

EBOLA : UNE ÉPIDÉMIE POSTCOLONIALE

Cheikh Ibrahima Niang

I.F.R.I. | *Politique étrangère*

**2014/4 - Hiver
pages 97 à 109**

ISSN 0032-342X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-97.htm>

Pour citer cet article :

Niang Cheikh Ibrahima, « Ebola : une épidémie postcoloniale »,
Politique étrangère, 2014/4 Hiver, p. 97-109.

Distribution électronique Cairn.info pour I.F.R.I..

© I.F.R.I.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Ebola : une épidémie postcoloniale

Par **Cheikh Ibrahima Niang**

Cheikh Ibrahima Niang est socio-anthropologue à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal). Il a conduit de nombreuses recherches pour des institutions internationales, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au cours de l'été 2014, il s'est rendu en Sierra Leone pour étudier les aspects sociaux de l'épidémie d'Ebola.

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 coloniale et postcoloniale – ne font confiance ni à leurs propres pouvoirs publics, ni aux Occidentaux venus aider. Elles désertent les hôpitaux, considérés comme des mouiroirs, ce qui ne fait que renforcer la propagation d'Ebola.

politique étrangère

L'épidémie d'Ebola n'a cessé de s'étendre en Afrique de l'Ouest, depuis les premiers cas signalés à la fin de l'année 2013. Au 25 octobre 2014, 10 141 contaminations et 4 922 décès avaient été enregistrés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de par le monde. À eux seuls, trois pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria, Sierra Leone) totalisent 10 114 cas et 4 912 décès. La Sierra Leone est le deuxième pays le plus touché, avec 3 896 cas et 1 281 décès. Jamais depuis sa première apparition en 1976 dans l'actuelle République démocratique du Congo, la maladie du virus d'Ebola n'a eu une telle extension, n'a fait autant de morts, n'a autant duré.

Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, rapporte qu'on lui demande fréquemment pourquoi l'épidémie actuelle est d'une telle envergure et si difficile à contenir¹. Pour répondre à cette question, la boutade de Meredith Turshen pourrait s'avérer utile : celle-ci disait que si les bactéries et les virus peuvent survenir « spontanément dans la nature », il n'y

1. M. Chan, « Ebola Virus Disease in West Africa. No Early End to the Outbreak », *The New England Journal of Medicine*, 371, 2014, p. 1183-1185, disponible sur : <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409859>>.

a par contre « rien de naturel ou de spontané » dans une épidémie – faisant allusion aux facteurs et dynamiques historiques, sociaux, politiques, économiques et culturels qui expliquent l'avènement et le cours d'une épidémie². Brooke Schoepf a écrit, dans le même sens, que les épidémies sont « des processus sociaux »³.

Or l'analyse de ces dimensions sous-jacentes renvoie à des représentations historiques, insérées dans une production discursive qui n'est pas neutre. Selon nous, l'épidémie d'Ebola, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Sierra Leone, se déroule dans un contexte postcolonial. Ce terme est employé ici au sens où Achille Mbembe parle de trajectoire historique de sociétés sorties de l'expérience coloniale⁴ – celle-ci étant définie comme rapport « de violence par excellence ». Dans cette optique, le régime postcolonial, structure et dynamique de conflictualité, met en relief à la fois un héritage de violence, des formes spécifiques d'assujettissement et une volonté d'émancipation. C'est ainsi qu'émerge une des caractéristiques les plus reconnaissables d'un tel régime : de profondes inégalités sociales jointes à une extrême pauvreté. La directrice de l'OMS relève à cet égard que les pays les plus touchés par l'épidémie d'Ebola (Guinée, Libéria et Sierra Leone) sont aussi parmi les plus pauvres du monde⁵. Ils sortent à peine d'années de guerres civiles qui ont détruit ou fortement délabré leurs systèmes de santé : entre autres indicateurs, on peut citer le fait de ne disposer que d'un ou deux médecins pour 100 000 personnes⁶.

C'est sur ce socle de pauvreté que se diffuse la peur, un des facteurs les plus souvent cités pour expliquer les rumeurs amplifiant le développement de l'épidémie. La peur constitue une rupture du rapport de confiance ; or c'est ce dernier qui crédibilise un discours agissant sur le risque et la vulnérabilité lors d'une épidémie.

La crédibilité du discours officiel sur l'épidémie n'est pas sans lien avec le contexte postcolonial, lequel se caractérise par ailleurs par la faiblesse des relations de confiance avec les communautés de base. Que ce discours amplifie l'importance de la réponse médicale nationale et internationale

2. M. Turshen, *The Political Ecology of Disease in Tanzania*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1984.

3. B.C. Schoepf, « AIDS, History, and Struggles over Meaning », in E. Kalipeni et al. (dir.), *HIV & AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*, Malden, MA, Blackwell, 2004.

4. A. Mbembe, *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000.

5. M. Chan, *op. cit.*

6. Contre 334 en France selon les données 2014 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (ndlr).

ne le rend pas plus crédible ; le dispositif médical officiel et ses prolongements internationaux sont vus comme procédant de pouvoirs par nature étrangers et hostiles. Le manque de confiance renvoie à l'incapacité de la réponse officielle à interpréter et à comprendre les discours des communautés de base. C'est pourquoi on entend ici amplifier les voix de ces dernières sur leur expérience de l'épidémie.

Notre réflexion sur cette dynamique sociale procède d'une recherche socio-anthropologique menée en juillet 2014 dans les communautés les plus touchées par l'épidémie en Sierra Leone. Nos travaux ont été menés dans les districts de Kailahun et de Kenema (zones frontalières avec la Guinée et le Libéria), en particulier dans les chefferies rurales à prédominance mendé et kissi, et dans les zones urbaines multiculturelles abritant les quartiers et les populations les plus pauvres et les plus affectées par Ebola.

Lors de cette enquête de terrain, les deux districts totalisaient à eux seuls respectivement 65 % et 31 % des décès liés au virus en Sierra Leone. Le village de Njala par exemple (dans le district de Kailahun), qui portait encore les stigmates de maisons abandonnées sans nul survivant, avait en quelques semaines perdu 47 habitants sur une population de 300.

Héritages de violence

Pauvreté, guerre et tensions sociales

À l'aune des indicateurs de développement humain, la Sierra Leone est un des pays les plus pauvres du monde⁷. Plus de la moitié de la population (51,71 %) vit sous le seuil de pauvreté, l'espérance de vie est faible (45,5 ans) et le taux de mortalité maternelle s'élève à 890 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cette pauvreté est, dans les mémoires collectives locales, chargée d'un héritage politique, social et économique.

En 1987, le Fonds monétaire international (FMI) a fermé son portefeuille à un régime déjà profondément gangrené par la corruption. L'effondrement des ressources de l'État entraîne alors le démantèlement systématique des pouvoirs publics, surtout dans les zones rurales. La fin des années 1980 voit le système de santé se délabrer et la condition des enseignants se détériorer très fortement – ceux-ci restent parfois plusieurs mois sans salaire⁸.

7. Voir le *Rapport sur le développement humain 2014* du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), disponible sur : <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf>>.

8. P. Richards, « Forced Labour & Civil War. Agrarian Underpinnings of the Sierra Leone Conflict », in P. Kaarsholm (dir.), *Violence Political Culture & Development in Africa*, Oxford, James Currey, 2006, p. 181.

La Sierra Leone a longtemps été le refuge de populations confrontées aux conflits et à la violence politique. Depuis la chute des grands empires soudano-sahéliens (Ghana, Mali et Songhaï), elle a accueilli des réfugiés fuyant les razzias esclavagistes transsahariennes, les conquêtes militaires et les guerres intestines précédant la traite atlantique au ^{xvi}^e siècle. Le pays a, très tôt, abrité une mosaïque de communautés linguistiques et culturelles que l'on retrouve dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. La traite des esclaves menée par les Européens a renforcé ce paysage « multi-ethnique »⁹ dont les systèmes coloniaux et postcoloniaux, pressés par l'immense enjeu des ressources naturelles, n'ont pas réussi à maintenir la cohésion.

Les représentations collectives retiennent de la Sierra Leone le paradoxe d'un pays immensément riche en matières premières mais avec une des populations les plus pauvres de la planète, et régi par un système politique des plus contestables. Torild Skard cite à ce propos l'histoire suivante : « Lorsque le Seigneur créa la Sierra Leone, les anges protestèrent en disant que ce n'était pas juste de mettre toutes les richesses du monde dans un seul pays. Attendez de voir qui gouvernera le pays, répondit le Seigneur¹⁰ ». Et Skard poursuit : au lieu de réduire les différences ethniques et régionales, le pouvoir colonial les a utilisées, jusqu'à l'indépendance. La démocratisation des années 1990 n'a pas accru la participation populaire dans la prise de décision ; elle semble au contraire avoir été instrumentalisée pour aggraver les antagonismes existants.

C'est en 1787 que les Britanniques s'emparèrent du site de l'actuelle Freetown pour y implanter une colonie d'esclaves affranchis de leurs anciennes possessions d'Amérique du Nord. La Sierra Leone fut, d'abord, administrée par une compagnie anglaise, avant d'être une colonie de la

Le pouvoir médical et politique des anciennes puissances coloniales

couronne britannique de la fin du ^{xviii}^e siècle au début des années 1960. La mémoire collective a gardé le souvenir de ce lien organique entre l'État colonial et les compagnies privées, et le projette aujourd'hui dans ses représentations des rapports entre les multinationales, l'État sierraléonais et l'ancienne puissance coloniale, incluant dans cette perception les organisations non gouvernementales (ONG) qui tentent de répondre à l'épidémie. Naguère, la Compagnie anglaise de Sierra Leone s'était vue déléguer l'administration de la colonie. Aujourd'hui, tout se passe comme si les ONG se voyaient attribuer la gestion de l'épidémie dans les

9. P.D. Curtin, *The Atlantic Slave Trade: A Census*, Madison, WI, The University of Wisconsin Press, 1969.
10. T. Skard, *Continent of Mothers, Continent of Hope. Understanding and Promoting Development in Africa Today*. Londres, Zed Books, 2003.

termes du pouvoir médical et politique des anciennes puissances coloniales, en lieu et place des communautés de base.

La fin des années 1960 amorce une longue série de coups d'État militaires, avec l'instauration d'un parti unique, la généralisation de la corruption dans l'appareil d'État, et l'aggravation de la pauvreté et des inégalités sociales. Au début des années 1990, la Sierra Leone subit le contrecoup de la guerre civile au Libéria voisin et sombre à son tour dans un conflit du même type. Celui-ci débouche sur d'importants reflux de population vers la Guinée, des massacres à grande échelle, l'intervention de mercenaires au service des compagnies minières, d'interminables violences intercommunautaires et une nouvelle série de coups d'État à Freetown.

L'instabilité politique est symptomatique d'un déficit de *leadership* socialement accepté, que la mémoire collective croit retrouver dans la lutte contre l'épidémie. Le personnel international paraît se succéder aux yeux des communautés, sans que celles-ci aient le sentiment d'avoir un quelconque contrôle sur le cours des événements, lesquels donnent plutôt une impression de discontinuité.

La guerre civile, particulièrement atroce, a duré de 1991 à 2002 avec de nombreuses mutilations, 100 000 à 200 000 morts, plus de 2 millions de déplacés, une multitude de viols, des cas d'esclavage sexuel, d'enlèvements et une utilisation massive d'enfants soldats. Les multinationales du diamant sont intervenues directement dans le financement et l'exécution d'opérations militaires. Le conflit prit fin après une intervention de grande envergure de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Organisation des Nations unies (ONU), appuyée par un engagement militaire britannique.

Pour certains auteurs, la guerre a résulté de tensions non résolues au sein de la société sierra-léonaise et d'une rupture de la cohésion sociale. Paul Richards explique ainsi que les tensions précédant la guerre avaient été aggravées par l'incapacité des gouvernements postcoloniaux à construire une citoyenneté reconnaissant les droits des jeunes et des travailleurs migrants dans le secteur minier ou agricole¹¹.

L'ouvrage de Patrick Puy-Denis¹² rend compte quant à lui de la traite des esclaves conduite sur les côtes sierra-léonaises à partir du XVI^e siècle par les Anglais, en concurrence avec d'autres Européens (Français, Portugais,

11. P. Richards, *op. cit.*

12. P. Puy-Denis, *La Sierra Leone*, Paris, Karthala, 1998.

Danois, Hollandais, etc.), et avant par les Arabes. Il s'agit d'une période de razzias, d'enlèvements, de mutilations : le rapport au corps et à ses organes, le contrôle du corps et de l'intégrité physique, ont été des enjeux centraux des violences de la traite, et le sont restés au cours de la guerre civile de la fin du xx^e siècle. L'impression qui prévaut est que la mémoire collective procède par *flashbacks* quand elle soupçonne les centres de traitement et les dispositifs logistiques contre l'épidémie d'Ebola de trafic d'organes. L'image des convois de 4x4, arborant les drapeaux des ONG et fonçant à vive allure sur des communautés dont ils viennent interner les membres dans des structures d'isolement, n'est pas sans rappeler un passé de guerres dont les traumatismes collectifs sont encore vivaces.

L'épidémie d'Ebola naît en quelque sorte « armée » de l'héritage de rupture de la cohésion sociale qui, à l'échelle communautaire, affleure dans un discours métaphorique. À Koindu, dans le district de Kailahun, on raconte qu'au début de l'épidémie la rumeur avait désigné comme responsable un homme ayant révélé l'existence d'un serpent, jalousement tenue secrète par son épouse : une chaîne de morts aurait suivi la transgression de ce tabou. Il s'agit là d'une représentation métaphorique que les personnes âgées m'ont aidé à décoder durant mon séjour sur place. Le serpent symbolise une relation sexuelle extraconjugale dont le dévoilement annonce une rupture de la relation de confiance et une explosion de tensions dans le foyer conjugal, et par extension entre hommes et femmes dans la communauté. L'idée ici est que l'épidémie s'est déclarée du fait de l'absence de cohésion dans la communauté. Nous la retrouvons d'ailleurs dans un autre récit, qui veut que l'épidémie ait pour cause des querelles opposant une femme qui aurait acheté du poisson à crédit et la vendeuse qui n'aurait pas été payée. La reconstruction de la cohésion sociale par le biais de dynamiques de dialogue apparaît dès lors nécessaire au dépassement de l'épidémie.

« Viande de brousse » et « gens de la forêt »

L'origine animale du virus est largement abordée dans la littérature scientifique¹³. On parle de contacts humains avec la chauve-souris roussette, le chimpanzé, le rat géant, le porc-épic, l'antilope, etc. Le virus *Zaire Ebolavirus* (responsable de l'épidémie actuelle) est lié aux zones de forêt tropicale qui couvre la Sierra Leone dans sa partie la plus touchée.

La question de la consommation de viande d'animaux sauvages occupe une place importante dans le discours officiel sur la prévention de la maladie.

13. A.S. Fauci, « Ebola. Underscoring the Global Disparities in Health Care Resources », *The New England Journal of Medicine*, 371, p. 1084-1086, disponible sur : <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409494>>.

Cette évocation de la « viande de brousse » prend place dans un contexte de déficit de communication. Les messages sont compris comme véhiculant l'idée que 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.

La consommation de viande de brousse renvoie à la question de la relation des milieux anthropiques avec les écosystèmes de la forêt tropicale humide. Le discours officiel de prévention est perçu comme une construction discursive qui valorise l'établissement d'une distance avec la forêt, cette dernière représentant l'animalité de laquelle l'homme doit se dissocier. Or du point de vue des communautés locales, la forêt a ses histoires sociales « à raconter », participant de l'ontologie, des constructions de l'humain et de la dynamique sociopolitique. Elle est un refuge individuel et collectif ; elle protège, recompose, reconstitue, recycle ; elle soigne et guérit les blessures physiques et sociales ; elle permet de corriger les dysfonctionnements sociaux ; elle renouvelle les cycles d'harmonie, réintégrant les processus humains dans des ensembles apaisés et des cycles écologiques reposant sur la construction permanente de l'équilibre. Ainsi, dans le contexte de l'épidémie d'Ebola, nombre d'anecdotes circulent au sujet de membres de ces communautés qui se réfugient dans les forêts voisines pour échapper aux ambulances venues chercher les malades ou aux mesures de quarantaine et de confinement.

Symbolique de dépossession et d'exclusion

La gestion de la maladie engendre une rupture entre les communautés et le système. Rupture, tout d'abord, au plan de l'appréciation de la cohérence du discours officiel. Dès les premiers cas d'infection, une intense campagne d'information a été développée autour du thème de l'absence de traitement curatif de la maladie. Dans cette logique, la seule issue, en cas d'infection, était la mort. L'information officielle a ainsi projeté des images terrifiantes qui semblaient être confirmées par le nombre élevé de personnes qui décédaient peu de temps après leur acheminement dans les structures médicales. Mais la soudaineté de la mort n'a pas été seule, au départ, à poser problème. Ses circonstances importent aussi : la perte du contrôle sur le corps du défunt est alors le symbole d'une dépossession absolue – « si on n'a aucun contrôle sur le corps de nos morts, c'est qu'on ne possède rien du tout ». Sur ce plan, la femme apparaît comme la plus atteinte.

L'ère du soupçon

Les procédures médicales imposent un isolement strict du malade qui est perçu comme une absence de transparence, cette mesure étant soupçonnée de cacher des procédures irrégulières. La réponse médicale est ici vécue comme reposant sur un paradigme épidémiologique qui réduit la solution à la mise en quarantaine des malades et à leur mort rapide : si tous ceux qui sont touchés meurent, alors il n'y aura plus d'Ebola. Il faudrait dès lors les empêcher de transmettre la maladie et les laisser mourir rapidement. Dans les représentations et perceptions communautaires, les logiques médicales sont donc associées à un cynisme froid et déshumanisé : il s'agirait de précipiter la mort des patients pour venir à bout de l'épidémie.

On murmure que, dans les centres de traitement, les malades d'Ebola ne sont pas nourris correctement, qu'ils meurent de faim et que certains s'échappent pour aller chercher à manger. La logique biomédicale veut que les éléments nutritifs soient essentiellement transmis par perfusion. Mais si les nutriments sont une construction biomédicale, la nourriture est, elle, une construction sociale qui se trouve au cœur des identités individuelles et collectives.

Les structures médicales sont perçues comme manquant d'hygiène et de protections, ce qui augmenterait le risque d'infection pour les personnes saines. On se plaint du nombre insuffisant de lits – des malades étant allongés à même le sol –, du manque de draps, de robinets qui ne fonctionnent

6 infirmiers là où il en aurait fallu 65

pas, de vomissures par terre non nettoyées, de toilettes infectes, d'odeurs pestilentielles, etc. Les communautés amplifient les rumeurs selon lesquelles les malades seraient livrés à eux-mêmes, certains n'arrivant même pas à avoir de l'eau au moment de leur agonie. On parle de personnes mortes étouffées par leurs propres vomissures, nul ne les aidant à changer de position. Ces plaintes rejoignent d'ailleurs celles du personnel de santé de l'unique centre de traitement d'Ebola de Kenema qui, fin juillet 2014, reconnaissait ne disposer que de 6 infirmiers là où il en aurait fallu 65 pour les besoins du district.

Les visions communautaires projettent l'image d'un cauchemar, amplifié par la dénonciation de l'exclusion des communautés et des familles de la prise en charge du malade. Le monde médical est perçu comme s'attribuant tous les pouvoirs sur le corps, en rupture avec les pratiques de toucher du malade qui concrétisent pour les communautés des concepts d'empathie et de solidarité essentielles pour la cohésion sociale.

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, lequel incarne la violence de l'État postcolonial.

Dans ce contexte, ce n'est pas seulement le corps qui est enjeu de confrontation, mais aussi ses parties constitutives. On ne sait pas ce qui est fait du sang prélevé sur les patients ni quels enjeux peuvent être liés à sa manipulation. Les récits de mutilations et de disparitions dans le contexte de l'esclavage et des guerres civiles ressurgissent alors des mémoires.

La femme exclue

Dans les comptes rendus communautaires de l'épidémie à Njala, on insiste sur le fait que les femmes sont les plus touchées. Il ne s'agit pas d'une vulnérabilité biologique mais sociale. Ce sont en effet elles qui sont le plus en contact direct avec les malades au moment où ils sont le plus contagieux. Or les femmes sont peu intégrées dans le système institutionnel de prise de décision. Elles ont un capital social énorme qui se manifeste dans les réseaux communautaires et les sociétés initiatiques, mais sont généralement ignorées dans les réponses officielles. Ni les *mammy queens* – détentrices de pouvoirs distincts des chefferies masculines –, ni les leaders des organisations traditionnelles de femmes (*swei*), ni les femmes responsables des marchés n'ont été impliquées en tant que telles dans l'élaboration et l'application de ces réponses.

Skard le souligne¹⁴ : il existe une littérature anthropologique sur des femmes qui ont occupé des positions de *leadership* politique dans l'histoire de la Sierra Leone. On parle ainsi de « Madam Yoko, dirigeante de la confédération mendé de Kpa », ou de femmes qui ont, durant des siècles, occupé les fonctions éminentes de chefs de lignage ou de dirigeants politiques ou militaires¹⁵. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, le *leadership* féminin devrait être le prolongement naturel de l'image de la femme apportant la vie, donnant la naissance par-delà la mort.

14. T. Skard, *op. cit.*, p. 169.

15. M.C. Ferme, *The Underneath of Things. Violence, History, and the Everyday in Sierra Leone*, Berkeley, CA, The University of California Press, 2001 ; T. Skard, *op. cit.* ; A. Kourouma, *Allah n'est pas obligé*, Paris, Le Seuil, 2000.

La rumeur comme résistance

Un proverbe méné dit : « Un étranger reconnaît une nouvelle tombe mais ne connaît pas qui y est inhumé¹⁶ ». Autrement dit, ce n'est pas ce que l'on dit explicitement qui est le plus important, c'est ce que l'on sous-entend... C'est de cela qu'il faut s'occuper.

Rumeurs et positions

L'analyse du compte rendu d'une manifestation à laquelle nous avons assisté permet de saisir la complexité des points de vue sous-jacents à l'expression de rumeurs. Tout part d'un attroupement de femmes dans le principal marché de la ville de Kenema. L'une d'elles raconte : « J'ai vu une femme crier "Ebola est faux !" et dire "Moi qui vous parle, je suis infirmière. Je vais vous dire la vérité. Tout à propos d'Ebola est question de sang et de trafic de sang. Le gouvernement a besoin de beaucoup de sang pour le vendre aux pays occidentaux... Tous ceux qui sont en train de mourir d'Ebola sont en réalité tués pour cela. C'est ça le secret. Maintenant que je vous l'ai révélé, Ebola n'existe pas" ». L'oratrice a vite réuni autour d'elle une foule qui ne tarde pas à crier : « Ebola est parti ! Ebola est parti ! » La foule s'est alors mise à chanter et à danser jusqu'à ce que la police arrive sur les lieux et interpelle l'oratrice qui est conduite à la station de police. Un peu plus tard, une foule s'y rend pour réclamer sa libération. Mais un officier de police explique qu'elle a été retenue pour vérifications. Selon l'officier, l'époux de l'oratrice, contacté par la police, a indiqué que celle-ci ne jouissait pas de toutes ses facultés, et que lui-même viendrait la chercher au poste. En attendant, la police retient la femme, ce qui provoque l'ire de la foule qui ne reçoit aucune d'information. À bout de patience, elle commence à jeter des pierres sur le poste de police, les policiers répliquant par des tirs de gaz lacrymogène. Plusieurs groupes se forment alors, certains prenant la direction du centre de traitement d'Ebola à l'hôpital général de la ville – quelques jours auparavant, le bruit avait couru que certaines personnes voulaient l'incendier. La foule est bientôt stoppée par les forces de sécurité et, dans les affrontements, un garçon est blessé par balle.

Les discours tenus au cours de cet épisode révèlent un désir profond de voir l'épidémie d'Ebola disparaître. Si celle-ci est présentée comme une maladie qui tue dans d'atroces souffrances, dans l'isolement total et pour laquelle il n'existe ni traitement ni vaccin, alors le slogan « Ebola est parti ! » traduit un rêve profond et un espoir. Il ne s'agit pas à ce niveau d'un déni de l'existence même de la maladie, mais plutôt de la remise

16. M.C. Ferme, *op. cit.*, p. 23.

en cause d'une réponse officielle qui est incapable de susciter l'espoir. Les propos amplifiant les rumeurs de trafic de sang peuvent être interprétés comme un appel à plus de transparence dans les procédures médicales, et plus de garantie des principes éthiques concernant le respect des droits et de l'intégrité de la personne aux mains du pouvoir biomédical.

Le politique se cache presque toujours derrière ce dernier. Les rumeurs véhiculées par les membres des communautés parlent d'Ebola comme d'une invention du gouvernement qui pactise avec le pouvoir biomédical dans le but d'organiser des trafics de sang ou d'organes au profit d'une classe dirigeante corrompue. Derrière les manifestations se profile une révolte contre les autorités et les logiques médicale et politique, dans un contexte de déficit de concertation et de communication.

La même logique de lecture peut être appliquée à la tentative d'incendier le centre de traitement à Kenema. Là, la foule répétait que personne ne lui avait demandé son avis avant d'installer ce centre à côté du bâtiment de la maternité de l'hôpital général. Et elle ne faisait pas confiance au système de santé pour maintenir une barrière étanche entre l'espace d'isolement des malades d'Ebola et celui de la maternité. Le centre de traitement était représenté comme « un centre de mort », représentant un réel danger pour la maternité, « centre de vie ».

La mère et la fille de toutes les maladies

Dans la plupart des entretiens approfondis, l'existence de la maladie est, non pas niée, mais présentée comme la catastrophe absolue. Ebola est une catastrophe, en ce sens qu'elle détruit la chaîne de continuité généalogique et ontologique. Elle décime des familles entières, et ce faisant « arrête l'histoire ». L'expression *mendé* pour désigner Ebola, *bodo ute*, peut se traduire littéralement par « extermination de la famille ». On mesure l'ampleur de la catastrophe quand on garde à l'esprit la place centrale qu'occupe la famille dans la construction des identités : « on est, parce que membre d'une famille ».

Ce mal absolu s'installe au confluent de plusieurs autres maux. Une interlocutrice de Kailahun explique : « Ebola est la fille du paludisme, de la tuberculose, du choléra, du sida et de toutes les maladies auxquelles on était habituellement confrontés. Mais quand elle arrive, elle tue par la fièvre, la diarrhée et de multiples maux, qui minent le corps et dispersent la famille ». La métaphore du confluent renvoie encore à un manque de confiance entre communautés et structures sanitaires : on pense toujours qu'une simple visite à un centre de santé augmente le risque d'infection par le virus.

L'épidémie d'Ebola peut en cacher d'autres à venir

À Daru (dans le district de Kailahun), l'infirmier responsable du poste de santé nous confie le jour d'une visite de terrain : « Habituellement, j'ai à ce jour 40 à 50 patients qui viennent en consultation. Aujourd'hui, j'en ai que 4 et c'est comme ça depuis plusieurs semaines maintenant ». Dans d'autres entretiens, on nous a indiqué que tous les programmes de prévention du paludisme et d'autres maladies infectieuses ont été suspendus, de même que ceux de renforcement nutritionnel à l'intention des enfants. On nous a rapporté également que rares sont les femmes qui maintenant vont accoucher dans les structures médicales. Dans ce contexte, l'épidémie d'Ebola peut en cacher d'autres à venir...

Le patient zéro tel qu'il est généralement présenté dans les discours communautaires est une infirmière qui avait pris en charge une tradipraticienne, laquelle est décédée en présentant tous les signes d'Ebola après avoir elle-même soigné une femme enceinte souffrant des mêmes symptômes. La tradipraticienne avait fait un massage à cette femme, dans le cadre des procédures traditionnelles prescrites pour la préparation de l'accouchement. Or la structure médicale coloniale et postcoloniale n'a pas été pensée en prévoyant des massages aux femmes enceintes, surtout en milieu rural et en milieu pauvre.

Selon les récits, la patiente zéro est arrivée dans la structure de santé au moment où s'y tenait une rencontre de l'association d'infirmières dont elle était membre. Elle a été touchée par plusieurs de ses collègues et amies dans le cadre d'une relation avec la malade qui implique maquillage, toilette, alimentation – le massage répondant surtout à une logique de prise en charge psycho-affective. Le système de santé, qui soupçonnait déjà que l'infirmière était infectée par le virus Ebola – sans pour autant en être totalement sûr, ne disposant pas encore des résultats des tests – est accusé de ne pas avoir partagé ses soupçons avec les collègues et amies de la patiente zéro.

L'épidémie d'Ebola ne pose pas seulement un problème biomédical. Elle est un fait politique et social, qui se développe dans le champ historique du postcolonialisme. Elle est fille d'une histoire de violence structurelle et multiforme. Elle se développe dans un cadre de conflictualité institutionnelle, avec ses corollaires de déficit de communication, de peur et de résistance. Elle génère elle-même de nouvelles histoires de violence.

L'épidémie peut aussi être lue comme une surface de projection d'un manque de confiance, et d'attitudes de rejet et de résistance des communautés vis-à-vis d'une réponse officielle nationale et internationale perçue comme ayant elle-même commencé à les exclure du pouvoir de conception et de décision.

À partir de cette lecture, il devient urgent de replacer les communautés de base au centre d'une dynamique de concertation et de dialogue, pour rétablir la confiance et reconstruire les mécanismes d'appropriation nécessaires au développement d'une synergie entre les réponses locales et l'intervention internationale. Il serait alors possible de dépasser le post-colonialisme, dans un même mouvement construisant une empathie universelle – à l'inverse de la peur, qui génère de nouvelles rivalités entre intervenants internationaux –, dont le premier signe pourrait être de substituer aux symboles propres des pays intervenants, la symbolique des Nations unies.

Actuellement, deux vaccins sont à l'essai, sous la supervision de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et vont conduire probablement à des campagnes de vaccination dans les pays les plus touchés. L'OMS est aussi en train de suivre huit traitements qui sont à diverses phases d'expérimentation et d'essai. Ainsi, on s'attend à d'importantes interventions biomédicales, à grande échelle, dans les semaines et mois à venir en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

Mais si la perte de confiance entre les communautés et les systèmes locaux de santé perdure, ces interventions risquent d'être fortement hypothéquées ; et ceci d'autant plus qu'elles vont être assimilées à ces systèmes qui leur serviront de cadre d'exécution.



Mots clés

Ebola
Sierra Leone
Postcolonialisme
Épidémie