÉ	273
	INTRODUCTION PARTIELLE.....	274
	CHAPITRE I : UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET HISTORIQUE QUI INFLUENCE L'EXPÉRIENCE D'ÉBOLA EN GUINÉE	275
1.1	L'ETHNICITÉ, UNE PROBLÉMATIQUE AU CŒUR DE L'HISTOIRE SOCIOPOLITIQUE DE LA GUINÉE	275
1.2	GUINÉE 2013, UN CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉPIDÉMIE	289
	CHAPITRE II : UNE GOUVERNANCE BIOMÉDICALE ET EXTRAVERTIE D'ÉBOLA.....	303
1.1	UNE PREPAREDNESS LIMITÉE AUX ASPECTS TECHNIQUES ET BIOMÉDICAUX ET QUI OCCULTENT LES DIMENSIONS SOCIALES ET POLITIQUES DES QUESTIONS DE SANTÉ	303
1.1.1	<i>Regard critique sur les centres de traitement Ebola (CTE).....</i>	307
1.1.2	<i>Regard critique sur les enterrements sécurisés</i>	312

1.2	LES APORIES AUTOUR DE LA COMMUNICATION SUR EBOLA EN GUINÉE : TERREAU FERTILE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE RUMEURS	322
1.2.1	<i>Stratégies de communication : quand les apories de la communication influencent le rapport à la maladie</i>	322
1.2.2	<i>Les acteurs de la communication</i>	328
1.2.3	<i>Pratiques de communication durant l'épidémie d'Ebola</i>	330
1.2.4	<i>L'économie de la rumeur face aux défaillances de la communication</i>	332
1.3	ENGAGEMENTS CITOYENS DANS LA LUTTE CONTRE ÉBOLA EN GUINÉE	334
1.3.1	<i>Critique des pratiques de participation communautaire dans l'urgence sanitaire</i>	334
1.3.2	<i>Modalités d'implication des communautés</i>	337
1.3.3	<i>Les mobilisations spontanées : un engagement citoyen non reconnu par la Riposte</i>	341
CHAPITRE III : ENGAGEMENTS CITOYENS DANS UN ESSAI VACCINAL SUR EBOLA DANS UN CONTEXTE POST-ÉPIDÉMIQUE		345
1.1	PREVAC : UN ESSAI VACCINAL PRÉVENTIF CONTRE EBOLA BASÉ SUR LE « PARTENARIAT »	345
1.1.1	<i>Une approche basée sur le paradigme de l'engagement des communautés, avec une contribution des équipes de sciences sociales</i>	349
1.1.2	<i>S'inspirer des leçons apprises durant l'épidémie pour orienter l'approche structurante de l'essai PREVAC envers les communautés</i>	350
1.2	ATTITUDES POST-EBOLA : VERS UNE RECONFIGURATION DE LA CITOYENNETÉ EN GUINÉE	361
1.2.1	<i>PREVAC, un modèle d'engagement pratique des communautés</i>	361
1.2.2	<i>Principes du modèle de l'engagement des communautés dans PREVAC en Guinée</i>	367
1.2.3	<i>Piliers de l'engagement des communautés dans PREVAC</i>	382

1.3	UNE APPROCHE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE PROMOTRICE DE L'EXPRESSION D'UNE CITOYENNETÉ SANITAIRE.....	399
1.3.1	<i>Citoyenneté et attitudes revendicatrices à l'égard des essais vaccinaux pendant l'épidémie.....</i>	<i>399</i>
1.3.2	<i>S'engager dans l'essai vaccinal PREVAC : des raisons multiformes qui renvoient à la production de citoyenneté renouvelée.....</i>	<i>400</i>
	CONCLUSION PARTIELLE	415
	CONCLUSION GÉNÉRALE	418
	BIBLIOGRAPHIQUES.....	425
	LISTE DES TABLEAUX.....	438
	LISTE DES FIGURES.....	438
	LISTE DES PHOTOS	440
	TABLE DES MATIERES.....	443
	ANNEXES.....	449

ANNEXES

**Annexe 1 : Décret portant création et attribution de la Cellule de Coordination de la Riposte contre Ebola,
République de Guinée, Septembre 2014**



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail-Justice-Solidarité

DECRET D/2014/ 196 /PRG/SGG

**PORTANT CREATION ET ATTRIBUTIONS
DE LA CELLULE DE COORDINATION DE LA RIPOSTE
CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA**

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

Vu la Constitution ;

Vu la Loi L/2001/029/AN du 31 décembre 2001, portant Principes fondamentaux de création, d'organisation et de contrôle des structures des Services Publics ;

Vu le Décret D/2014/019/PRG/SGG du 18 Janvier 2014, portant Nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu le Décret D/2014/020/PRG/SGG du 20 Janvier 2014, portant Structure du Gouvernement ;

Vu le Décret D/2014/021/PRG/SGG/ du 20 Janvier 2014, portant Nomination des Membres du Gouvernement.

DECRETE

ARTICLE 1er : Sous l'autorité du Coordinateur National, il est créé une Cellule de Coordination de la Riposte contre la maladie à virus Ebola.

ARTICLE 2 : La Cellule de Coordination est chargée de la mise en œuvre de la Politique du Gouvernement en matière de lutte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

A cet effet, elle est particulièrement chargée de :

- Identifier les problèmes liés à la mise en œuvre des activités de riposte ;
- Prendre des dispositions urgentes en collaboration avec les partenaires techniques et les autorités concernées pour résoudre les problèmes identifiés ;
- Faciliter la réponse rapide dans la résolution des problèmes identifiés ;
- Veiller à l'utilisation judicieuse des ressources matérielles et financières affectées à la riposte ;
- Rendre compte de la situation épidémiologique, financière et comptable de la gestion de la riposte ;

ARTICLE 3 : Pour assurer sa mission, la Cellule de Coordination est dirigé par :

- Un Coordinateur national
- Et un Coordinateur national adjoint

ARTICLE 4 : La composition, l'organigramme et le fonctionnement de la Cellule seront définis par une note de service du Coordinateur National de la Cellule.

ARTICLE 5 : Le Comité Interministériel de Riposte jouera le rôle de conseil stratégique. A ce titre, il sera chargé de valider les stratégies, le budget et mobilisera les ressources.

ARTICLE 6 : Le présent Décret qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République.

05 SEP. 2014

Conakry, le.....



Professeur ALPHA CONDE

Annexe 2 : Note de service portant attributions et organisation du comité de veille, République de Guinée,
Décembre 2014

COORDINATION NATIONALE
DE LUTTE CONTRE EBOLA

REPUBLIQUE DE
GUINEE
Travail Justice Solidarité

Conakry le 18 Décembre 2014

NOTE DE SERVICE N° ~~02~~ 34...CNRMVE/2014
PORTANT ATTRIBUTIONS ET ORGANISATION DU
COMITE DE VEILLE

LE COORDONNATEUR NATIONAL

- VU le décret N° 194/ PRG/SGG du 4 septembre 2014, portant nomination d
Coordonnateur national de la lutte contre la mal due à virus Ebola;
- VU le décret portant 196/PRG/SGG portant création et attributions de là la Cellule d
coordination de la riposte contre la maladie à virus Ebola du 5 septembre 2014,
- VU les recommandations de la réunion de l'Unité Communication et Mobilisation
sociale, en date du 10 Décembre 2014;

DECIDE

CHAPITRE I.DISPOSTIONS GENERALES

Article 1^{er} ; Dans le cadre de la lutte contre Ebola en Guinée, il est mis en place dans chaque
village et quartier du pays, un Comité Villageois de veille

Article 2 : Le Comité villageois de veille est une structure communautaire de sensibilisation et
de mobilisation sociale qui a pour attributions :

- La protection et la prévention ;
- L'identification communautaire des cas suspects et des contacts ;
- La promotion des services de prise en charge disponible au niveau communautaire ;
- L'organisation des enterrements dignes, rassurants et sécurisés,
- L'appui aux enfants vulnérables et personnes guéries ;
- La participation à la gestion des rumeurs, dénis et réticences ;
- La notification des décès communautaires ;
- La surveillance des mouvements de population.

CHAPITRE II ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 3 : Le Comité de veille s'appuie sur les structures traditionnelles. Il est composé de :
à 7 membres selon la taille de la localité et comprend :

- Un représentant des religieux,
- Un représentant des femmes,
- Un représentant des jeunes;



- Un représentant du Comité de santé;
- Un agent de santé communautaire;
- Un représentant des tradithérapeutes.

Cette composition est indicative et peut varier d'une localité à une autre. La sélection des membres est basée sur leur représentativité et leur influence au sein de la communauté.

Article 4 : Les membres des Comités de veille se réunissent deux fois par semaine pour faire le point de l'évolution de la maladie dans la communauté. Chaque réunion du Comité de veille est sanctionnée par un procès-verbal.

Article 5 : Le comité de veille travaille étroitement avec les équipes impliquées dans la prise en charge, notamment :

- Les Équipes de suivi des contacts
- Le Centre de transit
- Le Centre de transit communautaire
- Les Équipes de transport des malades
- Les Équipes d'enterrements sécurisés
- Les Équipes de désinfection

Article 6 : Le Comité de veille est appuyé dans ses activités par un superviseur placé sous l'autorité du Coordonnateur préfectoral.

Article 7 : Chaque membre du Comité de veille réalise ses activités sur la base d'un contrat à durée déterminée, signé par les représentants délégués de la Coordination nationale.

Article 8 : Chaque membre du Comité de veille reçoit une indemnité mensuelle. Le montant de celle-ci est de GNF 500 000 (cinq cent mille francs guinéens) pour les cinq communes de Conakry, et de GNF 400 000 (quatre cent mille francs guinéens) pour l'intérieur du pays.

Article 9 : Le paiement des indemnités commence à partir de l'entrée en fonction de chaque membre et prend fin le 30 Avril 2015.

CHAPITRE III DISPOSTIONS FINANLES

Article 10 : Les coordinations préfectorales en collaboration avec les partenaires techniques et financiers impliqués dans la riposte sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application de la présente note de service.

Article 11 : La présente note des services qui prend effet à compter de la date de sa signature et sera enregistrée et publiée partout où besoins sera.



 Le
 Coordinateur
 National
DR SAKOBA KEITA
 Riposte Contre EBOLA

Annexe 3 : formulaire de contrat à durée déterminée pour les membres des Comité de veille, République de Guinée, Décembre 2014



CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE DETERMINEE

ENTRE

LA COORDINATION DE RIPOSTE CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA A

TRAVERS LE PARTENAIRE TECHNIQUE

REPRESENTE PAR.....

FONCTION.....

ET

LE CONTRACTANT

NATIONALITE.....

DATE DE NAISSANCE.....

PIECE D'IDENTITE.....

ADRESSE ET TELEPHONE.....

ONT CONVENU DE CE QUI SUIT

Article 1er : L'Employé s'engage à réaliser les activités qui lui sont confiées dans le cadre de la sensibilisation contre la maladie à virus Ebola, conformément aux attributions définies dans la note circulaire CNRMVE/2014, du 18 décembre 2014.

Article 2 : La Coordination nationale à travers la coordination préfectorale et l'appui du partenaire sus-référencé s'engage à payer à l'employé à la fin de chaque mois, la somme de quatre cent mille (400 000) Francs Guinéens.

Article 3 : le paiement de la prime mensuelle est soumis à une évaluation préalable du travail de l'employé par le superviseur local, au cours du mois.

1

Article 4 : la coordination se réserve le droit de mettre fin au contrat lorsque des manquements graves sont constatés dans l'exécution des activités, sans aucune compensation pour l'employé.

Article 6 : Le présent contrat de travail est conclu pour une durée déterminée qui prendra fin le 30 avril 2014.

Fait en trois exemplaires et signé par les deux parties.

Lieu et date.....

Pour le payeur		Le contractant local
	Visa du coordonnateur national	

Annexe 4 : Note portant sur les mesures pour le contrôle rapide de la fièvre hémorragique à virus Ebola durant le plan intérimaire du 15 mars au 15 avril, République de Guinée, Mars 2015



REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Solidarité
MINISTRE DE LA SANTE
COORDINATION NATIONALE DE LUTTE
CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA



Conakry, le 17 Mars 2015

Le Coordinateur National

Les mesures pour le contrôle rapide de la fièvre hémorragique à virus Ebola durant le plan intérimaire du 15 mars au 15 avril

- 1- Fermer les cabinets privés et clandestins qui n'appliquent pas les mesures de prévention et ceux par lesquels des malades ou des personnes décédées ont transité sans notification aux services de riposte;
- 2- Poursuivre en justice toute personne qui cache des malades ou déplace les corps d'une localité vers une autre;
- 3- Faire enterrer par les agents de la riposte (croix rouge ou protection civile) tout corps intercepté et mettre en fourrière le véhicule et poursuivre les auteurs en justice;
- 4- Inviter la population à organiser des cérémonies funèbres dans l'intimité familiale et limiter les voyages et les déplacements pour les condoléances;
- 5- Inviter les forces vives de la nation à se mettre à l'avant-garde de la riposte en vue de mobiliser toute la population à respecter les mesures de prévention et appuyer la sensibilisation de la population pour le transfert des cas suspects aux centres de traitement et faire en sorte qu'il n'y ait plus de décès à domicile sans assistance médicale.

La coordination

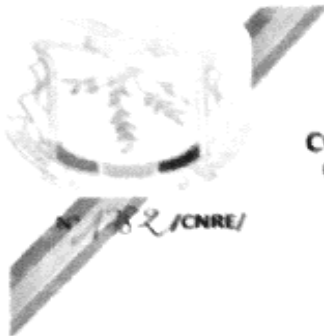
- 6- Inviter à prendre durant le plan intérimaire des mesures d'accompagnement pour la fourniture d'intrants et le soutien aux familles des contacts.

Ministère de la santé

- 7- Intensifier la supervision dans tous les établissements de soins pour l'observance des mesures de prévention des infections.

DOCTEUR SAKOBA KEITA
Riposte Centre Ebola

Annexe 5 : Ordre de mission pour la réalisation d'activité de recherche anthropologique dans les Préfectures de Coyah et Forécariah et la ville de Conakry, République de Guinée, Juillet 2015



REPUBLIQUE LA GUINEE
Le Ministère de la Santé
MINISTÈRE DE LA SANTE
COORDINATION NATIONALE DE LUTTE
CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA



Conakry, le 31 juillet 2015

Le Coordinateur National

ORDRE DE MISSION (INTERIEUR)

Il est ordonné à : Pr Sylvain Faye, Pr. Frédéric le Marcis, Veronica Gomez-Temesio PhD, Ramatou Ouedraougo PhD, Jean-François Caremel, Pape Ndiaga Cissé, Waly Diouf, Faya Moussa Tolno, Germain Bonamou, Aلسeny Keita et Diaré Mohamed Chauffeur.

Fonction : Anthropologues

Nationalité : Guinéenne et autres

De se rendre : Forécariah, Coyah et la ville de Conakry.

Objet de la Mission : Faciliter l'appropriation du dispositif de riposte par la population Guinéenne.

Moyen de Transport : RC 1854 Y

Date de Départ : Le 1^{er} Août 2015

Date de Retour : Le 31 Août 2015

Les Autorités Administratives et Militaires des Préfectures traversées sont priées de faciliter l'accomplissement de cette mission.



DOCTEUR SAKOBA KEITA./



Résolution 2177 (2014)

**Adoptée par le Conseil de sécurité à sa 7268^e séance,
le 18 septembre 2014**

Le Conseil de sécurité,

Rappelant la résolution 2176 (2014) qu'il a adoptée le 15 septembre 2014 au sujet de la situation au Libéria et sa déclaration à la presse en date du 9 juillet 2014,

Rappelant que c'est à lui que revient la responsabilité principale du maintien de la paix et de la sécurité internationales,

Se déclarant gravement préoccupé par la survenue d'une épidémie d'infection à virus Ebola et son impact en Afrique de l'Ouest, en particulier au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone, ainsi qu'au Nigéria et au-delà,

Considérant que les acquis obtenus par les pays les plus touchés en matière de consolidation de la paix et de développement risquent d'être réduits à néant par l'épidémie d'Ebola et *soulignant* que cette épidémie compromet la stabilité des pays les plus touchés et que, si elle n'est pas jugulée, elle peut provoquer de nouveaux épisodes de troubles civils et de tensions sociales, une détérioration du climat politique et une aggravation de l'insécurité,

Jugeant que l'ampleur extraordinaire de l'épidémie d'Ebola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationales,

S'inquiétant de l'incidence particulière que l'épidémie d'Ebola a sur les femmes,

Se félicitant de la convocation du Sommet extraordinaire de l'Union du fleuve Mano, qui s'est tenu en Guinée le 1^{er} août 2014, et des engagements annoncés par les chefs d'État de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone pour lutter contre l'épidémie d'Ebola dans la région, notamment en renforçant les services de traitement et les mesures visant à endiguer la propagation de cette épidémie au-delà des frontières,

Prenant acte des mesures prises par les États Membres de la région, notamment le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone, mais aussi par le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, en réaction à l'épidémie d'Ebola et sachant que les

* Nouveau tirage pour raisons techniques (19 septembre 2014).



moyens que les gouvernements concernés pourront mobiliser pour y faire face seront peut-être insuffisants,

Prenant note de la lettre (S/2014/669) datée du 29 août 2014, adressée au Secrétaire général par les Présidents du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée, et dans laquelle ils ont demandé une riposte globale à l'épidémie d'Ebola, comprenant une action internationale coordonnée pour y mettre fin et pour soutenir les sociétés et les économies touchées par les mesures de restriction décrétées au sujet du commerce et des transports au cours de cette épidémie,

Saluant les mesures prises par les États Membres de la région, en particulier la Côte d'Ivoire, Cabo Verde, le Ghana, le Mali et le Sénégal, en vue de faciliter l'acheminement de l'aide humanitaire vers les pays les plus touchés,

Soulignant que les États Membres ont un rôle central à jouer, notamment dans le cadre du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, s'il y a lieu, dans la prestation de services de santé publique permettant de détecter, de prévenir, de contrer et d'atténuer les épidémies de grandes maladies infectieuses par des mécanismes de santé publique viables, efficaces et réactifs,

Rappelant le Règlement sanitaire international de 2005, qui contribue à la sécurité mondiale dans le domaine de la santé publique en fournissant un cadre pour la coordination de la gestion d'événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, et qui vise à renforcer les moyens dont disposent tous les pays pour détecter, évaluer et notifier les menaces pesant sur la santé publique et y faire face, et *soulignant* qu'il importe que les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) honorent les engagements pris à cet égard,

Soulignant que, pour juguler les épidémies de grandes maladies infectieuses, il faut une action urgente et une coopération accrue aux niveaux national, régional et international et insistant à cet égard sur la nécessité vitale et immédiate d'une riposte internationale coordonnée face à l'épidémie d'Ebola,

Louant les États Membres, les partenaires bilatéraux et les organisations multilatérales pour l'assistance cruciale qu'ils ont fournie ou prévue, sous la forme de concours financiers et de dons en nature, en faveur des populations et des gouvernements touchés de la région afin d'appuyer l'intensification des interventions d'urgence visant à juguler l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et à interrompre la transmission du virus, notamment en accordant des fonds de manière flexible aux organismes des Nations Unies et aux organisations internationales compétents qui participent à l'action contre l'épidémie pour que ces institutions et les gouvernements puissent acheter des fournitures et renforcer les opérations d'urgence dans les pays touchés, ainsi qu'en collaborant avec les partenaires des secteurs public et privé pour accélérer la mise au point de thérapies, de vaccins et d'outils diagnostiques afin de soigner les patients et de prévenir de nouvelles infections ou la transmission de la maladie à virus Ebola ou d'en limiter l'ampleur,

Exprimant sa profonde gratitude aux personnes intervenues en première ligne dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola qui s'abat sur l'Afrique de l'Ouest, y compris les secouristes sanitaires et humanitaires nationaux et internationaux détachés par les États Membres de diverses régions et par des organisations non gouvernementales telles que Médecins Sans Frontières (MSF) et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et

exprimant également sa reconnaissance aux Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies pour avoir acheminé du personnel humanitaire et des fournitures et matériels médicaux, notamment vers des endroits reculés de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone, au cours de l'épidémie,

Saluant les efforts déployés par l'Union africaine (UA), en collaboration avec des partenaires bilatéraux et des organisations multilatérales, pour trouver à l'épidémie une solution unifiée, globale et collective au niveau de l'Afrique, y compris en déployant du personnel sanitaire dans la région, ainsi que les efforts consentis par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) afin de soutenir les mesures prises pour enrayer la propagation du virus Ebola, notamment avec l'appui des forces de défense de ses États Membres,

Constatant avec inquiétude les conséquences qu'ont les restrictions générales imposées aux déplacements et au commerce dans la région, notamment sur la sécurité alimentaire, et *prenant acte* de l'appel lancé par l'UA à ses États membres pour qu'ils lèvent les restrictions concernant les déplacements afin de permettre aux personnes et aux biens de circuler librement vers les pays touchés,

Soulignant que toutes les entités compétentes des Nations Unies, en particulier l'Assemblée générale, le Conseil économique et social et la Commission de consolidation de la paix, sont appelées à contribuer aux efforts déployés sur les plans national, régional et international pour faire face à la flambée du virus Ebola, et *prenant acte*, à cet égard, du rôle clef joué par l'OMS, qui a décrété que l'épidémie d'Ebola constituait une urgence de santé publique de portée internationale,

Soulignant combien il importe que toutes les entités des Nations Unies compétentes agissent de concert, dans le cadre de leurs mandats respectifs, pour lutter contre l'épidémie d'Ebola et contribuer, autant que possible, aux mesures prises sur les plans national, régional et international à cette fin,

Prenant note de la feuille de route présentée le 28 août 2014 par l'OMS pour la lutte contre l'épidémie d'Ebola et élaborée pour enrayer la transmission du virus Ebola dans le monde et aider les pays à faire face aux conséquences d'une nouvelle propagation internationale, et *prenant note également* des 12 mesures d'importance critique à prendre – dont la lutte contre les infections, la mobilisation de la collectivité et le relèvement – pour enrayer l'épidémie,

Prenant note des protocoles adoptés par l'OMS pour prévenir la transmission du virus Ebola entre personnes, organisations et populations, *soulignant* que l'épidémie peut être endiguée, notamment par l'application de protocoles établis relatifs à la sécurité et à la santé et d'autres mesures préventives ayant fait leurs preuves, et *saluant* les efforts déployés par la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL) pour faire connaître à la population libérienne, y compris via les ondes de la radio de la MINUL, l'existence de tels protocoles et mesures préventives,

Exprimant de nouveau sa gratitude au Secrétaire général pour la nomination de David Nabarro, Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour l'Ebola, et d'Anthony Banbury, Coordonnateur adjoint pour l'Ebola et Responsable de la gestion de la crise, opérant à partir du Centre des Nations Unies, mis en fonctionnement le 5 septembre 2014 afin de chapeauter les opérations menées par les organismes des Nations Unies, les États Membres, les organisations non gouvernementales et d'autres partenaires pour aider les pays touchés à faire face à la flambée d'Ebola, ainsi que pour assurer une assistance des organismes des Nations

Unies aux fins de l'organisation, de la conduite et de la supervision d'actions efficaces destinées à prendre en compte les dimensions plus vastes de l'épidémie, dont la sécurité alimentaire et l'accès aux services sanitaires de base,

Saluant l'intention exprimée par le Secrétaire général de convoquer une réunion de haut niveau, en marge de la soixante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, afin d'exhorter les pays à prendre des mesures exceptionnelles et énergiques pour enrayer l'épidémie d'Ebola,

1. *Encourage* les Gouvernements libérien, sierra-léonais et guinéen à accélérer la mise sur pied de mécanismes nationaux qui permettent de diagnostiquer rapidement l'infection et d'isoler les cas suspects, d'offrir un traitement, de fournir des services médicaux efficaces aux secouristes, de mener des campagnes d'éducation publique crédibles et transparentes, et de renforcer les mesures de prévention et de préparation pour détecter les cas d'Ebola, les atténuer et y faire face, ainsi qu'à coordonner l'apport et l'utilisation rapides de l'aide internationale, y compris les services du personnel sanitaire et les secours humanitaires, et à se concerter pour prendre en compte la dimension transnationale de l'épidémie, notamment en administrant leurs frontières communes, avec l'appui de partenaires bilatéraux, d'organisations multilatérales et du secteur privé;

2. *Encourage* les Gouvernements libérien, sierra-léonais et guinéen à poursuivre leurs efforts pour maîtriser ou atténuer les effets plus généraux de l'épidémie d'Ebola sur les plans politique, sécuritaire, socioéconomique et humanitaire, ainsi qu'à mettre sur pied des mécanismes de santé publique viables, efficaces et réactifs, *souligne* que les mesures prises pour faire face à l'épidémie devraient prendre en compte les besoins particuliers des femmes et *insiste* sur la nécessité de les associer pleinement et concrètement à l'élaboration de telles mesures;

3. *S'inquiète* des effets préjudiciables que l'isolement a sur les pays touchés du fait des restrictions en matière de commerce et de déplacements qui leur ont été imposées;

4. *Demande* aux États Membres, y compris ceux de la région, de lever les restrictions aux déplacements et aux frontières imposées en raison de l'épidémie d'Ebola et qui concourent à isoler davantage les pays touchés et à saper leurs efforts visant à y faire face et *demande également* aux compagnies aériennes et maritimes de maintenir les liens de commerce et de transport avec les pays touchés et la région dans son ensemble;

5. *Demande* aux États Membres, en particulier ceux de la région, de faciliter l'acheminement d'une assistance, y compris d'un personnel qualifié, spécialisé et formé et de fournitures, pour permettre aux pays touchés d'enrayer l'épidémie, *remercie vivement* le Gouvernement ghanéen d'avoir autorisé la reprise des vols de la navette de la MINUL entre Monrovia et Accra, qui permettront de transporter des agents sanitaires internationaux et autres intervenants dans des zones frappées par l'épidémie d'Ebola au Libéria;

6. *Demande* aux États Membres, en particulier ceux de la région, et à tous les acteurs compétents qui fournissent l'aide demandée pour faire face à l'épidémie d'Ebola, de redoubler d'efforts en matière de sensibilisation du public et d'appliquer les protocoles de sécurité et de santé ainsi que les mesures préventives nécessaires pour contrer les informations erronées véhiculées au sujet du mode de transmission et de l'ampleur de l'épidémie et éviter d'alarmer inutilement les individus et les

communautés et, à cet égard, *prie* le Secrétaire général d'élaborer un cadre de communication stratégique en faisant appel à toutes les ressources et installations du système des Nations Unies dans les pays touchés, selon les besoins de la situation et en fonction des disponibilités, notamment pour aider les gouvernements et d'autres partenaires concernés;

7. *Demande* aux États Membres de fournir une assistance et des ressources d'urgence, y compris des moyens médicaux à même d'être déployés, tels que des hôpitaux de campagne dotés de services d'experts, de personnel qualifié et de matériel suffisant, de services de laboratoire, de dispositifs de soutien logistique, de transport et d'aide à la construction, pour les ponts aériens et autres formes d'appui aérien, de services aéromédicaux et de services cliniques attirés dans les unités de traitement d'Ebola et d'isolement, pour aider les pays touchés à intensifier leurs activités préventives et curatives et à renforcer leurs capacités de lutte contre l'épidémie d'Ebola et à affecter des moyens suffisants pour éviter que des épidémies ne se déclarent ultérieurement;

8. *Encourage vivement* les États Membres, ainsi que les partenaires bilatéraux et les organisations multilatérales, y compris l'UA, la CEDEAO et l'Union européenne, à se mobiliser sans tarder et à fournir immédiatement aux pays touchés et à ceux qui leur prêtent assistance, des compétences techniques et des moyens médicaux supplémentaires, destinés, entre autres, à assurer un diagnostic rapide et la formation d'agents sanitaires aux niveaux national et international, à continuer de procéder à des échanges de connaissances, de données d'expérience et de pratiques optimales, ainsi qu'à maximiser les synergies pour faire face de manière efficace et immédiate à l'épidémie d'Ebola, à apporter aux pays touchés et aux partenaires d'exécution les ressources essentielles, les fournitures et l'assistance coordonnée nécessaires et *enjoint* à tous les acteurs compétents de coopérer étroitement avec le Secrétaire général dans le cadre des efforts d'assistance en matière de lutte contre l'épidémie;

9. *Engage vivement* les États Membres à appliquer les recommandations temporaires pertinentes formulées dans le cadre du Règlement sanitaire international de 2005 à l'épidémie d'Ebola qui s'est déclarée en 2014 en Afrique de l'Ouest et à superviser l'organisation, la coordination et la mise en œuvre des activités nationales de planification préalable et de lutte, notamment, le cas échéant, en collaboration avec des partenaires internationaux dans les domaines du développement et de l'action humanitaire;

10. *Salue* la contribution que continue d'apporter et l'engagement dont continue de faire preuve le personnel international de santé et de secours humanitaires pour faire face d'urgence à l'épidémie d'Ebola et *engage* tous les acteurs compétents à mettre en place les mécanismes de rapatriement et les arrangements financiers nécessaires, y compris les moyens d'évacuation médicale et les modalités de traitement et de transport requises pour faciliter leur déploiement immédiat et sans entrave dans les pays touchés;

11. *Prie* le Secrétaire général de contribuer à faire en sorte que toutes les entités compétentes du système des Nations Unies, dont l'OMS et les Services aériens d'aide humanitaire des Nations Unies, compte tenu de leurs mandats respectifs, accélèrent leur intervention face à l'épidémie d'Ebola, notamment en aidant à élaborer et à mettre en œuvre des plans de préparation, d'opérations, de liaison et de collaboration avec des gouvernements de la région et ceux qui prêtent assistance;

12. *Encourage* l'OMS à continuer de renforcer son rôle d'encadrement technique et de soutien opérationnel aux gouvernements et partenaires, de suivre la transmission du virus Ebola, d'aider à déterminer les besoins actuels en matière d'intervention et les partenaires pour y pourvoir, de manière à favoriser la disponibilité de données essentielles et à mettre au point et à administrer rapidement des thérapies et des vaccins dans le respect des meilleures pratiques cliniques et éthiques et *encourage également* les États Membres à fournir tout le soutien nécessaire à cet égard, notamment par le biais d'un échange de données, conformément à la législation applicable;

13. *Décide* de rester saisi de la question.



Soixante-neuvième session
Point 124 de l'ordre du jour

Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 septembre 2014

[sans renvoi à une grande commission (A/69/L.2)]

69/1. Mesures visant à endiguer et combattre l'épidémie à virus Ebola qui s'est déclarée récemment en Afrique de l'Ouest

L'Assemblée générale,

Se déclarant gravement préoccupée par la récente flambée du virus Ebola en Afrique de l'Ouest et par sa nature et son ampleur sans précédent,

Se déclarant profondément préoccupée également par la détérioration rapide de la situation, en particulier en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, et par la menace qui en résulte pour le relèvement de ces pays après des conflits,

Notant avec une vive préoccupation que les avancées faites ces dernières années par les pays touchés sur la voie de la consolidation de la paix, du renforcement de la stabilité politique et de la reconstruction de l'infrastructure socioéconomique risquent d'être remises en cause,

Insistant sur le fait qu'il faut d'urgence juguler cette crise de santé publique en raison des graves conséquences qu'elle peut avoir sur les plans humanitaire, économique et social,

Soulignant qu'elle est fermement résolue à faire face à cette situation d'urgence, rapidement, efficacement et de manière coordonnée,

Consciente du rôle central que joue l'Organisation mondiale de la Santé dans la mobilisation d'un appui à l'échelle mondiale en faveur des interventions courageuses des pays dont les peuples sont touchés ou menacés par le virus Ebola,

Saluant tous les efforts déployés aux niveaux national, régional et international en vue de mettre fin à la crise, et réaffirmant le rôle important incombant aux organisations régionales et sous-régionales dans ce contexte, en particulier à l'Union africaine et à la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest,

Se félicitant de la nomination par le Secrétaire général d'un Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour l'Ebola et d'un Coordonnateur adjoint pour l'Ebola et Responsable de la gestion de la crise afin d'aider les gouvernements des pays de la région à faire face à l'épidémie d'Ebola,

Notant l'adoption par le Conseil de sécurité de la résolution 2176 (2014), le 15 septembre 2014, et de la résolution 2177 (2014), le 18 septembre 2014,

14-57589 (F)



Merci de recycler



1. *Se félicite* que le Secrétaire général ait exprimé l'intention de créer la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola¹ ;
2. *Prie* le Secrétaire général de prendre les mesures voulues pour mettre rapidement son projet à exécution et de lui présenter un rapport détaillé à ce sujet pour examen à sa soixante-neuvième session ;
3. *Demande* à tous les États Membres, aux organes compétents de l'Organisation des Nations Unies et aux organismes des Nations Unies d'apporter leur plein appui à la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola.

*3^e séance plénière
19 septembre 2014*

¹ Voir A/69/389-S/2014/679.

Annexe 8 : Guide d'entretien sur expérience de la guérison et de la survivance

1. IDENTIFICATION

- Sexe/âge
- Ethnie
- Situation matrimoniale
- Religion
- Niveau d'étude et secteur d'activité
- Milieu de résidence
- Date d'internement et de sortie du CTE

2. Connaissance et attitudes pratiques sur la maladie à virus EBOLA

- Que savez-vous sur Ebola
- Quelles sont les signes cliniques de Ebola
- Quelles sont causes conséquences de Ebola
- Aviez-vous des connaissances sur cette la maladie avant d'avoir eu à la contracter?
- Existe-il un traitement (curatif, préventif) pour Ebola ?

3. Perceptions et représentations autour de Ebola et des risques encourus

- Pour vous qu'est que c'est Ebola ?
- Quel est votre point de vue sur l'origine de la maladie à virus Ebola ?
- Risques relatifs à la maladie à virus Ebola (sonder culturel et sanitaire) ?
- Risques relatifs à la maladie à virus Ebola pour la localité (sonder culturel et sanitaire) ?
- Moyens de prévention du risque (sonder culturel et sanitaire) ?

4. Expériences de la Maladie

- Que signifie pour vous être malade?
- Comment le malade est perçu et géré dans votre communauté?
- Quels types de soins sont disponibles dans votre localité?
- Pouvez-vous nous raconter votre expérience de la maladie :
 - Rapport avec la famille (dynamique socio-familial et organisation de la thérapie)

- Rapport avec l'entourage, voisins, amis, fréquentations, partenaires de travail ou collègue

5. Expériences de la Maladie à virus Ebola et recours aux soins

- Comment avez-vous su que vous étiez contaminé?
- Comment avez-vous été contaminé?
- Avez-vous une idée de comment vous avez contracté cette maladie ?
- Aviez-vous connu une personne ayant contracté la maladie avant vous ? Quelle perception et attitude aviez-vous envers lui?
- Quels sont les comportements de prévention que vous adoptiez face à l'épidémie Ebola ?
- Quels sont les types de soins auxquels vous avez eu à recourir?
- Qu'est-ce qui a motivé l'orientation de votre recours à cette forme de thérapie?
- Avez-vous eu à combiner différentes formes de thérapie dans la recherche de soins? Si oui lesquels, et pourquoi?
- Pouvez-vous nous raconter une expérience de malade :
 - Rapport avec la famille
 - Rapport avec l'entourage, voisins, amis, fréquentations, partenaires de travail ou collègue

6. PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCE DES CTE

- Comment vous avez fait pour vous retrouver au CTE
- Pouvez-vous nous faire un récit de votre séjour au niveau du CTE?
- Quels sont les différentes interactions et les formes de relation que vous entreteniez avec :
 - Le personnel de soin
 - Les autres malades
 - Autres acteurs
- En quoi consistait le traitement dans le CTE :
 - Prise en charge sanitaire
 - Prise en charge psychologique
- Point de vue sur le traitement (sonder pertinence)
- Comment quel est votre point de vue sur les CTE

- Comment apprécie-t-on les CTE dans votre localité
- Quelle appréciation avez-vous des différents services qui sont offerts dans les CTE ?

7. EXPÉRIENCE DE LA GUÉRISON

- Que signifie pour vous guérir?
- Peut-on guérir de Ebola?
- Êtes-vous guéri de Ebola? Pourquoi
- Qu'en pense votre entourage? Vous perçoit-il comme étend sain?
- Qu'est-ce qui vous a guéri? (Sonder CTE, tradition, hasard, divinité...)

8. EXPÉRIENCE DE LA GUÉRISON

- Pouvez-vous nous raconté votre vécu post sortie du CTE ou suite à la guérison physiopathologique?
- Comment votre communauté vous a elle accueillie?
- Comment votre famille vous a accueillie?
- Vie familiale post sortie du CTE
 - Estime de soi
 - Autonomie et dépendance au quotidien
- Relations avec votre entourage
 - Comment vos parents vivent ils avec vous, de votre point de vue y a-t-il une différence ?
 - Investissement affectif des membres de la famille
- Vie sociale post sortie du CTE
 - Types d'interactions avec vos proches et autres personnes dans votre localité depuis votre sortie : possibilités, limites, contraintes
 - Participation à des cérémonies et activités post sortie du CTE,
- Que pensez-vous de votre avenir ? Comment vous projetez-vous
- Comment s'élabore le processus de réinsertion sociale post sortie du CTE ?
- Est-ce que le fait d'être déclaré « guéri » au niveau du CTE suffit pour la réinsertion sociale?
- Comment se construit l'idée de guérison et à partir de quels référents?

- Au niveau micro : le malade
- Au niveau méso : la famille
- Au niveau macro : la communauté

1. Histoire de l'épidémie

- a. Échelles temporelles
- b. Échelles géographiques

2. Attitudes, discours et pratiques comme formes de productions de citoyenneté et d'engagements citoyens

- a. Diverses manifestations des comportements revendicatifs (ce que les gens ont fait contre le dispositif, mais aussi ce que les gens ont fait spontanément)
- b. En quoi ce sont des formes d'engagement citoyens
- c. Formes d'appropriation des engagements citoyens par le dispositif

3. Présentation du dispositif

- a. Historique de mise en place (niveau national et déclinaisons locales)
- b. Organisation et définition des rôles (niveau national et déclinaisons locales)
- c. Choix, orientations et mécanismes de la Riposte (décisions, actes, décrets etc.)
- d. Évolutions et changements connus au cours de la Riposte (évolutions géographiques et évolutions contextuelles)

4. Points sur les acteurs

- a. Cartographie des acteurs (niveau national et déclinaisons locales)
- b. Mécanismes de coordination et gestion de la crise sanitaire
- c. Cadre de gestion de la Riposte et de définition des orientations
- d. Interactions et dynamiques des relations

5. La Riposte

- a. Actions et interventions mis en œuvre (niveau national et déclinaisons locales)
- b. Technologies et process mobilisées
- c. Évolutions et dynamiques du mécanisme de Riposte
- d. Difficultés connus et réorientations du dispositif

6. Analyse des usages pratiques de la technologie de la participation dans le cadre de la Riposte et critique des pratiques d'engagement communautaire

- a. Compréhension de la participation communautaire
- b. Rationalité structurant le choix de la participation communautaire comme technologie de gouvernance de la Riposte

- c. Définition et pratique de la participation communautaire (évolutions géographiques et évolutions contextuelles)
- d. Acteurs ou groupes mobilisés/suscités : rationalités autour des choix des acteurs et modalité de leur implication
- e. De la mobilisation sociale, engagement communautaire, participation communautaire : compréhension, logiques sous-jacentes et mécanismes de réalisations des différentes mobilisations observées : mobilisations suscités (par le dispositif) VS mobilisations spontanées (par les communautés)
- f. Appréciation des pratiques de la participation communautaire (évolutions géographiques et évolutions contextuelles)

7. Comprendre l'histoire sociopolitique de la Guinée pour comprendre les modes de gouvernance de l'épidémie et leurs effets

- a. Guinée et France : colonisation (mettre en parallèle avec le positionnement de la France dans cette épidémie)
- b. Une histoire de conflits ethniques et de crises de la confiance favorable à une défiance
- c. Un contexte politique assez particulier qui a eu des influences assez particulières
- d. Histoire des médias en Guinée
- e. Histoire des revendications en Guinée et place des jeunes (Axe du Mal)

8. La citoyenneté en Guinée dans un contexte post urgence

- a. Attitudes post-Ebola : est-ce que l'expérience de l'épidémie a influencé les attitudes d'engagements citoyens ? sont-ils mieux reconnus ?
- b. Les Essais vaccinaux contre Ebola : un exemple pour discuter de l'après Ebola
- c. Quels formes engagements citoyens dans le cadre de la mise en œuvre des technologies vaccinales ?
- d. Que veut dire la citoyenneté pour les gens aujourd'hui ?

Annexe 10 : Guide d'entretien phase préparatoire Essai PREVAC

1. Cartographie de la zone d'étude

- Cartographie administrative
- Cartographie sociale

2. Identification des leader communautaires et champions

- Typologie
- Formes de légitimité associées

3. Organisation de la vie quotidienne

- Secteur d'activité
- Lieux de convergence
- Flux dynamiques : en fonction du temps et des activités : où on va ? quand ? et pourquoi ?

4. Relation aux soins

- Itinéraires thérapeutiques
- Appréciation de l'offre de soins
- Perceptions et représentations autour d'Ebola et des risques encourus
- Acceptabilité sociale et culturelle et perceptions relatives à la vaccination

5. Expérience en matière d'essai vaccinal :

- Élaboration
- Mise en œuvre
- Bilan

6. Communiquer

- Dispositions, attitudes et pratiques relatives à l'Essai vaccinal contre Ebola
- Communiquer sur l'essai
 - a) Canaux
 - b) Acteurs
 - c) Processus

Annexe 11 : Guide d'entretien activités de suivi, dialogue et feedback communautaire

I. Suivi communautaire des participants

a. Modalités du suivi :

- Comment envisagez-vous le suivi
- modes
- personnes à impliquer, outils, fréquence

b. Compréhension et appréciation de l'utilisation du téléphone comme outils de Suivi communautaire des participants

- Avantages
- Inconvénients

II. Profil du bon médecin

- Quel est votre médecin habituel
- Lien avec le médecin
- Raison du choix
- Définition du bon médecin
- Bon médecins connus (sonder dans la localité)

III. Communication continue

a. Comité de suivi communautaire :

- Forme et composition
- Mode ou canal de communication
- Fréquence

b. Activités mensuelles d'information

- Perceptions et représentations autour du site de l'essai vaccinal
- Connaissances de l'ouverture du site aux communautés
- Appréciation

IV. Activités d'acceptance communautaire

- #### **c. Comment envisagez –vous Soutenir l'assainissement : appréciation, modalités de réalisation et personnes à mobiliser**

- d.** Organisation d'activités autour de la santé : appréciation d'une intervention sur les bonnes pratiques d'hygiènes (gestion des déchets, toilettes/latrines, soins, premiers secours...)

Annexe 12 : Guide d'entretien participant inclus vacciné

1. Caractéristiques socio- démographiques

- Age sexe, ethnie
- Situation matrimoniale
- Niveau d'étude
- Situation Professionnelle
- Lieu de résidence
- Groupe ou structure d'appartenance
- Statut : (ex : étude générale ou étude complémentaire ; préciser la date du J0)

2. Connaissance et appréciation globale sur PREVAC

- C'est quoi PREVAC selon vous ?
- Cela consiste en quoi à votre avis ?
- Qu'est-ce que cela apporte à quelqu'un qui y participe ?
- Est-ce que cela est d'un apport à la Guinée ?
- Quels rôles les populations jouent dans une étude vaccinale ?
- Quel est le processus par lequel vous avez entendu parler de PREVAC ?

3. Exposition et appréciation des activités de mobilisation communautaire

- Comment avez-vous été informé de l'étude ? Où/ quand/ par qui (*merci de distinguer les réunions communautaires, les sessions d'informations et les VAD pré-inclusions*)
 - Messages ou information reçus
 - Appréciation des acteurs impliqués dans la réalisation de l'activité
 - Appréciation des messages délivrés au cours de l'activité
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé de participer à ces activités de mobilisation communautaire (*merci de distinguer les réunions communautaires des sessions d'informations*) ?
- Que pensez-vous de la manière dont ces activités ont été organisées ?
- Qu'est-ce que vous avez retenus à l'issue de ces séances ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé de continuer de participer à ces activités de mobilisation communautaire en vue des inclusions ?

- Processus décisionnel : modalités par lesquelles la décision de participation a été prise (acteurs, lieux, moments et interactions)

4. Expérience de l'inclusion et de la vaccination

- Processus de la planification du passage du participant au site de vaccination :
 - Comment cela s'est passé ?
 - Quels ont été les acteurs impliqués ?
 - Quel rôle avez-vous joué dans la planification de votre passage au site de vaccination ?
 - Point de vue sur les forces et les faiblesses de la planification
 - Stratégie d'amélioration de la planification
- Vécu de la séance de vaccination
 - Accueil,
 - Orientation,
 - Box (entretiens avec le médecin, signature du consentement),
 - Activités de prélèvement et de vaccination (prélèvement, vaccination, biométrie, salle PF)
 - Activités post vaccination (salle observation, counseling post vaccination, compensations)
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à accepter d'être inclus ?
- Globalement, comment appréciez-vous votre passage au site de vaccination :
 - Les activités dans le site
 - Les interactions avec les différentes catégories d'acteurs sur le site
 - Quels acteurs ont été décisifs ou influents dans votre passage au niveau du site de vaccination ?
- Quelles ont été les difficultés rencontrées et qu'est-ce qu'il faut améliorer sur le site ?
- Quelle appréciation avez-vous des précautions prises pour la santé des participants ?

5. Expérience post vaccinale et vécu au niveau communautaire

- Attitude et vécu du participant après la vaccination
- Partage de l'information ou pas avec la famille
- Interactions du participant avec son entourage après la vaccination

- Personnes qui ont été sollicitées en cas de questionnement (inquiétudes) après la vaccination (médecin traitant, famille, champion, Cc ou autres participants)
- Quel bénéfice individuel ou collectif de la participation à l'essai vaccinal
- Suite à cette expérience, seriez-vous prêt à vous engager à nouveau dans une étude vaccinale et pour quelle raison ?

6. Expérience du suivi post vaccinal

- Comment a été organisé votre suivi après la vaccination : modalités et acteurs ?
- Est-ce que vous avez respecté les modalités de suivi et pour quelles raisons ?
- Est-ce que vous avez eu des problèmes de santé après la vaccination (sonder s'il pense qu'ils sont liés à la vaccination) et comment ça a été pris en charge ?
- Quelle appréciation faites-vous des précautions prises pour assurer la sécurité et la bonne santé des participants ?
- Quelles interactions avec les champions et les Cc après la vaccination ?
- En tant que participant, quelles attentes aviez-vous ? (*Préciser celles qui ont été prises en charge et celles qui ne l'ont pas été*)

7. Compréhension et appréciation du mécanisme d'engagement communautaire

- **PREVAC est une étude basée sur le principe de l'engagement des communautés. Quelles compréhensions avez-vous de cela :**
 - En termes d'attitude vis-à-vis des communautés
 - En termes d'activités
 - En termes d'acteurs à impliquer
- Comment appréciez-vous la place que les communautés ont occupée dans l'étude ?
- Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer à l'avenir pour mieux impliquer les communautés dans une étude vaccinale ?
- **PREVAC a été basée sur l'implication des champions désignés par leurs groupes d'appartenance comme des personnes légitimes. Quel est votre point de vue sur cette approche :**
 - Que pensez-vous des champions en comparaison avec les leaders classiques ?
 - Qu'est ce qui fait d'eux des personnes légitimes et influentes ?
 - A votre avis quel a été leurs apports dans la conduite de PREVAC ?

- Quels rôles ils ont joués dans votre prise de décision de participer à l'essai ?
- Comment appréciez-vous le travail qui a été fait par les champions au niveau communautaire et qu'est-ce qu'il faudrait améliorer à l'avenir ?
- **PREVAC a été basée plus sur le bénévolat communautaire que le volontariat, cela suppose de ne pas être payé mais motivé. Que pensez-vous de cette approche ?**
 - Quelles sont les raisons qui vous ont encouragés à vous inscrire dans une étude ou vous n'êtes pas payé ?
 - A votre avis qu'est ce qui devrait être amélioré ?

1. Caractéristiques sociodémographiques

- Sexe, Age, Niveau d'étude
- Lieu de résidence, ethnie, langue parlée
- Formation initiale (parcours avant d'être Cc)
- Expérience antérieure dans le travail communautaire
- Motivation à postuler comme Cc
- Durée dans la fonction de Cc
- Formations reçues en tant que Cc

2. Compréhension du rôle de Cc

- En quoi consiste la fonction de Cc ?
- Quelles activités réalisent le Cc ?
- Quelles sont les compétences à avoir en tant que Cc ?
- Quelle est la place ou l'image qu'un Cc a au sein de la communauté ?
- Quelle est la différence entre le Cc et le champion ?
- A votre avis comment le Cc collabore-t-il avec le champion ?
- Quelles sont les responsabilités du Cc vis-à-vis des participants (*si vous posez la question et qu'il ne comprend pas, revenir sur la responsabilité du Cc par rapport à un participant dans une étude clinique*)

3. Processus d'identification des champions par les Cc

- Pour vous, c'est quoi un champion et sur quoi se fonde sa légitimité ?
- Selon quelles procédures les champions ont été identifiés (est-ce en collaboration avec les anthropologues ou autres...)
- Quelles sont les raisons pour lesquelles cette procédure a été utilisée ?

4. Organisation effective du travail réalisé en tant que Cc

- **Zone d'affectation**
 - Comment a été délimité votre zone d'intervention et pourquoi ?
 - Qu'en pensez-vous ?
- Quelles sont les différentes activités que vous menez en tant que Cc ? (*Laisser le soin au Cc de lister les activités*)

- **Activités de Plaidoyer**
 - En tant que Cc, comment vous travaillez avec les champions ?
 - Quel rôle jouez-vous dans l'organisation des activités ?
 - Quelles ont été les contraintes que vous avez rencontrées et comment cela a été surmonté ?
 - Quelles ont été les opportunités de la mise en œuvre de ces activités ?
 - Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
- **Activités de communication pour la promotion de l'essai**
 - En tant que Cc, comment vous travaillez avec les champions ?
 - Quel rôle jouez-vous dans l'organisation des activités ?
 - Quelles ont été les contraintes que vous avez rencontrées et comment cela a été surmontée ?
 - Quelles ont été les opportunités de la mise en œuvre de ces activités ?
 - Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
 - Est-ce que les types et les modalités d'informations (contenu, technique de communication, cadre réglementaire, contexte) des participants sont adaptés (est ce que suffisant pour engager les participants) ?
 - A votre avis qu'est-ce qu'il faudrait rajouter ou améliorer ?
- **Activités de Planification en vue des inclusions**
 - En tant que Cc, comment vous travaillez avec les champions dans la planification des inclusions ?
 - Quel rôle jouez-vous dans l'organisation des activités de planification ?
 - Quelles ont été les contraintes que vous avez rencontrées et comment cela a été surmontée ?
 - Quelles ont été les opportunités pour la planification ?
 - Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
- **Inclusions et suivi à domicile**
 - Quel est le rôle que vous avez joué dans :
 - La réception du participant planifié
 - Au cours de l'inclusion
 - En fin de circuit

- Comment s'organise le suivi du participant après la vaccination
- Difficultés rencontrées, et comment cela a été surmontée

- **Processus des inclusions**

5. Appréciation du processus des inclusions (mode de fonctionnement du circuit des participants)

- Accueil,
- Orientation,
- Box (entretiens avec le médecin, signature du consentement),
- Activités de prélèvement et de vaccination (prélèvement, vaccination, biométrie, salle PF)
- Activités post vaccination (salle observation, counseling post vaccination, compensations)

6. Appréciation de la stratégie d'engagement communautaire

- Compréhension de la stratégie d'engagement des communautés : qu'est-ce engager les communautés selon vous ?
- Y'a-t-il une différence ou une continuité avec ce que vous aviez l'habitude de faire ?
- Qu'est-ce qui vous motive à vous impliquer dans une telle stratégie ?
- Quel est votre point de vue sur :
 - Les catégories d'acteurs mobilisés (Cc, champion, Sup Cc, leaders classiques etc.)
 - Les activités réalisées
 - Les ressources mobilisées
- Quel est votre point de vue sur le rôle des anthropologues dans la stratégie d'engagement des communautés ?
- Forces et faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie d'engagement des communautés ?
- Opportunités et contraintes de la mise en œuvre de la stratégie d'engagement des communautés ?
- Leçons apprises et stratégies d'amélioration de la stratégie d'engagement des communautés ?

7. Projection des CC

- Comment appréciez-vous le fait d'avoir été engagé comme Cc dans le cadre de PREVAC ?
- Qu'est-ce que cela vous a apporté ainsi qu'à votre communauté ?
- Comment vous vous projetez dans l'avenir ?

Annexe 14 : Guide d'entretien Champion

1. Caractéristiques sociodémographiques

- Age
- Sexe
- Lieu de résidence, ethnie, langue parlée
- Statut du répondant
- Structure d'appartenance et rôle occupé dans la structure
- En tant que personne légitime, quel est le mandat qu'il pense avoir ?
- Expérience antérieure dans le travail communautaire

2. Processus de légitimation

- Que pensez-vous de votre désignation comme une légitimité au sein de votre structure ou environnement ? (Compréhension de son travail dans PREVAC)
- A votre avis qu'est ce qui fonde cette légitimité ?
- Qui est ce qui vous désigne comme telle ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à reconnaître cette légitimité assignée ?
- Qu'est-ce que cela vous apporte d'être reconnu comme personne légitime ?
- Comment le contact a été établi entre vous et les Cc
 - Quelles sont les activités menées ensemble en termes de plaidoyer pour votre engagement en tant que champion
 - En quoi consistaient ces activités ?
- Après le contact avec les Cc, quelles sont les activités que vous avez menées avec votre groupe ou structure d'appartenance ?

3. Compréhension du rôle de Champion

- A votre avis, quelles sont les qualités qui font que vous soyez reconnu par vos pairs ou groupes d'appartenance comme quelqu'un de légitime ?
- C'est quoi être légitime aux yeux de ses pairs ?
- Que faut-il avoir comme compétence pour être écouté, respecté des communautés ou de son groupe d'appartenance ?
- Dans le cadre de PREVAC, quel est le rôle qui vous était assigné en tant que champion et qu'en pensez-vous ?

- A votre avis, est ce qu'il y a une différence dans les rôles assignés entre le Cc et le champion
- Quelle est votre compréhension du mode de collaboration entre Cc et champion dans la mise en œuvre de PREVAC ?
- Quelles sont les responsabilités du Champion vis-à-vis des participants (*si vous posez la question et qu'il ne comprend pas, revenir sur la responsabilité du Champion par rapport à l'engagement communautaire*)

4. Appréciation de la stratégie d'engagement communautaire

- Êtes-vous au courant de la stratégie d'engagement des communautés dans cette étude et en quoi cela consiste selon vous ?
- Dans cette stratégie, quel est le rôle du champion pour engager les communautés ?
- Est-ce que vous pensez que les personnes, comme vous les champions, peuvent mieux engager les communautés en comparaison avec les leaders classiques ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager en tant que champion dans la mise en œuvre de cette stratégie ?
- Est-ce que vous pensez que votre implication a été d'un apport et de quelle manière à la stratégie ?
- Qu'est-ce que votre implication vous a apporté en termes de bénéfice individuel ou communautaire ?
- Comment vous appréciez :
 - La manière dont les équipes techniques de PREVAC ont collaboré avec vous ?
 - La manière dont les équipes techniques ont considéré le rôle des communautés ?
 - La manière dont vous-même avez interagi avec les communautés ?
- Comment vous appréciez les attitudes communautaires face à l'étude vaccinale et quels en sont les facteurs explicatifs (*la jeunesse des participants et la faible proportion des femmes incluses*)
- A votre avis, qu'est ce qui aurait dû être fait dans le déroulement et qui ne l'a pas été ?
- Forces et faiblesses de la mise en œuvre de l'Engagement communautaire (*la manière dont ils ont été mis à contribution en tant que champion et les communautés*)

- Opportunités et contraintes de la mise en œuvre de l'Engagement *communautaire* (la manière dont ils ont été mis à contribution en tant que champion et les communautés)
- Leçons apprises et stratégies d'amélioration de l'engagement des communautés

5. Organisation effective du travail réalisé en tant que Champion

- **Zone d'affectation**

- Quelles sont les limites de la zone dans laquelle vous devez travailler avec le Cc ?
- Que pensez-vous de cette délimitation ? Est-ce que cela correspond à votre aire d'influence ?

- Différentes activités réalisées en tant que champion (*laisser le soin au champion de lister les activités*)

- **Activités de communication pour la promotion de l'essai**

- Comment les champions ont travaillé avec les Cc :
 - Dans l'organisation des réunions communautaires et sessions d'informations
 - Quels rôles joués par le champion dans ces activités ?
- En dehors de ces activités, est-ce que vous avez organisé d'autres activités promotionnelles au sein des quartiers ?
 - Quelles ont été les contraintes rencontrées et comment cela a été surmonté ?
 - Quelles ont été les opportunités ?
- Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
- Est-ce que les types et les modalités d'informations (contenu, technique de communication, cadre réglementaire, contexte) des participants sont adaptés (est ce que suffisant pour engager les participants) ?
- A votre avis qu'est-ce qu'il faudrait rajouter ?

- **Activités de Planification en vue des inclusions**

- Avez-vous été sollicité par les Cc pour la planification des participants ? En quoi a consisté cette sollicitation ?
- Quelles ont été les contraintes rencontrées et comment cela a été surmonté ?

- Quelles ont été les opportunités pour la planification ?
- Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
- **Inclusions et suivi à domicile**
 - Quels rôles joués en tant que champion (à la réception du participant planifié, au cours de l'inclusion, en fin de circuit)
 - Est-ce que vous avez reçu des feed-back de la part des Cc concernant les différents participants ?
 - Quels sont les types de rapport des champions avec les participants après la vaccination
 - Est-ce que vous les avez visités ou entrés en contact avec eux ?
 - Est-ce que vous avez été sollicités par les participants ?
 - Est-ce que vous avez été sollicités par les Cc ?
 - Est-ce que vous avez fait des feed-back aux Cc sur des problèmes ou situations au niveau communautaire ?
 - Avez-vous eu à rencontrer des difficultés, et comment cela a été surmontée ?

6. **Appréciation du processus des inclusions (mode de fonctionnement du circuit des participants)**

- **Feed back reçu de la part des participants sur :**
 - Accueil,
 - Orientation,
 - Box (entretiens avec le médecin, signature du consentement),
 - Activités de prélèvement et de vaccination (prélèvement, vaccination, biométrie, salle PF)
 - Activités post vaccination (salle observation, counseling post vaccination, compensations)
 - Offre de soins (consultation, hotline, référencement etc.)
- **Actions entreprises après ces feed back et par qui ?**

7. **Projection des champions**

- Comment appréciez-vous le fait d'avoir été engagé comme champion dans le cadre de PREVAC ?
- Qu'est-ce que cela vous a apporté ainsi qu'à votre communauté ?

- Comment vous vous projetez dans l'avenir ?

1. Caractéristiques sociodémographiques

- Sexe, Age, Niveau d'étude
- Spécialité
- Expérience antérieure dans le travail médical et dans les essais cliniques
- Durée dans le projet PREVAC
- Formations reçues en tant que médecin/infirmier dans PREVAC

2. Compréhension du rôle de médecin / infirmier

- Quel est votre rôle dans la mise en œuvre du projet PREVAC ?
- Quelles sont les compétences à avoir en tant que médecin/infirmier ?
- Quel genre de relation doit-il exister entre médecin/infirmier et son participant ?
- Quelles sont les responsabilités du médecin /infirmier vis-à-vis des participants ?

3. Activités du médecin / infirmier

- Quelles sont les activités que vous effectuez en tant que médecin / infirmier ?
- Quelles sont les forces et les opportunités de la mise en œuvre de ces activités ?
- Quelles sont les difficultés et contraintes que vous rencontrez dans la réalisation de vos activités (n'oubliez pas de demander qu'est-ce qu'ils font pour surmonter ces difficultés) ?

4. Connaissance globale sur PREVAC

- Qu'est-ce que l'essai vaccinal PREVAC
- Modalités et conditions de participation (détailler les différentes modalités ou conditions et questionner le rationnel associé)
- Motivation à travailler dans le projet PREVAC

5. Processus d'inclusion

Box de consentement / salle de prélèvement

- Parlez-nous du premier moment de contact avec le participant (où et à quel moment le médecin/infirmier rencontre le participant et comment ce premier contact est établi)
- Quelles sont les informations partagées lors de ce premier contact ?
- Quelles sont les attitudes (réactions) des participants face à ces informations ?

- Quelles sont les questions qui reviennent généralement au cours de cet entretien avec les participants ?
- Si oui quelle analyse faites-vous par rapport à cette situation répétitive ?
- Comment gérez-vous la présence du représentant légal lors de la signature du consentement pour les mineurs (**Seulement aux médecins**) en raison des scénarios suivant ;
 - Représentant légal = parent biologique (père ou mère)
 - Représentant légal = membre de famille (tuteur, frère, sœur, tante, oncle)
- Comment collaborez-vous avec le témoin impartial lors de la signature du consentement (**Seulement aux médecins**) ?
- Comment se passe le rendu des résultats de consultations avec les participants (**médecin**) et le rendu des résultats de test de grossesse et VIH (**infirmiers**) suivant les scénarios suivants :
 - Personne adulte (homme ou femme)
 - Femme accompagnée de son mari
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné du parent biologique (père ou mère)
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné par un représentant légal désigné par les parents (sœur, frère, oncle, tante, etc.)
- Quels acteurs sont impliqués dans le rendu de résultats (test de grossesse, test VIH, etc.)
- Comment se gèrent les cas d'exclusion suivant les scénarios suivants ;
 - Personne adulte (homme ou femme)
 - Femme accompagnée de son mari
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné du parent biologique (père ou mère)
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné par un représentant légal désigné par les parents (sœur, frère, oncle, tante, etc.)
- Quels acteurs sont impliqués dans la gestion des cas d'exclusion ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de ces activités ? Quelles sont les mesures correctrices que vous envisagez ? (Chaque difficulté les dispositions prises pour y faire face)
- Quelles sont les forces et les opportunités de la mise en œuvre de ces activités ?

- Quelles sont les faiblesses et les contraintes de la mise en œuvre de ces activités ?
- Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de ces activités ?
- A votre avis, est-il possible de suivre à la lettre les recommandation ou normes de signature d'un consentement éclairé ? Si non pourquoi ?
- Quels types de normes pratiques sont en vigueur ?

6. Salle PF (Infirmier)

- Parlez-nous de l'organisation et du fonctionnement de la salle PF.
- Dans les différents scénarios suivants, comment s'organise la réception dans la salle PF :
 - Personne adulte (homme ou femme)
 - Femme accompagnée de son mari
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné du parent biologique (père ou mère)
 - Mineur (garçon ou fille) accompagné par un représentant légal désigné par les parents (sœur, frère, oncle, tante, etc.)
- Parlez-nous du moment de l'entretien avec le participant dans la salle PF avec le participant (comment le participant est abordé ?)
- Quelles sont les informations partagées avec le participant lors de cet entretien ?
- Quelles sont les attitudes (réactions) des participants face à ces informations ?
- Quelles sont les questions qui reviennent généralement au cours de cet entretien avec les participants ?
- Si oui quelle analyse faites-vous par rapport à cette situation répétitive ?
- Y-a-t-il des particularités que vous observez dans le processus d'information avec les mineurs accompagnés de leur représentants légaux ? si oui lesquelles ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la réalisation de cette activité (N'oubliez pas pour chaque difficulté les dispositions prises pour y faire face et pourquoi) ?
- Quel est votre point de vue sur les mesures contraceptives ?
- Est-il d'avis des choix proposés ? Si oui pourquoi ?
- Avez-vous des recommandations par rapport aux choix proposés ?

7. Activités de communication pour la promotion de l'essai

- Quelle appréciation portez-vous sur la compréhension du projet PREVAC par les volontaires et participants ?

- Selon vous, est-ce que les types et les modalités d'informations (contenu, technique de communication, cadre réglementaire, contexte) des participants sont adaptés (est-ce que suffisant pour engager les participants) ?
 - A votre avis qu'est-ce qu'il faudrait rajouter ou améliorer ?

8. **Appréciation de la stratégie d'engagement communautaire**

- Avez-vous connaissance de la stratégie d'engagement des communautés utilisée dans le cadre de ce projet ?
- Qu'est-ce engager les communautés selon vous ?
 - En termes d'attitude vis-à-vis des communautés
 - En termes d'activités
 - En termes d'acteurs à impliquer
- Comment appréciez-vous la place que les communautés ont occupée dans l'étude ? Selon vous, existe-t-il des différences entre la manière dont PREVAC réalise l'engagement des communautés et vos expériences antérieures en matière de recherche clinique ou d'action de santé publique de manière globale ?
- Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer à l'avenir pour mieux impliquer les communautés dans une étude vaccinale ?
- Quel est votre point de vue sur les activités à base communautaire réalisées au courant de ce processus ?
- Avez-vous des recommandations à nous préciser ?
- **PREVAC a été basée sur l'implication des champions désignés par leurs groupes d'appartenance comme des personnes légitimes. Quel est votre point de vue sur cette approche :**
 - Que pensez-vous des champions en comparaison avec les leaders classiques ? Qu'est-ce qui fait d'eux des personnes légitimes et influentes ?
 - A votre avis quel a été leurs apports dans la conduite de PREVAC ?
 - Comment appréciez-vous le travail qui a été fait par les champions au niveau communautaire et qu'est-ce qu'il faudrait améliorer à l'avenir ?
- **PREVAC a été basée plus sur le bénévolat communautaire que le volontariat. Cela suppose de ne pas être payé mais motivé. Que pensez-vous de cette approche ?**

- Quelle lecture avez-vous de la notion de compensation dans l'essai PREVAC ?
Quelles spécificités ou différences par rapport aux autres pratiques dans la recherche clinique ?
- Quelles sont les raisons qui selon vous ont encouragés les communautés à s'inscrire dans une étude ou elles ne sont pas payées ?
- A votre avis qu'est ce qui devrait être amélioré ?
- A votre avis, quel est la valeur ajoutée de PREVAC dans le domaine de la recherche clinique ?
- Forces et faiblesses de la mise en œuvre de la stratégie d'engagement des communautés ?
- Opportunités et contraintes de la mise en œuvre de la stratégie d'engagement des communautés ?