HAL
open science

Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée

Waly Diouf, Sylvain Landry Faye

To cite this version:

Waly Diouf, Sylvain Landry Faye. Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée. Face à face Regards sur la santé, 2020. hal-03214079

HAL Id: hal-03214079

https://hal.science/hal-03214079v1

Submitted on 1 May 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.

OpenEdition Journals

Face à face

Regards sur la santé

16 | 2020
La santé en Afrique à l'ère de la Global Health

Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée

Waly Diouf et Sylvain Landry Faye

Résumé

Cet article porte sur un retournement de paradigme dans le cadre de la gouvernance de la lutte contre Ebola en Guinée (2014-2016). Bien que les directives internationales prônent depuis longtemps l'engagement des communautés dans la lutte contre les épidémies, le dispositif de la réponse internationale à cette épidémie a imposé des modes opérationnels ne permettant pas aux populations d'assumer leurs responsabilités. Les organisations internationales et celles non gouvernementales dédiées à la santé, ont d'abord mis à l'écart les communautés locales, leurs connaissances et les dynamiques socio-culturelles, pour de "bonnes" raisons sanitaires. Les protocoles et principes orientés vers la gestion du risque épidémiologique en Guinée ont minoré, voire peu reconnu les capacités et pratiques des communautés afin de gérer le risque social autour de cette maladie. Pour des raisons qui relèvent de l'étiologie (causes et conditions de transmission) de la MVE, les populations « saines » devaient être mises à l'écart des protocoles de soins et les rites funéraires réduits à la portion congrue des technologies d'inhumations dites sécurisées.

Divers groupes sociaux dont la mobilisation était peu attendue, sont montés au-devant de la scène pour mobiliser leurs pairs, afin de les replacer au cœur de la lutte contre l'épidémie. Ces communautés épistémiques, du fait de leur légitimité reconnue, de leurs capacités de critiques et d'initiatives, ont initié diverses actions pour contester, participer à la lutte et protéger leurs localités d'Ébola. Cet engagement des "cadets sociaux", loin des mobilisations prescrites soit par les pouvoirs publics soit par les partenaires internationaux, a aussi poussé le dispositif de la Riposte à reconnaître et à intégrer les savoirs locaux aux impératifs sanitaires de la gestion d'une épidémie, à humaniser leurs pratiques dans la gestion de la sécurité sanitaire .Ce retournement de situation constitue une restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de lutte contre les épidémies dont le sida a été un exemple emblématique.

Texte intégral

Contexte et objet

1 Entre mars 2014 et juin 2016, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone ont connu une épidémie de Maladie à Virus Ébola (MVE), déclarée comme une urgence de santé publique de portée internationale à partir d'août 2014. En Afrique de l'Ouest, cette épidémie a semblé présenter un caractère de nouveauté en raison de son ampleur, de sa résonance internationale et de l'importance des moyens déployés pour lutter contre elle. Pour autant, dans la réalité, elle n'a rien d'une exceptionnalité comme l'ont révélé par exemple les travaux de Faye[1], Fribault[2] ou encore Fairhead[3]. Comme pour les épidémies précédentes, une réponse au risque épidémiologique s'est constituée autour des États avec la contribution de plusieurs partenaires internationaux et sous-régionaux, pour la conception et la mise en œuvre de mesures de lutte dans l'optique de contenir la maladie.

2 En Guinée, la réponse à l'épidémie s'est construite autour d'une *multiplicité d'acteurs nationaux, sous-régionaux, transnationaux,* avec des ressources financières, des approches et des agendas différents. C'est dans cette optique que nous empruntons la notion de « matrice de l'action publique » d'Eboko qui permet de cartographier les acteurs internationaux, nationaux, publics et privés d'une action publique en Afrique[4]. En raison du fait qu'il s'agissait d'une urgence de santé publique, les États africains étaient censés jouer un rôle central dans l'organisation du dispositif de lutte contre l'épidémie communément appelé Riposte[5]. Dans la réalité, ils se sont adossés à certaines ONG (Médecins sans Frontières, Croix-Rouge) et d'agences onusiennes (OMS, UNICEF, PAM, etc.)[6]. Les rapports de force et de pouvoir au sein de cette matrice de l'action publique, ainsi que les formes d'interaction et de partenariat de ces différents acteurs justifient ici l'emploi du concept de gouvernance de la lutte contre Ébola. Il s'agit d'un cadre d'actions collectives, d'un processus complexe de gestion de l'épidémie, de concertation entre les diverses parties prenantes aux intérêts, pouvoirs et motivations divergentes pour la prise de décisions et la mise en place des activités de lutte. En se focalisant sur le cas guinéen, il semble nécessaire de décrire et analyser ce cadre et le processus de gouvernance. Au plan théorique, cette réflexion est soutenue par le modèle dissonant de l'analyse des politiques publiques[7] afin de montrer comment une politique nationale de sécurité sanitaire devient exogène[8] parce qu'elle est pensée, conçue et mise en œuvre à partir d'une décision prise au niveau international. Les formes et trajectoires que prennent les réponses à l'épidémie d'Ébola par l'État guinéen deviennent enchâssées dans une économie politique internationale[9] que ce texte se propose également de mettre en lumière pour mieux appréhender l'implication des communautés locales confrontées à l'épidémie dans cette gouvernance pluri-acteurs.

3 Ainsi, le point nodal de notre analyse est la gouvernance d'Ébola du point de vue des communautés, bénéficiaires, auxquelles les autres parties prenantes du processus donnent du relief, notamment du fait de la configuration internationale de cette « Riposte ». La participation des populations à la gouvernance recouvre un enjeu crucial, reconnu officiellement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une des conditions de la réussite des programmes de santé, y compris dans la lutte contre les maladies émergentes. Le principe qui consiste à engager les communautés, c'est-à-dire à reconnaître leurs savoir-faire, à leur assurer une place dans le processus décisionnel et dans l'action publique ne date pas d'aujourd'hui. La charte d'Ottawa (1986), qui a proclamé la promotion de la santé considérait déjà la nécessité *de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.*

Il s'agit alors d'une volonté de dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

4 Dans la réponse guinéenne à l'épidémie d'Ébola, plusieurs mesures ont été prises au nom de la sécurité des populations : dispositifs de surveillance épidémiologique (quarantaine, thermoflash[10]), comités villageois de veille, surveillance des frontières), de rupture de la chaîne de transmission (enterrements sécurisés, suivi des contacts), de la prévention et de la prise en charge des cas (centres de traitement Ébola, vaccination.) Toutefois, elles ont été contestées par les populations[11]. Si ces actes ont été mis en relation avec la nature de la reconnaissance et de l'engagement des communautés[12], il importe de questionner ici la place effective des communautés dans la gestion des mesures de lutte contre Ébola, les présences et absences des populations dans les discours et pratiques de la Riposte.

5 En usant ici du concept de communauté, nous faisons référence à divers ensembles ou groupes d'êtres humains qui ne partagent pas seulement la même ethnie, religion, culture, langue ou localisation géographique, mais aussi des valeurs, ont des expériences communes qui suscitent des initiatives dans le cadre de l'action publique. Ces groupes peuvent être appelés des communautés épistémiques définies comme « *des réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques* ».[13] Dans la lutte contre Ébola, elles renvoient aux diverses personnalités individuelles ou collectives mobilisant les populations, pour la critique des activités de la Riposte, la proposition et la mise en œuvre de savoir-faire locaux (exemple des enterrements) tout en exerçant un lobbying cognitif[14] auprès des institutions locales, pour la maîtrise de l'épidémie.

6 Ces formes de mobilisation, parce que fondées plus sur des valeurs de solidarité que sur des intérêts individuels ou de classe suggèrent de questionner les engagements citoyens qu'elles expriment. Nous entendons par engagement citoyen, une forme de mobilisation de la part d'individus ou de groupes pour mettre en œuvre des activités qui débouchent sur la promotion de la défense de l'intérêt général, de sa localité, au nom du contrat social et de la solidarité communautaire. Dans le cadre de cet article, nous souhaitons décrire de manière ethnographique qui sont les acteurs de ces mobilisations, les formes ainsi que leurs rationalités dans le cadre de la lutte contre Ébola en Guinée. Nous analysons aussi de quelle manière elles ont été porteuses d'une dynamique citoyenne, les modes de manifestation de cette dernière et ses effets sur l'action publique en Guinée.

Terrains et méthodes

7 Les données présentées dans cet article sont tirées d'enquêtes qualitatives menées de 2014 à 2016, par une équipe composée de trois anthropologues séniors[15] chargés de la coordination du travail, d'une post doctorante[16]et deux doctorants en anthropologie[17], de six étudiants guinéens en master de sociologie pour les enquêtes de terrain, la transcription des entretiens. Les enquêtes ont eu lieu en Guinée Forestière (Guéckédou, Macenta) et Conakry, premiers épicentres de l'épidémie (avril à septembre 2014), et en Basse-Côte (Forécariah, Coyah) (septembre 2014 à décembre 2015).

8 Ces enquêtes ont consisté en l'observation du dispositif de la Riposte afin de documenter les présences ou absences des communautés dans les discours et pratiques des acteurs. Pour y parvenir, les membres de l'équipe ont été impliquées dans les activités de la Riposte : un anthropologue sénior a été recruté par l'OMS et intégré les équipes de lutte à Conakry et à Guéckédou ; les doctorants anthropologues ont été volontaires au niveau de la commission Communication et Mobilisation sociale de la coordination préfectorale de Coyah et Forécariah. Cette immersion a permis de participer aux réunions quotidiennes, aux activités de communication, de mobilisation sociale et d'engagement des

communautés. Cela a permis d'observer les interactions entre les acteurs en présence, en scrutant plus particulièrement leurs modes de collaboration avec les communautés. En participant aux différentes activités de la Riposte (suivi des contacts, enterrements sécurisés, prévention et contrôle des infections, levée des réticences et médiation, sensibilisation et communication, et les séances de vaccination), nous avons pu observer les pratiques dites d'engagement des communautés, ainsi que les réactions de ces dernières. Nous avons aussi été attentifs aux activités d'individus et de groupes sociaux positionnés comme défenseurs de leurs communautés et avons tenté de comprendre les motifs de leur engagement.

9 L'équipe de recherche a aussi conduit des entretiens individuels semi-directifs avec différentes catégories d'acteurs impliqués dans la gestion de l'épidémie : les survivants et familles de victimes, les membres des équipes de coordination, les autorités administratives locales, les représentants de structures communautaires actives, les représentants des organismes onusiens et des ONG internationales. Concrètement, ces acteurs ont été interrogés sur leurs expériences de l'épidémie, afin d'identifier les formes d'interaction entre les équipes techniques et les communautés, en particulier dans la décision et la mise en œuvre des différentes mesures de lutte. Nous avons aussi identifié les individus et groupes sociaux qui se sont illustrés dans la mobilisation communautaire, les activités menées et leurs capacités à engager les autres membres dans l'action publique.

Une gouvernance exogène de la lutte contre l'épidémie d'Ébola en Guinée

10 Lorsque l'épidémie d'Ébola survient en Guinée, les faibles capacités financières et techniques de l'Etat[18], les limites de son système de santé (allocation inadéquate des ressources humaines et financières, plateau technique obsolète, faibles capacités de surveillance, etc.) n'étaient pas de nature à faciliter le leadership des pouvoirs publics dans la réponse à cette épidémie[19],[20]. Ces carences structurelles de l'Etat guinéen ont joué sur la confirmation et la déclaration tardives de l'épidémie par les autorités nationales, tandis que l'environnement socio-culturel guinéen en a fait une maladie mystérieuse liée aux spécificités de la région forestière du pays. Par ailleurs, en raison du contexte politique (période pré-électorale)[21], les autorités guinéennes, soucieuses de rassurer les populations, vont considérer que l'infection était sous contrôle, retardant la mobilisation de la communauté internationale.

> « C'est l'État au début qui voulait cacher ça, 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 par l'opposition. C'était une période vraiment très dure dans la vie politique de la Guinée où Ebola est apparue » Représentant acteur partenaire de la Riposte, Coyah_Août 2015

11 La faiblesse de sa mobilisation va reposer la question de la confiance ou plutôt le problème rituel de la méfiance envers le gouvernement. Par ailleurs, les lenteurs de la communauté internationale ont accentué la défiance et l'antagonisme envers les partenaires occidentaux, prolongeant chez les populations affectées des discours et des attitudes influencées par une économie morale du soupçon : Ébola serait une maladie créée par « les Blancs », avec la complicité des autorités politiques guinéennes (Faye, 2015), ce qui aurait justifié un rejet et des actes de violence à l'égard des équipes internationales. En Guinée Forestière, les acteurs de la lutte vont regretter l'absence de leadership de l'État et la centralisation des décisions et des ressources au niveau de la Coordination Nationale de lutte contre Ébola à Conakry, affectant ainsi la fonctionnalité de l'organe local de gestion de l'épidémie.

> « Pendant quelques semaines (au mois de juillet 2014), nous n'arrivions pas à faire fonctionner correctement nos équipes de suivi des contacts et de communication parce que l'État guinéen n'arrivait pas à les payer. Il n'y avait plus de carburant aussi, obligeant à garer les véhicules. L'OMS a aussi tardé faute de sa faible capacité de mobilisation des ressources financières à l'époque » Membre de la coordination préfectorale de la Riposte, Gueckédou_Juillet 2014.

12 La faiblesse de la contribution financière et matérielle de l'État guinéen va ainsi la rendre dépendante du financement et des orientations des partenaires techniques et financiers internationaux et des ONG, qui ont tardé à se concrétiser. Ses difficultés à imposer son leadership vont créer des espaces vacants que des organisations comme l'OMS, Médecins Sans Frontières (MSF), le Programme des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et la Croix-Rouge vont occuper principalement. Ces organisations vont ainsi assumer le rôle de régulation dédié aux pouvoirs publics nationaux. Avec leur appui et leur collaboration, le gouvernement guinéen va adopter les premières réponses à l'épidémie en mobilisant un certain nombre de technologies et de protocoles, des ressources humaines, d'outils préalablement utilisés en RDC[22] (outils de communication, technologies des centres de traitement Ébola, protocoles de prise en charge).

13 Dès les premiers mois de l'épidémie de 2014, MSF va se charger de la prise en charge des malades, basée sur son modèle Centre de Traitement Ébola (CTE). La Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR) avec la Croix-Rouge Guinée (CRG) va se charger du transport des malades vers les CTE, du volet de prévention et du contrôle des infections, des enterrements dignes et sécurisés. L'UNICEF 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. L'OMS va se positionner dans la coordination des interventions à travers un encadrement technique et un soutien opérationnel apporté au gouvernement. Cette organisation va également s'investir dans les activités de surveillance épidémiologique. Pour autant, les absences de l'État guinéen vont l'obliger à endosser une posture plus interventionniste. Cette organisation a en effet affirmé sa présence aux côtés de l'État et exercé une influence sur les décisions prises par la coordination nationale, en endossant la responsabilité entière de l'action d'urgence du système onusien contre Ébola. En raison de la nature transfrontalière de l'épidémie, le conseil des ministres de la Santé (Accra, juillet 2014) va confier à l'OMS la mise en place du Centre Sous-Régional de Coordination de la Réponse à l'Épidémie d'Ébola (CSCRE) afin de coordonner, d'harmoniser et de rationaliser les ressources financières et l'appui technique aux pays touchés. Toutefois, les difficultés de fonctionnement et de financement auront raison de cette initiative. Par ailleurs, l'OMS a eu du mal à endosser aussi bien son rôle opérationnel que celui de coordination sur le terrain[23]. Spécifiquement, les relations heurtées avec les représentants de MSF ont gêné la coordination efficace des activités.

14 MSF, organisme expert dans la prise en charge des cas et la gestion des CTE, ainsi que la formation des professionnels de santé, va pointer les errements ou les failles de cette organisation internationale[24]. En raison de sa culture professionnelle militante, revendicative et sa volonté ontologique d'indépendance[25], MSF va avoir des interactions quelques fois tendues avec l'OMS et le gouvernement guinéen. Par exemple, lors des réunions quotidiennes de coordination à Conakry (mai-juin 2014), les représentants de MSF vont régulièrement dénoncer l'inaction de l'État guinéen. Diakité[26] rappelle ainsi les difficultés du Comité national de crise sanitaire de l'époque à contrôler les déclarations alarmistes de MSF à l'international créant la peur chez les compagnies minières et aériennes. À Guéckédou, MSF était peu prompte à s'aligner aux initiatives de rationalisation des activités de communication proposées par la commission mobilisation sociale de la coordination préfectorale (juillet 2014). Pourtant, en raison du foisonnement des partenaires intervenant dans la communication, une telle initiative devait permettre d'éviter les chevauchements des équipes constatées dans la préfecture et diffusant des messages quelques fois contradictoires. Au moment où l'épidémie a connu une flambée

vers Macenta et N'zérékoré et que le CTE de Guéckédou ne pouvait plus accueillir les malades, MSF a choisi, au regard de ses moyens, à y implanter un centre de transit (août 2014) alors que l'État souhaitait un Centre de Traitement Ebola. Il a fallu attendre l'intervention du gouvernement français pour que le CTE soit mis en place, avec une gestion confiée à la Croix-Rouge Française (CRF). Les interactions particulières de MSF avec l'État guinéen et surtout l'OMS illustrent une contestation du leadership de cette organisation onusienne[27], une ne telle attitude n'étant pas nouvelle[28].. De plus en plus d'organisations internationales et philanthropiques de la santé et de groupes de la société civile, ayant tendance à élargir leur mandat pour couvrir les questions de santé mondiale remette en cause le rôle moteur de l'OMS.

15 En Guinée, la présence française s'est matérialisée par le contrôle plus important aux frontières avec l'intervention de l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) et le financement des activités de la Croix-Rouge Français mais également la promotion des essais vaccinaux par le biais de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). De leur côté, les Etats-Unis, via le Center for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta ont collaboré avec les institutions françaises et japonaises ainsi que d'autres partenaires internationaux connus dans le domaine de la surveillance des maladies infectieuses. Même si elles restent moins visibles dans les organigrammes au niveau local, les partenaires financiers et autres bailleurs tels que l'Agence américaine pour le développement international (USAID[29]) pour la diplomatie américaine, l'Union Européenne, la Banque Mondiale mais aussi la Bill & Melinda Gates Foundation se sont révélés déterminants avec les financements mis à disposition et le déploiement de leur assistance technique.

16 L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), à l'époque critiquée pour son inertie, va s'impliquer en facilitant la signature avec la Banque Africaine de Développement (BAD) d'un don de deux millions de dollars américains, pour soutenir les activités de lutte contre l'épidémie en Guinée et dans les pays limitrophes. Une Équipe Régionale d'Intervention et de Riposte (ERIR) a été mise en place afin d'apporter un appui direct aux pays concernés par les épidémies, en fournissant des techniciens ou des experts lorsque les États en expriment la demande. L'implication de l'Union Africaine (UA) quant à elle s'est matérialisée à partir de septembre 2014 par la mise en place de l'African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa (ASEOWA) et la construction à Coyah d'un CTE, symbole de la coopération intra-africaine pour la prise en charge des malades.

17 Cette cartographie dynamique des acteurs de la lutte contre Ébola en Guinée illustre le faible leadership de l'État et une prééminence des organisations internationales de la santé dont les formes d'interactions n'ont pas toujours été apaisées. L'analyse de cette gouvernance renseigne aussi l'invisibilité des communautés dans le dispositif institutionnel, un autre pan dont l'engagement a pourtant été réaffirmé comme nécessaire pour créer la confiance et la clé de succès de la lutte[30].

Les communautés : actrices oubliées dans les institutions de gestion de l'épidémie en Guinée ?

18 Pendant l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest (2014), l'OMS ainsi que la plupart des partenaires ont recommandé d'engager les communautés dans la gestion de l'urgence sanitaire. Cela voulait dire, en principe, identifier les personnes en qui elles ont confiance, établir des relations avec elles et les impliquer dans le processus de décision. S'assurer que les interventions des équipes de la Riposte soient collaboratives et adaptées au contexte était la meilleure approche pour gagner la confiance des communautés. Dans la pratique,

les communautés et le groupe d'acteurs qui les représentent, ont été insuffisamment pris en compte dans la gouvernance de l'épidémie.

19 Les instances internationales, avec le concours de l'État guinéen, ont imposé de l'extérieur des protocoles techniques incompris, peu à l'écoute des savoir-faire et capacités d'initiative des populations. Durant les réunions quotidiennes de coordination, les populations et les structures communautaires de base n'étaient pas spécifiquement représentées à la table des discussions concernant leur propre avenir. En réalité, ce sont les ONG et les équipes techniques qui prenaient des décisions au nom de la sécurité des populations, de leur bien-être sans les associer. Cette manière de procéder a créé un sentiment de mise à l'écart et les populations ne se sentaient souvent pas concernées par les recommandations données et trouvaient le dispositif de lutte peu transparent. À l'occasion de certaines rencontres des équipes techniques, les responsables du dispositif de la Riposte ont, plusieurs fois pris le pari d'éviter que certaines informations soient accessibles à la population (dans l'optique de la protéger), même si cela ne correspondait pas au principe de transparence censé augmenter la confiance communautaire. Plus spécifiquement, le nombre de cas de personnes touchées par le virus Ebola a souvent été caché aux populations pour éviter des soulèvements. Dans les discussions, la référence aux communautés était surtout convoquée pour parler de leurs réticences et des mesures à prendre pour les surmonter, sans les associer au dialogue.

20 Par ailleurs, la mise en place et en œuvre des CTE par MSF à Conakry et à Guéckédou, pour rompre rapidement la chaîne de transmission épidémiologique, a été assez emblématique de la faible prise en considération des préoccupations et des capacités communautaires : en effet, les cas confirmés d'Ébola ont été envoyés dans les CTE par des équipes médicales qui agissaient en raison du risque épidémiologique. Au début de l'épidémie, les CTE ont été fermés au monde et les familles n'avaient pas de possibilités d'accompagner leurs parents malades. Pourtant, entendre ce besoin des communautés était d'autant plus nécessaire dans un contexte où les rumeurs sur les CTE étaient assez diffuses :

> « On a dit aux gens qu'Ébola 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. On ne comprend pas alors pourquoi on veut les amener coûte que coûte au CTE. C'est pour ça que nous leur avons dit que dans ce cas laissez-nous nos malades pour qu'ils meurent à nos côtés puisque y a rien à faire ». Parent de victime d'Ebola_Kipé_Conakry_Juin 2014

21 Dans un contexte où la théorie du complot était très répandue, ne pas permettre aux familles d'obtenir des informations précises sur les malades et la maladie, le fait de ne pas leur restituer les corps des morts ont contribué à construire une image des CTE comme des camps[31], des mouroirs, des lieux de pratiques occultes et de trafics d'organes, orchestrés par MSF, CRF en complicité avec l'État guinéen.

22 Les pratiques d'enterrements sécurisés pour les décès probables ou confirmés Ébola, ainsi que la prévention et le contrôle des infections constituaient aussi des mesures de lutte dont la mise en œuvre a illustré une défaillance de la communication envers les communautés et leur éviction dans un premier temps de la gouvernance de la Riposte. La Coordination Nationale à Conakry avait décidé que par mesure de précaution, tous les cas de décès dans les zones actives[32] devaient au préalable être traités avant leurs enterrements. Ces derniers étaient exécutés par des agents de la Croix Rouge essentiellement jeunes, les familles et les autorités religieuses étant écartées pour réduire les risques d'infection. Les enterrements sécurisés reposaient principalement sur le traitement des corps et des espaces mortuaires, en proscrivant tout contact physique avec le corps et ses fluides et préconisant le port des « Équipements de Prévention et de Protection » (EPP) par les équipes. Pour réduire et prévenir les possibilités de contamination, les corps étaient placés dans un sac mortuaire et inhumés. Les vêtements et les domiciles étaient désinfectés avec une solution de chlore et les objets, appartenant au défunt, brûlés. Toutefois, en certains lieux de la banlieue de Conakry, des villages de

Guéckédou, ainsi qu'à Maférinyah, les équipes ont eu des interactions difficiles avec les familles. En particulier, le fait que les enterrements soient exécutés par les jeunes était, de l'avis des populations, une preuve du non-respect des valeurs socio-culturelles :

> «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…Ils viennent ici sans respect, certains ont leurs pantalons 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» Imam_, Août 2016

23 Par exemple, à Ratoma (quartier de Conakry), une confrontation a opposé les équipes de la Croix-Rouge et les populations à propos de l'enterrement d'un jeune. Les équipes étaient arrivées à la mosquée et avaient interdit à la famille et à l'imam de s'approcher et de toucher le corps. Le jeune était habillé et ils l'ont pulvérisé de produits désinfectants avec ses habits et ont commencé à vouloir le mettre dans le sac. La famille s'est interposée et les voisins avaient commencé à contester :

> « Chez nous, le corps du défunt doit être «fouri bafe i yaara», ce qui signifie littéralement «enlever le corps dans l'eau sale» en langue Soussou car 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. Donc, il est primordial de se débarrasser pour préserver la dignité du défunt et celle de sa famille. » Parent d'un décédé d'Ebola_Ratoma_Conakry_Août 2016.

24 Les enterrements clandestins se sont ainsi multipliés, en réaction aux mesures qui ne tenaient pas compte des croyances locales, mais aussi des capacités des communautés à gérer par elles-mêmes le risque d'infection. Plus que d'exprimer un refus des enterrements par les communautés, les réactions violentes des populations (équipes chassées, véhicules brûlés) peuvent être lues comme un refus du déni de leur légitimité et leurs capacités à gérer les espaces mortuaires, au nom de l'argument biosécuritaire.

> « On fait comme si les familles ne sont pas capables de s'occuper du corps si on leur explique le danger et comment l'éviter. Par ailleurs, comment est-il possible d'accepter que le corps ne soit pas purifié et qu'on laisse la possibilité aux familles de faire leurs volontés, tout en encadrant le risque ? Le point de vue des communautés n'a pas été au centre de la préoccupation de nos équipes» Membre d'une association locale impliquée dans les activités de la Riposte, Conakry.

25 Une autre mesure où l'engagement des communautés aurait été nécessaire concerne *la surveillance épidémiologique*. Dans la lutte contre Ébola, les mouvements de population sont apparus comme une des voies de propagation du virus Ébola, dans des zones transfrontalières avec le Liberia et la Sierra Leone. Par le biais de décrets, le gouvernement va obliger les populations à se soumettre aux mesures de contrôle de l'épidémie et va criminaliser les attitudes de défiance, en mobilisant les forces de l'ordre pour sanctionner les récalcitrants. Pour les populations, une telle attitude était préjudiciable du fait notamment du malentendu autour de la définition de « l'étranger ». En effet, du côté la Riposte, ce dernier renvoyait au fait de ne pas résider de manière continue dans un espace géographique défini. Du point de vue des communautés, les fils du terroir ne résidant pas dans le village n'y seraient pas pour autant des étrangers. En exigeant de les dénoncer, le dispositif de la Riposte est apparu aux yeux des communautés comme un espace de contrôle qui viole l'intimité des populations :

> « Parfois on a envie d'être discret sur qui on reçoit. Parfois quand ton enfant vient, tu n'as pas envie que tout le monde sache qu'il est là. Y a aussi les gens qui reçoivent leurs maîtresses, comment voulez-vous qu'on signale ça sans que ça crée des problèmes ? » (Habitant d'Allasoyah_Forécariah_Août 2016).

26 En agissant de la sorte, les équipes de lutte contre Ebola n'ont pas permis aux acteurs communautaires de jouer leur rôle, conformément au principe proclamé de l'engagement

communautaire. L'institutionnalisation des comités villageois de veille (CVV) par un décret présidentiel n'a pas amélioré la situation.

27 En effet, considérant que l'adhésion des communautés est essentielle pour réussir la lutte contre Ébola, l'UNICEF, a basé sa stratégie sur la création de structures dites communautaires, avec le lancement des comités villageois de veille (CVV) dans la préfecture de Forécariah. Ce type de structure n'est pas une nouveauté, car il a existé sous une autre forme en Guinée bien avant dans le cadre d'activités du développement local : les services à base communautaire (SBC) regroupant les comités de point d'eau, comité d'hygiène, comité villageois de santé (CVS)[33]. Avec l'épidémie d'Ébola, cette approche s'est institutionnalisée par une note circulaire de la Coordination Nationale : les comités de veille villageois sont constitués des gens de la communauté qui parlent la langue du territoire et qui, 24h sur 24, peuvent sensibiliser contre la propagation du virus Ébola. Cette structure a été constituée de manière à assurer la représentativité des différentes composantes de la communauté et limitée à sept membres : un représentant des jeunes, un représentant des femmes, un représentant des sages, un représentant des hommes, un agent de santé communautaire et deux personnes instruites pour faire le rapportage[34].

28 Concrètement, les autorités politiques locales (préfets et sous-préfets) ont fait appel aux chefs de districts qui ont désigné (sur la base de leurs parents, amis, affinités politiques) des représentants de chacune des catégories déjà prédéfinies dans la circulaire étatique. Ce processus n'était pas en faveur de l'expression de la « démocratie populaire ». Les personnes désignées ont été chargées de mener des activités de communication et de sensibilisation de proximité, de surveillance épidémiologique (lancer les alertes), mais aussi de médiation afin de faciliter la mise en place des activités de lutte. Toutefois, sur le terrain, les équipes de CVV ont eu du mal à se déployer :

> « Nous avons été mal reçus dans nos propres communautés. Comme beaucoup de mes collègues, j'ai été régulièrement chassé dans les concessions ou on m'a accordé peu d'intérêt. Certains jeunes qui se sont spontanément organisés se sont violemment opposés à nous, en considérant que nous ne les représentions pas. On m'a accusé de vendre les miens, en acceptant un salaire, argent Ebola. Un jeune m'a dit de ne pas se tourner vers eux lorsque l'argent d'Ebola sera terminé. On est même allé jusqu'à m'accuser d'avoir bénéficié frauduleusement de la distribution du riz, suite au scandale qu'il y a eu à Wonkifong. » membre du CVV_ Bonfe (Wonkifong) _Août 2016.

29 Le problème qui est ici posé par les villageois de Bonfe (Wonkifong), c'est l'imposition de personnes dites représentatives. Plutôt que de leur accorder de la confiance et d'organiser des consultations populaires pour désigner les personnes jugées représentatives, il leur a été imposé des figures dont certaines (les chefs de secteur, les représentants des jeunes) étaient déjà contestées et soupçonnées de faire partie de la conspiration organisée par l'État guinéen. Dans ces circonstances, ce sont d'autres légitimités anonymes et les cadets sociaux qui se sont de plus en plus affirmés pour porter des actions dont la reconnaissance et la prise en compte ont amélioré la situation.

30 En définitive, aussi bien les organisations internationales que l'État guinéen ont proposé des modes opérationnels de gestion de l'épidémie et de mobilisation des communautés qui sont restés extérieurs à ces dernières, oubliant leurs capacités, leurs croyances et culture. Ils ont logiquement, suscité des résistances, une insensibilité aux décisions et mesures imposées par la Riposte. En leur imposant des catégories issues de la communauté pour les représenter, le dispositif a pu constater ses échecs. Face à l'incapacité du dispositif de Riposte contre Ébola d'inscrire les populations au cœur du dispositif de lutte, certaines personnalités et groupes sociaux se sont auto-organisés et mobilisés afin de faire entendre leurs voix, mener des activités pour se protéger, tout en l'obligeant à changer d'orientation et de pratiques. Ces engagements citoyens portés par ces communautés épistémiques sont l'objet des développements qui suivent.

Communautés et engagements citoyens pour lutter contre Ébola

31 Quelques figures individuelles et collectives illustrent des mobilisations citoyennes de communautés qui ont tenté avec un certain succès de s'imposer comme des « communautés épistémiques », en transformant leurs compétences culturelles et leur dynamisme en pouvoir d'agir (empowerment). A partir de la pratique du lobbying envers l'Etat, les autorités locales, les équipes techniques internationales, elles ont réussi à pousser le dispositif de lutte à être plus à l'écoute des spécificités locales et rendre la participation communautaire effective au cœur de la lutte contre Ébola.

Jeunes et femmes : « avant-gardistes » pour protéger leurs localités de la maladie

32 Durant l'épidémie de 2014, les jeunes et les femmes ont été les principaux instigateurs des mobilisations communautaires, aussi bien en Guinée Forestière, en Basse-Côte qu'à Conakry. Toutefois, il est utile de souligner au préalable qu'il ne s'agissait pas des membres des associations formelles de jeunes et de femmes à la tête desquelles il y avait des responsables désignés comme membres des CVV. Il s'agissait plutôt de dynamiques de groupes transcendant les appartenances associatives, initiées par des figures reconnues légitimes par leurs groupes sociaux : d'une zone à l'autre, il s'est agi de jeunes enseignants, d'entraîneurs de football, de grandes commerçantes qui ont été à la tête de ces mobilisations de groupes, particulièrement pour protéger leurs localités de l'avancée fulgurante des cas d'Ébola autour de leurs villages.

33 À Bofossou (Macenta), deux enseignants du village, deux autres jeunes scolarisées à Guéckédou, mais de retour pour les vacances, vont mobiliser leurs camarades, au nom de la défense de leur terroir, au moment où plusieurs rumeurs attribuaient l'avancée de la maladie aux déplacements incontrôlés des populations. Ainsi, ils vont s'opposer à ce que le corps d'une femme résidente à Bowa (commune urbaine de Macenta), soit transféré dans le village d'origine de son mari. Face au refus, la défunte sera ensuite transférée dans son propre village (Zarabaga), où son enterrement a aussi été refusé à nouveau par les jeunes. À Coyah et à Conakry, les jeunes se sont opposés à l'installation de CTE en raison de la crainte des risques de pollution (contamination travers les animaux domestiques, et l'air respiré). Beaucoup de rumeurs propageaient l'idée que la maladie se transmettait par l'air et les populations craignaient d'être contaminées avec la proximité de CTE. Ces différentes actions répétées dans le temps et la plupart des préfectures ont obligé le ministre de la jeunesse à effectuer une tournée afin d'échanger avec eux, les comprendre et mieux les associer à la lutte. Il sera ainsi demandé aux équipes de la Riposte de mieux collaborer avec les jeunes, en les recrutant dans le dispositif ou en travaillant avec eux pour le suivi des contacts. Pour améliorer la transparence, des rencontres régulières avec ces jeunes ont aussi été mises en place, afin de leur donner des informations et les associer à la planification d'actions communautaires.

34 À Guéckédou, les jeunes ont aussi été à l'origine des mobilisations relatives au CTE. Quelques activistes du Club des filles leaders, des membres de l'Église Protestante Évangélique, des enseignants et jeunes travaillant à la radio communautaire se sont associés pour mettre en place un collectif. Celui-ci était chargé d'organiser le mouvement de protestation contre le CTE de Guéckédou, qui accueillait de plus en plus de cas en provenance de Macenta et N'zérékoré (Juillet 2014). Par peur de créer un soulèvement populaire, la coordination préfectorale a préféré taire les informations aux populations. Cependant, certains personnels locaux de la Riposte, assistant aux réunions quotidiennes, ont avisé leurs parents de la situation. Par la suite, les personnalités susmentionnées ont

fait un appel à la mobilisation des jeunes, afin de barrer la route principale en provenance de Macenta et interdire l'entrée aux ambulances ou véhicules transportant des malades. Les manifestants justifiaient leurs attitudes par le fait qu'ils ne voulaient pas qu'on leur transpose encore la maladie, après des mois de lutte acharnée.

35 Les mobilisations de ces groupes ont conduit l'État à accélérer les discussions afin de discuter avec les partenaires (français) et transformer le centre de transit de Macenta en CTE. Dans le même temps, les manifestations d'insatisfaction des populations ont poussé MSF à apporter des changements au modèle CTE : la communication sur cet espace a été modifiée par le biais d'un film expliquant les différentes composantes du centre. Des visites guidées des CTE ont été organisées pour les communautés, afin d'ouvrir ces lieux et d'améliorer la transparence du dispositif de la Riposte. Par ailleurs des espaces dédiés aux familles et aux accompagnants ont aussi été installés, à leur grande satisfaction. Des téléphones ont aussi été mis à la disposition des malades afin de communiquer avec les membres de leur famille. Cet engagement citoyen ayant poussé le dispositif à changer d'approche du CTE reste encore assez perceptible dans ces régions, où le collectif des jeunes s'est positionné comme sentinelle. Certains de ses instigateurs se sont retrouvés au cœur du mouvement « Elazologa Atebein » (*combinaison des langues locales Toma et malinké qui signifie ça ne marchera pas*) pour empêcher le projet de changement de la Constitution.

36 Les mobilisations revendicatrices de Womey sont assez significatives du rôle des femmes, en collaboration avec les jeunes et les hommes : dans le cadre de la lutte contre Ébola, les autorités préfectorales de N'zérékoré ont initié, avec l'appui des équipes techniques, une activité communautaire de sensibilisation en septembre 2014, dans ce village qui n'avait pas encore de cas déclaré. La présence de cette mission était la bienvenue pour les villageois, qui y voyaient une opportunité pour aborder le manque d'enseignants de l'école, de la route à goudronner. Toutefois, le discours de la délégation abordant plutôt la question Ébola, va irriter l'auditoire. Les villageois vont s'éloigner de la tribune, chefs et sages du village compris. Puis un groupe d'une centaine de femmes est apparu, toutes vêtues d'un pagne blanc, se cachant le nez avec leur main, pour se protéger. Selon la tradition locale, leur apparition signifiait une manifestation de colère et un soutien aux hommes, en prélude du combat ou de la guerre. À leur suite, jeunes et hommes vont s'attaquer aux membres de la délégation, occasionnant la mort de huit d'entre eux. Ces réactions violentes vont conduire le Président Alpha Condé à imposer le recours aux forces de police et de gendarmerie.

37 Pourtant, sur le terrain, cela n'a pas mis fin à ces attitudes. À Macenta, les mobilisations vont s'intensifier, contre les enterrements sécurisés, comme à Conakry. Ces dynamiques ont obligé la Croix-Rouge à engager un dialogue communautaire et à prendre des initiatives pour humaniser les pratiques afin d'apaiser les relations avec les communautés : le concept des Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS) a été introduit et consistait à la prise en compte de la dignité des défunts. Un ensemble de mesures correctrices ont été apportées, se rapportant aux équipements, à la place accordée aux familles et au partage d'informations autour de la réalisation des EDS. Par exemple, le sac mortuaire de couleur noire, rejeté par les populations, a été changé en blanc et le linceul réintroduit dans le rituel. De plus, la préparation des outils pour le traitement du corps (chlore) devait être réalisé devant la famille ou bien les équipes pouvaient les solliciter pour concevoir la solution à pulvériser. Par ailleurs, le respect du principe de genre a été intégré : des femmes pour préparer le corps des femmes et des hommes pour ceux des hommes. Ces différents changements humanisant l'enterrement n'ont pas totalement satisfait les populations, mais ils ont eu le mérite d'améliorer les interactions et de donner l'impression qu'on tenait compte de leurs préoccupations.

Mobilisations de la Diaspora pour initier des actions de soutien et d'accompagnement collectif

38 Un autre groupe social assez dynamique dans la lutte contre Ébola a été constitué par la diaspora guinéenne, résidant en France, Belgique, Allemagne et États-Unis. À chaque fois qu'une sous-préfecture a été touchée par l'épidémie, le dispositif de la Riposte a cherché à mobiliser les associations de ressortissants, installés dans la capitale ou dans les chefs-lieux de préfecture. Toutefois, ces structures ont connu des fortunes diverses, certaines ayant été contestées et violentées lors des activités. Au même moment, des acteurs résidant à l'étranger, associatifs ou non, se sont mobilisés, et ont initié différentes activités afin de venir en appui à leurs parents victimes.

39 Principalement, les membres de la diaspora ont renforcé leurs communications via WhatsApp, Facebook ou Skype qui existaient déjà. Les appels téléphoniques se sont renforcés afin de parler à leurs parents directs, recommander des attitudes à adopter afin de prévenir la maladie, les sensibiliser sur la gravité de la maladie. D'autres communications ont ciblé les structures sociales locales existantes ou les autorités locales afin de prendre des nouvelles de la situation sur le terrain, faire un lobbying pour un meilleur engagement dans la protection des populations. Par exemple, il nous a été rapporté sur le terrain que des ressortissants de Télimélé et de Guéckédou ont utilisé leurs connaissances politiques en Guinée, afin de les mettre en rapport avec les autorités locales pour obtenir un appui en ambulances, en équipements d'hygiène, en nourritures pour la prise en charge des populations touchées. Dans certains villages de Macenta, des fils du terroir établis en Belgique se sont positionnés comme des interlocuteurs pour toutes équipes intervenant dans la localité. En retour, ces dernières les ont sollicités pour parler à leurs parents et lever les réticences.

40 La diaspora guinéenne s'est aussi illustrée par la mobilisation des réseaux de professionnels ou de partenaires pour venir en appui à l'État ou à leurs localités d'origine. En Guinée Forestière, nous avons rencontré trois médecins français, qui sont venus aider les soignants guinéens sur le terrain bénévolement, à la demande de certaines de leurs connaissances guinéennes établies à l'étranger. Ces mobilisations ont permis un appui en équipements médicaux pour les structures de santé de leurs localités (dispositifs de lavage des mains, matériels pour le traitement des eaux de puits), des transferts d'argent pour l'achat de riz pour venir en aide aux familles touchées.

41 Ces formes d'engagements citoyens de la part des natifs de la Guinée en faveur de leurs localités, qui se sont renforcés durant la période Ébola, ont aussi été observées en Sierra Leone[35]. En maintenant une liaison permanente avec leurs familles, les institutions locales et autorités politiques, ils ont joué un rôle important dans la mobilisation des communautés locales pendant l'épidémie (aussi bien pour contester, accompagner et faire du lobbying). Il est toutefois utile de préciser que si ces acteurs ont pu contribuer activement et de loin à la gestion de l'épidémie, c'est bien en raison de leur pouvoir social qui a permis d'influencer les familles et les attitudes des autorités locales. Celui-ci dépend amplement de la qualité des relations qu'ils ont tissées et gardées avec leurs origines : visites fréquentes, réponses à des sollicitations antérieures du village, possession d'une maison. En définitive, c'est l'intégration sociale préalable des membres de la diaspora dans leurs localités d'origine, qui a facilité la légitimité de leurs engagements citoyens durant la crise Ébola, ainsi qu'une mobilisation des communautés et celles des institutions locales.

La solidarité villageoise pour lutter contre l'épidémie d'Ébola en Guinée

42 Aux côtés de l'engagement de la Diaspora, la solidarité villageoise a été aussi opérationnelle pour apporter de l'aide pour la mise à disposition de matériels d'hygiène,

soutenir les familles de victimes : les Séré, cadre de sociabilité, d'échange et de solidarité, ont initié à Conakry des activités de soutien aux familles (visites à domicile, distribution de savon, de seaux, de vivres. À Guéckédou, certains commerçants se sont organisés spontanément pour mettre en place des dispositifs de lavage des mains au niveau des marchés). La même initiative a été observée à Forécariah lorsque les femmes se sont cotisées pour acheter des kits de lavage des mains distribués dans les maisons ou positionnés au niveau des lieux publics (mosquées, écoles, églises). Dans la commune urbaine de Coyah, une association de jeunes va se mobiliser pour collecter des bouteilles d'eau vides, des fonds à travers des cotisations individuelles pour mettre en place des dispositifs de lavage des mains au niveau des espaces publics. Dans un autre village à Macenta, jeunes, femmes et adultes se sont organisés pour surveiller les entrées et sorties des villages. Ces formes de solidarité préexistantes à l'épidémie, vont changer la donne une fois que les acteurs institutionnels de la Riposte vont les reconnaître et les promouvoir, en faisant confiance aux populations.

43 Ces développements éclairent plusieurs trajectoires individuelles et de groupes sociaux engagés dans la sphère publique, à l'avant-garde des communautés pour mieux faire entendre leurs voix, contrôler et peser sur les décisions. Ce qui les particularise, c'est que leurs membres partagent, des convictions fondées sur des principes de solidarité et de citoyenneté, justifiant ainsi le bien-fondé et la légitimité de leur action sociale. Qu'elles soient portées par les jeunes, les femmes ou par les ressortissants, ces mobilisations rappellent les revendications de pouvoir des malades voulant être des acteurs de leur maladie[36]. Elles expriment aussi une réaction pour exister face à un dispositif de lutte autoritaire, qui ne reconnaît pas leurs prérogatives dans la lutte contre Ébola. En Guinée, ces groupes ont eu d'autant plus d'impact sur la lutte contre l'épidémie qu'ils ont réussi à mieux engager d'autres groupes sociaux et que leurs savoir-faire au service des communautés et leur légitimité ont été reconnus par ces dernières. Leurs mobilisations ont poussé les équipes techniques à changer d'approche pour humaniser leurs pratiques et replacer les préoccupations des communautés au cœur de la lutte.

Conclusion

44 La description du modèle de gouvernance mise en place et fonctionnant pendant l'épidémie d'Ebola de 2014 a permis d'analyser le pôle de collaboration entre État guinéen, institutions internationales et ONG, ainsi que les communautés. Le faible leadership étatique a laissé des espaces vacants occupés par les organisations internationales. L'enchâssement de différents niveaux de prise de décision a plutôt affirmé l'influence significative d'instances supranationales sur le niveau étatique. Plusieurs parties prenantes se sont retrouvées autour de l'État, engagées dans une collaboration dont les formes concurrentielles ont gêné par moments le dispositif de la Riposte. Les orientations et pratiques de la lutte contre l'épidémie ont été influencées par une économie politique nationale (contexte pré-électoral) et internationale ainsi qu'une lutte de leadership entre acteurs. Le contexte postcolonial, l'histoire de la relation des citoyens au pouvoir, caractérisée par la méfiance ont aussi influencé les dynamiques autour de la lutte[37]. Alors que la participation des citoyens, en particulier des *stake holders* a été un des maître-mots dans le cadre de la lutte contre le sida en Afrique, par exemple, la maladie à virus Ebola a d'abord provoqué une crispation des organisations internationales vis-à-vis d'un engagement communautaire relégué au rôle d'exécutant passif. La mobilisation des « cadets sociaux »[38], hors du champ des leaders prescrits par les tutelles internationales a permis de restaurer le paradigme de la participation des communautés qui ont ajusté leur autonomie et leurs connaissances spécifiques aux impératifs de santé publique, dans un retournement de sens inédit dont cet article a proposé de rendre compte.

45 Ces cadets sociaux se sont ainsi retrouvés au cœur du processus de la lutte contre Ebola pour revendiquer leur place, pour contester celles qui leur étaient assignées, contrôler,

prendre des initiatives à des fins de protection sociale. Au niveau local, ces acteurs ont poussé les politiques sanitaires à penser la gestion de l'épidémie en termes de compromis, nécessitant des négociations et réinventions des normes et mesures de lutte. Cette prise de rôles par les communautés épistémiques sur des questions de santé, a d'autant plus d'intérêt qu'elle a un fondement de service à la communauté et est le fait d'acteurs dont la légitimité est reconnue.

46 L'expérience de la Guinée permet de considérer que l'action d'un individu ou d'un groupe pour une cause communautaire (s'engager pour assainir un quartier, accepter de se vacciner, donner son temps pour sensibiliser ses pairs sur les questions de santé) n'est pas forcément dictée par la seule influence des leaders locaux dont le leadership relève d'une prescription étatique ou internationale. Au-delà de se limiter à envisager les influences des modèles ou autorités dans l'engagement citoyen, il est utile de tenir compte des perceptions subjectives de la responsabilité individuelle (familiale, professionnelle, collective, religieuse, etc.) et de l'acceptation ou pas par l'individu de ses droits et devoirs vis-à-vis des autres. Les engagements ou mobilisations suscités par les divers groupes au cœur de la lutte contre l'épidémie illustrent une conscience citoyenne (défense de sa localité, solidarité sociale, lobbying participatif), qui s'est mieux affirmée au fil de l'épidémie. Les populations ont pu revendiquer une démocratie plus participative, qui requiert la reconnaissance de leurs capacités d'acteurs et ont exercé un lobbying auprès des autorités politiques et instances internationales afin de peser sur la conduite de l'action publique sanitaire.

47 Ces processus de mobilisation citoyenne sont encore en cours en Guinée, dans une période post-épidémique où s'affirment encore des acteurs communautaires plébiscités par leurs propres communautés et de mieux en mieux reconnus comme des interlocuteurs privilégiés. L'exemple de la mise en place de l'essai vaccinal PREVAC[39] après la survenue de l'épidémie est une illustration parfaite de la nécessité du partenariat communautaire, qui s'impose de plus en plus et passe plus par la reconnaissance et l'implication de ceux que les communautés désignent comme étant plus légitimes et représentatifs d'elles[40]. Ce lobbying communautaire qui vient s'ajouter au mouvement social aux organisations de la société civile guinéenne est devenu un élément incontournable dans la conduite de l'action publique en Guinée de nos jours.

Notes

1 S. L. Faye, 2015 « 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.

2 M. Fribault, 2015 « Ébola 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.

3 J. Fairhead, (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.

4 F. Eboko, Repenser l'action publique en Afrique. Du sida à la globalisation des politiques publiques, Paris, Karthala, 2015.

5 L'expression « Riposte » utilisée ans cet article avec une majuscule indique l'appellation utilisée pour nommer le dispositif international mis en place pour répondre au péril d'Ebola en Guinée.

6 S. Loungou, « L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest », L'Espace Politique [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 14 mars 2017, URL: http://journals.openedition.org/espacepolitique/3467; DOI: 10.4000/espacepolitique.3467

7 F. Eboko« Patterns of mobilization: political culture in the fight against AIDS », in Amy, Ed. The African State and the AIDS Crisis, Ashgate, Aldershot, 2005, p. 37-58; F Eboko. Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », Cahiers d'études africaines, 2005, XLV (2), 178 : 351-387.

8 D. Darbon, Éd., La politique des modèles en Afrique. Simulation, dépolitisation et appropriation, Paris, Karthala-MSHA, 2009.; J.-P. Olivier De Sardan, A. Diarra, & M. Moha, Travelling models and

the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. Health Research Policy and Systems, 15(S1), 2017.

9 A. Benton and K.Y. Dionne, International Political Economy and the 2014 West African Ebola Outbreak, African Studies Review, Volume 58, Number 1 (April 2015), pp. 223–236

10 La quarantaine consistait à mettre à l'écart des personnes qui ont été en contact avec un cas confirmé d'Ébola, pendant 21 jours, en raison de la suspicion d'une possibilité d'avoir été contaminées. Cet isolement consistait en une interdiction de se déplacer hors des limites de la localité, de voyager, dans le but d'empêcher une probable transmission de la maladie. Le thermoflash est un thermomètre sans contact, qui a été utilisé aux niveaux des postes de contrôle aux frontières, à l'entrée des hôpitaux et des bâtiments publics pour mesurer la température corporelle à une distance de 5 cm environ. Lorsqu'elle était au-delà de 39 degrés, cela correspondait à un des symptômes d'Ébola qui nécessitait une mise à l'écart temporaire et des examens approfondis pour confirmer ou lever la suspicion.

11 Sylvain L. FAYE, 2017, « 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*, 2017, Karthala, pp 123-145, 354 pages

12 M. Mbaye et al. « Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola », *Santé Publique*, vol. vol. 29, no. 4, 2017, pp. 487-496

13 P. Haas, 1992. Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, 46(1) : 1-35, p. 3.

14 P. Sabatier, 1999, *Theories of the policy process*, *Theoretical lenses on public policy*, Westview Press.

15 Sylvain L. Faye (UCAD, Sénégal), Vinh-Kim Nguyen ((IHEID, Genève) Frédéric Le Marcis (ENS, Lyon)

16 Ramatou Ouédraogo (Université Bordeaux Segalen)

17 Waly Diouf, Pape Ndiaga Cissé (UCAD, Sénégal), Jean F. Caremel (CERMES3, CNRS/INSERM/EHESS)

18 J.-F. Caremel, S. L. Faye, R. Ouédraogo, 2017, « La réponse humanitaire à l'épidémie d'Ebola en Guinée : entre routines et exceptions » in Au S, Hofman M (eds), *La politique de la peur : Médecins Sans Frontières et l'Épidémie d'Ebola*, pp 105-128, Editions Renaissance du Livre

19 T. Baldé, 2015, 'Réponse à l'Épidémie d'Ebola en Guinée : Enjeux organisationnels de Santé publique et Pistes de solution', *African Evaluation Journal* 3(2).

20 A. S. Diakité,«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

21 Dubois M., Wake C., Sturridge S., Bennett C., The Ebola response..., op.cit.; ICG, The politics behind the Ebola crisis, Africa Report n°232, 28 October 2015, http://www.crisisgroup.org/en/regions/africa/west-africa/232-the-politics-behind-the-ebola-crisis.aspx

22 La maladie à virus Ebola (MVE) a été découverte dans les années 1970 dans l'ex Zaïre qui en a été le principal foyer en Afrique centrale. La RDC constitue ainsi un des « laboratoires » les plus anciens de la lutte contre Ebola.

23 Baldé, article cité.

24 J.-H. Bradol, « La réponse à l'épidémie d'Ebola : négligence, improvisation et autoritarisme », Alternatives Humanitaires, Numéro Inaugural, février 2016, p. 39-50.

25 C . Magone, F. Weisssman, M. Neuman, sous la direction de, *Agir à tout prix ?*, Paris, La Découverte, 2011.

26 A. S. Diakité,«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

27 Youde Jeremy, 2015. "The World Health Organization and Responses to Global Health Emergencies." PS: Political Science & Politics, 48 (1)

28 Brown, Theodore, Marcos Cueto, and Elizabeth Fee. 2006. "The World Health Organization and the Transition From 'International' to 'Global' Public Health." American Journal of Public Health 96 (1): 62 – 72

29 USAID : United States Agency for International Development.

30 Enria L., Lees S., Smout E. et al., 2016, Power, fairness and trust: understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone, BMC Public Health, n° 16, p. 1140.

31 Gomez-Temesio, V. & Le Marcis, F. (2017). La mise en camp de la Guinée : Ebola et l'expérience postcoloniale. *L'Homme*, 222(2), 57-90. https://www.cairn.info/revue-l-homme-2017-2-page-57.htm

32 Le terme renvoie à la dénomination donnée par la Riposte aux localités ayant enregistré des cas de malades d'Ebola et n'ayant pas atteint la période de 42 jours sans nouveau cas.

33 Les CVS ont été depuis les années 80, un élément essentiel de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) basés sur la décentralisation et la participation communautaire

34 S. L. Faye, 2017, « 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*, 2017, Karthala, pp 123-145, 354 pages

35 D R-Ling, 2015, Diaspora communications and Health seeking behaviour in the time of Ebola: findings from the Sierra Leonean community in London, Briefing Paper, Ebola Response Anthropology Platform, University of Sussex

36 Epstein, 2008, « Patient Groups and Health Movements », in E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch, J. Wajcman (dir.), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, MIT Press, p. 499-539.

37 V. Gomez Temesio et F. Le Marcis, « La mise en camp de la Guinée. Ebola et l'expérience postcoloniale », *L'Homme*, n° 222, 2017/2, p. 57-90.

38 Cette notion désigne ici les jeunes et les femmes, suivant le cadrage proposé par J.-F. Bayart, A. Mbembe, C. Toulabor, *Le politique par le bas en Afrique noire*, 2ème édition, Paris, Karthala (« Les Afriques »), 2008.

39 Il s'agit d'un essai préventif d'Ébola de phase 2, promu par un consortium composé de l'Institut de National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de la France, National Institutes of Health (NIH) aux États-Unis et la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), en collaboration avec les autorités sanitaires de la Guinée.

40 S. L. Faye, W. Diouf, P. Ndiaga Cisse, A. Quach, et al. "Engager (avec) les communautés dans un essai vaccinal en contexte post-Ebola (Guinée Conakry) : un modèle basé sur les « champions »", Sciences et actions sociales [en ligne], N°10 | 2018, mis en ligne le date 14 décembre 2018.

Pour citer cet article

Référence électronique
Waly Diouf et Sylvain Landry Faye, « Engagements citoyens et restauration du paradigme de l'engagement communautaire dans la gouvernance de l'épidémie d'Ébola en République de Guinée », *Face à face* [En ligne], 16 | 2020, mis en ligne le 17 octobre 2020, consulté le 01 mai 2021. URL : http://journals.openedition.org/faceaface/1703

Auteurs

Waly Diouf
Sylvain Landry Faye

Articles du même auteur

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance [Texte intégral]
Paru dans *Face à face*, 12 | 2013

Droits d'auteur

Tous droits réservés