



## **Confrontations des « grammaires » de la « participation » communautaire en contexte d’urgence sanitaire d’Ebola en Guinée-Conakry**

Sylvain Landry Faye\*

### **Résumé**

Cet article rend compte de la diversité des manières d’écrire, de faire, de parler de la participation communautaire dans la lutte contre Ebola en République de Guinée, souligne leurs paradoxes et éclaire la compréhension des réactions violentes observées lors de l’épidémie. Les données sont tirées d’une recherche anthropologique sur les expériences sociales de lutte contre l’épidémie d’Ebola (2015 à 2017) à Coyah, Forécariah et Conakry. Les résultats indiquent que les populations ont été mobilisées par les organisations internationales ou par l’entremise d’organisations communautaires pour réaliser des activités d’engagement communautaire. Cette grammaire officielle ne les a pas réellement engagées dans la lutte parce que ses ontologies de base ne favorisent pas les principes de l’agentisation et de la membralité. Elle a plutôt exacerbé les inégalités qui contribué à développer leurs capacités d’initiative et pouvoir de résilience. D’un autre côté, diverses communautés ont pris des initiatives et se sont auto-organisées, de manière plus revendicative, critique, que collaborative. Cette grammaire pragmatique est l’affirmation d’un besoin de reconnaissance et les réactions dites de « réticence » rappellent les revendications de pouvoir des malades voulant être des acteurs et non de simples patients de leur maladie.

---

\* Professeur Titulaire des Universités, Socio-Anthropologue, Département de Sociologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines (FLSH), Université Cheikh Anta Diop (UCAD), Dakar, Sénégal. Email : fayesylvain@yahoo.fr; sylvain.faye@ucad.edu.sn

## Abstract

This article reports on the diversity of ways of writing, acting, and talking about community participation in the fight against Ebola in the Republic of Guinea; it highlights their paradoxes, and sheds light on understanding the violent reactions observed during the epidemic. The data are drawn from anthropological research on social experiences in the fight against the Ebola epidemic (2015 to 2017) in Coyah, Forécariah and Conakry. The findings indicate that populations were mobilized by international organizations or through community-based organizations to carry out community engagement activities. This official grammar did not really engage them in the struggle because its basic ontologies do not promote the principles of “agentisation” (active agents) and “membrality” (solidarity). Rather, it has exacerbated inequalities rather than helped to develop their capacities for initiative and resilience. On the other hand, various communities have taken initiatives and self-organized, in a way that is more demanding and critical than collaborative. This pragmatic grammar is the affirmation of a need for recognition, and the so-called “reluctance” reactions are reminiscent of the power claims of patients who want to be actors and not just patients of their own disease.

## Éléments de contexte et questions

L'épidémie d'Ebola, en Afrique de l'Ouest, semble présenter à bien des égards le caractère de la nouveauté en raison de son ampleur, de l'importance des moyens déployés pour lutter contre elle, et du fait de sa résonance internationale. Mais en réalité, elle n'a rien d'une exceptionnalité (Faye 2015) et s'inscrit dans la continuité de l'expérience de cette maladie, dont la première en Afrique date de 1976 (Gasquet 2011).

Dans le cas particulier de la Guinée, à travers le prisme des attitudes de défiance à l'égard des équipes d'intervention, cette épidémie prend aussi corps dans une histoire sociopolitique caractérisée par une crise de la confiance à l'égard des autorités politiques occasionnant des réactions de défiance ayant induit des cas de mort (Faye 2015). Différents événements (rumeurs, violences verbales, physiques, barricades, fermetures de villages, contestations, etc.) ont rendu difficiles, voire périlleuses les interactions entre les populations et le dispositif de la riposte. Ils ont conduit les humanitaires à défendre et réaffirmer les principes de la mobilisation sociale et de l'engagement des communautés (OMS 2014).<sup>1</sup> Que l'on parle de mobilisations sociales ou d'engagement des communautés, ce sont différentes modalités d'un processus général de la « participation communautaire » (Bresson 2014) qui n'est pas non plus une nouveauté (Chauveau 2006), en particulier dans le champ de la santé. Ce concept

désigne un processus dans lequel on fait intervenir et contribuer les «gens d'en bas» aux décisions qui les concernent en premier lieu, afin de leur «permettre d'accéder à un pouvoir ou à une parcelle de pouvoir – ce qui correspond aussi à l'ambition de corriger les défauts de la démocratie» (Bresson 2014) en tant que pouvoir du peuple. Il requiert d'assumer l'idée que les populations ont des connaissances, des capacités, des réponses aux problèmes qui se posent, et qu'elles ont la capacité de contribuer ou d'être des acteurs de leur résolution. Il comporte aussi un autre implicite qui est la notion de bénévolat, supposant le don de soi à la communauté par le biais de la réalisation d'une activité au nom de l'intérêt de la collectivité.

Selon Fournier et Potvin (1995), ce principe est devenu depuis les années quatre-vingt-dix une condition préalable pour les projets de développement durable, un processus et un moyen de réaliser l'implication des populations. Dans le domaine de la santé publique, la participation des communautés s'est aussi imposée comme une composante des soins de santé primaires : «Pour les bailleurs de fonds du développement, il n'est plus question d'aide à des projets sanitaires qui n'énoncerait pas les deux principes de "l'accessibilité aux soins" et de "la participation des populations" (Fassin & Fassin 1989:889). D'abord limitée à l'adhésion aux normes d'hygiène, de bio-sécurité et à la nécessité de l'utilisation des services de santé (Alma-Ata 1978), elle a été investie d'un double sens : participer en payant l'accès aux soins (autofinancement) et participer aux décisions et à la mise en œuvre des activités (autogestion) allant dans le sens de la résolution des problèmes (Fassin *et al.* 1986).

Toutefois, si l'usage du concept de participation communautaire est déjà ancien, si les différents acteurs du monde du développement sont prompts à reconnaître sa nécessité, la manière de la mettre en pratique est souvent inédite (Michener 1998:2109). Par ailleurs, son actualité réside dans le registre et les expériences de l'urgence sanitaire. Elle demeure un puissant révélateur des contradictions de la volonté de faire participer des populations quand elles n'ont pas d'emprise sur le cours des choses, alors qu'elles sont privées de leurs différents droits au nom de la gestion du risque épidémiologique.

Dans le cadre de la lutte contre Ebola en Guinée-Conakry, la plupart des acteurs et des humanitaires ont réaffirmé le caractère central de la participation communautaire. Toutefois, dans les faits, les pratiques ont été diversifiées, renvoyant à des gammes de situations : d'un côté, les populations ont été mobilisées par l'OMS, l'Unicef<sup>2</sup> et les acteurs de la riposte, par le biais de dispositifs préstructurés comme les Comités villageois de veille (CVV) ou par l'entremise d'organisations communautaires contractualisées pour réaliser des activités préformatées. D'un autre côté, les populations ont pris des initiatives d'engagement de manière spontanée et se sont auto-

organisées pour se protéger, proposer une réponse et contribuer à la lutte contre Ebola, sans attendre les injonctions du dispositif de la riposte. Cette diversité de situations n'est pas spécifique à Ebola, car elle a été observée sur d'autres terrains (Cefai *et al.* 2014).

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

Plus spécifiquement, nous souhaitons passer en revue les pratiques officielles de participation communautaire promues par le dispositif de lutte contre Ebola, afin de comprendre pourquoi, malgré la volonté d'engager les communautés, elles ont plutôt créé leur défiance (Faye 2015). La raison est-elle à chercher dans les apories de la définition de ce qu'est la «communauté» et dans les ontologies qui fondent l'action dans un contexte d'urgence sanitaire? L'imposition de la grammaire de la participation à travers un dispositif préstructuré est-elle de nature à remporter l'adhésion des populations ou crée-t-elle plutôt les conditions de son rejet par ces dernières? Les pratiques de mise à contribution d'acteurs dits représentatifs de leurs villages ou de leurs communautés nous conduisent aussi à nous intéresser aux processus de représentativité (élection, désignation, choix personnel, etc.) et de légitimation. Cette question se pose d'autant plus qu'en Guinée, les membres des CVV ont été par moments contestés et violentés dans les communautés qu'ils sont censés représenter. Par ailleurs, les tensions entre l'individuel et le collectif dans les pratiques quotidiennes de ces «représentants» sont de nature à souvent créer, au niveau communautaire, les conditions de leur rejet, remise en cause ou contestation.

Une autre question est relative à d'autres manières, plus pragmatiques, qu'ont les populations de prendre des initiatives d'elles-mêmes sans qu'elles aient été suggérées par les acteurs de la riposte. Ces dernières ont été nombreuses au cours de l'épidémie, mais elles n'ont pas été reconnues officiellement, le dispositif les a plutôt qualifiées de «réticences» parce qu'elles renvoyaient à une action publique imprévisible (Neveu 2003). Cefai *et al.* (2014) expliquent que «participer, c'est traverser un processus de prise de conscience collective et publique d'une situation problématique et se lancer dans le travail d'imputation de responsabilités, d'attributions de causes et d'anticipations de conséquences». En se fondant sur cette définition, on peut alors se demander si les attitudes de prise de responsabilités et de critique du dispositif pourraient être envisagées comme des formes d'engagement participatif pour les populations qui en sont les principaux acteurs.

## Sources des données et méthodes

Les données présentées ici sont tirées d'un programme de recherche anthropologique qui porte sur l'analyse des contextes historiques et socioculturels de l'épidémie d'Ebola et de la riposte en Basse-Côte (Coyah, Forécariah) et dans la capitale Conakry. Plus spécifiquement, il s'agit d'une ethnographie de la diversité des formes d'actions sociales allant dans le sens de la prévention de la maladie, pour lutter contre Ebola ou contester/accompagner le dispositif. L'approche ethnographique utilisée a requis, à partir d'observations contextuelles, de situations et de descriptions denses, de documenter les pratiques de la participation des communautés lors de la gestion de l'épidémie. Nous nous sommes intéressés à observer, découvrir et décrire les diverses «grammaires» auxquelles donnent lieu les pratiques d'engagement participatif des populations en analysant leurs confrontations. Les rationalités qui sous-tendent ces mobilisations protéiformes ont aussi été analysées, en tenant compte de la variabilité contextuelle et temporelle de l'épidémie, mais aussi des échelles d'analyse (individuelles et collectives).

C'est pour cette raison, relative à la nécessité de tenir compte des différences de contextes géographiques et temporels, que nous avons aussi mis à contribution les données ethnographiques collectées en Guinée forestière (Guéckedou, Macenta, Nzérékoré). Dans les premiers moments de l'épidémie (juin à septembre 2014), nous avons été impliqués dans les équipes de lutte contre Ebola, en qualité d'anthropologue pour le compte de l'OMS. Notre principal mandat, défini par l'OMS, consistait à accompagner les équipes médicales afin de faciliter leurs interactions avec les communautés, faire de la médiation sociale pour lever les «réticences» dans les villages (ce qui a fait de l'anthropologue un épidémiologiste social d'accompagnement, voir Faye

2015). Cette présence quotidienne sur le terrain nous a permis d'être témoin des interactions lors des réunions de la coordination préfectorale (structure locale de coordination et de pilotage des activités de lutte contre Ebola). Nous avons aussi pu observer les interactions sociales lors du passage des équipes médicales dans les villages affectés (pour le suivi des contacts, pour transférer des cas suspects vers les CTE, pour pulvériser les maisons, pour enlever les corps et procéder aux enterrements dignes et sécurisés). Elle nous a aussi permis de documenter, dans ces localités, les dynamiques sociales relatives aux réactions communautaires – face aux activités proposées par les humanitaires – et aux formes d'organisation locales de la lutte contre la maladie (discours et pratiques). En dehors des observations, nous avons ainsi pu faire des entretiens individuels et collectifs avec les femmes et les jeunes, considérés comme les principaux acteurs des dynamiques sociales face à l'épidémie. Nous avons aussi discuté avec les légitimités classiques (comité des sages, associations de ressortissants, autorités préfectorales, chefs de secteur) et avec les différents membres des équipes de la coordination (médecins, humanitaires, assistants, etc.).

Il est utile de souligner que l'implication dans les équipes de gestion de la lutte n'est pas sans effet sur la pratique anthropologique. En effet, l'anthropologue est d'un côté vu par les populations comme un « passeur » ou un « relais » de leurs préoccupations, ce qui a souvent fait de lui « un défenseur des communautés ». De l'autre côté, le dispositif de la riposte l'a considéré comme un « traducteur culturel », un informateur, un médiateur qui doit aider à « ouvrir » les communautés ou à « éteindre le feu ». Cette présence dans le dispositif a souvent fait qu'il n'était pas suffisamment dissocié de ce dernier et a été considéré comme un de ses alliés. Malgré ces biais, nous pensons que notre implication dans le dispositif a été nécessaire pour mettre en œuvre une approche symétrique (Faye 2015) nous permettant de le prendre comme un objet d'étude. Toutefois, il a été nécessaire de faire usage d'un ensemble de stratégies afin de nous « distinguer » par moments et de poser un regard plus critique sur les dynamiques : prendre des pauses méthodologiques, s'échapper pour questionner le processus, être dans les réunions (mais pas toujours) en réfléchissant sur ce que notre présence produit (souvent un faire-valoir pour les équipes de la riposte). L'expérience montre aussi qu'il est utile que le chercheur ait son agenda de recherche qui soit distinct de celui, interventionniste, que l'urgence sanitaire impose. Il doit éviter de reprendre comme allant de soi les concepts communément utilisés dans le contexte de l'urgence sanitaire et a intérêt à adopter une approche plus critique de ces concepts (par exemple les réticences), tout en orientant le regard vers des questions dissimulées ou négligées du fait de la trop grande focalisation sur le risque médical et l'urgence sanitaire.

## **Une grammaire «développementaliste» de la participation promue par les acteurs du dispositif de la riposte**

Considérant que l'adhésion des communautés est essentielle pour assurer la lutte contre Ebola, l'Unicef, leader des activités de communication et mobilisation sociale,<sup>3</sup> a basé sa stratégie sur la création de structures dites communautaires. Avec la contribution d'autres partenaires (PNUD, FNUAP et Plan Guinée), cette institution a procédé au lancement des Comités villageois de veille (CVV) dans la préfecture de Forécariah, la plus touchée par l'épidémie en fin 2014.<sup>4</sup> Dans la ville de Conakry, ce sont les Comités de veille de quartier (CVQ) qui ont été mis en place. Au-delà des CVV et CVQ, la création d'unités opérationnelles à Conakry et de comités de levée des réticences (Coyah, Forécariah) a été soutenue par les acteurs du dispositif.

Ces structures, créées dans la plupart des préfectures touchées par l'épidémie, sont composées de membres originaires de la communauté, désignés par elle. Ces derniers sont en principe représentatifs des différentes catégories sociales (religieux, femmes, jeunes, comité de santé, agent de santé communautaire, tradithérapeutes). Dans le cadre de la lutte contre Ebola, elles avaient pour mandat 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 du dispositif biomédical de la riposte : identification communautaire des cas suspects et des contacts, promotion des services de prise en charge disponibles au niveau communautaire, facilitation des enterrements dignes et sécurisés (EDS); gestion des rumeurs, dénis et réticences; notification des décès communautaires et surveillance des mouvements de population. Pourtant, ce type de structure n'est pas une nouveauté, car il a existé sous une autre forme en Guinée bien avant l'avènement de l'épidémie d'Ebola, dans le cadre d'activités de développement local : les services à base communautaire (SBC) regroupant les comités de point d'eau, comités d'hygiène, comités villageois de santé (CVS<sup>5</sup>). Selon Hounmenou (2002), «leur émergence a fait suite au constat généralisé du manque de participation des populations villageoises, dans les actions de développement initiées et conduites pour elles par les experts extérieurs à leurs communautés, sans leur implication réelle».

Dans le cadre de la lutte contre Ebola, en Guinée plus spécifiquement, les CVV sont fondés sur l'idée qu'il serait plus facile de trouver les cas d'Ebola si un groupe de personnes appartenant au village était bénévole pour indiquer les familles où une personne est suspecte d'être malade afin que les agents de santé puissent la transférer au Centre de traitement Ebola (CTE).<sup>6</sup> D'autre part, l'Unicef s'est appuyée sur les réseaux locaux ou les structures déjà existantes pour mener les mêmes types d'activités que

celles confiées aux CVV. Dans cette perspective, le Conseil national des organisations de la Société civile (CNOSC), les ONG locales, les scouts, les OCB (associations de jeunes, de femmes), les syndicats des transporteurs et motos-taxis, les leaders religieux (ligue islamique), traditionnels (conseil des sages) et coutumiers ont tous été contractualisés par l'Unicef pour la communication et la surveillance communautaire.

Cette approche de la participation communautaire promue par le dispositif de la riposte consiste à mobiliser certaines composantes dites représentatives, afin de les amener à faire don de leur personne à la «communauté»<sup>7</sup> et à s'engager à réaliser des activités dont le contenu et la forme ont été pensés par le dispositif de la riposte. Dans ces structures, les publics sont déjà formatés (Dewey 2010) et ne font que prendre des places qui leur sont préattribuées et s'inscrivent dans un ordre d'interaction asymétrique (Neveu 2003). Cette approche rappelle une perspective développementaliste des années quatre-vingt-dix qui visait à impliquer les communautés villageoises dans les programmes liés à leur développement en les mobilisant par le biais de collectifs dont les actions étaient déjà définies par les techniciens (Fassin *et al.* 1986 ; Gomez-Témésio 2014). Toutefois, on peut se poser la question de savoir si les pratiques développementalistes de la participation dans le cadre de l'urgence sanitaire restent pertinentes pour engager les communautés pleinement dans la gestion de l'épidémie.

### ***D'une grammaire de la participation basée sur une idée de la communauté au fonctionnement pratique des communautés***

Selon la note circulaire de la Coordination nationale de la lutte contre Ebola en Guinée, «les comités de veille villageois sont constitués des gens de la communauté qui parlent la langue du territoire et qui peuvent sensibiliser sur les conditions de la propagation du virus Ebola». Leur composition a été limitée à sept (7) membres : un représentant des jeunes, un représentant des femmes, un agent de santé communautaire, un représentant des sages, un représentant des hommes, et deux personnes instruites pour faire le rapportage. Au niveau des préfectures et des sous-préfectures, les autorités politiques locales (préfets et sous-préfets) chargées de veiller au respect de ces critères ont fait appel aux chefs de districts pour la désignation des membres des CVV. C'est pourquoi il n'y a pratiquement pas eu de procédures d'élection à travers des réunions communautaires. Cette situation a été justifiée (par les chefs de district) par le fait que personne ne voulait s'engager dans ces structures censées intervenir dans la lutte contre Ebola. Ce «peu d'intérêt» des acteurs à faire don de leur personne s'explique d'abord par l'incohérence consistant à demander à des populations qui souffrent depuis l'avènement des politiques d'ajustement

structurel du sous-financement du système de santé de participer à la réponse contre l'épidémie, une réponse elle-même rendue compliquée par les carences du système de santé.<sup>8</sup> Ensuite, les formes de participation promues par les humanitaires exigeaient des formes d'engagement souvent stigmatisantes pour les populations et contrevenant à ce qui est jugé socialement légitime : dénoncer ses parents, faire la promotion d'un dispositif perçu comme intrusif et violent, bénéficiant plus aux élites qu'aux populations elles-mêmes.

Au-delà de ce faible intérêt des populations pour ces structures, les autorités locales ont quelquefois usé de modes de désignation basés sur des rationalités assez particulières :

- Logique de redistribution : donner le « travail » à ceux qui n'en ont pas encore.
- Logique de paix sociale : acheter la paix sociale en désignant des catégories considérées comme les plus critiques ou violentes (jeunes, femmes) ou celles qui posent des contraintes à la prise en charge d'Ebola (guérisseurs traditionnels par exemple).
- Logique clientéliste et d'économie de la rente : placer ses parents, amis et connaissances pour profiter des retombées de la participation ou pour récompenser la clientèle politique.

Cette situation a d'ailleurs été constatée par Fassin (1996), qui faisait remarquer que les processus de désignation ne font que reproduire les élites sociopolitiques, ceux qui sont chargés de sélectionner ayant tendance à ne désigner que ceux qui leur sont familiers. Finalement, cette approche de sélection et de désignation informe sur la nature relative et segmentaire de la légitimité et de la représentativité dont pouvaient se prévaloir ces membres. Elle explique aussi pourquoi ces acteurs, en réalité représentatifs de certaines enclaves dans les communautés, n'ont pas toujours été reconnus ou ont été contestés dans les villages en Basse-Côte (Guinée-Conakry).

Si ces structures sont globalement plus représentatives de certains groupes sociaux, c'est bien parce que l'action des humanitaires est basée sur une certaine idée de la communauté qui conduit à définir en amont ses catégories représentatives. Dans la pratique, la communauté est perçue comme une entité homogène, composée de groupes fixes de la démocratie populaire ou de figures de la légitimité traditionnelle dont la représentation suffit pour faire sens : jeunes, femmes, hommes, sages, agents de santé, etc. On se situe dans l'idée d'une société indifférenciée, comme le souligne Ferdinand Tönnies à travers la distinction qu'il a établie entre Gemeinschaft/Gesellschaft. La communauté, opposée à la société, est pensée comme une entité homogène où les populations auraient les mêmes besoins, problèmes, préoccupations (Fassin 1996) et fonctionneraient selon un principe de solidarité mécanique, opposée à celui de solidarité organique (Durkheim).

L'expérience guinéenne a montré qu'à Guéckédou, à Forécariah et à Coyah, la seule mise à contribution des jeunes, femmes, sages, imams, n'a pas suffi pour conduire à la résolution des réticences, non plus que pour la mise en œuvre des activités de surveillance épidémiologique. Au contraire, elle a conduit à des violences populaires (Tekoulo) ou des manifestations violentes (centre de Guéckédou) à l'occasion desquelles les jeunes se sont attaqués à des symboles de la légitimité traditionnelle (cas de Kolobengou à Guéckédou, voir Faye 2015). Pourtant, de telles attitudes ne sont pas une surprise, car comme le souligne McGovern (2013), si la hiérarchie gérontocratique fonctionne en temps de paix, ce n'est pas le cas dans les moments de violence ou de crise où la capture entrepreneuriale impose d'autres légitimités anonymes.

Les membres des CVV ont souvent été congédiés à leur arrivée dans les concessions. Les jeunes, qui se sont spontanément organisés pour sensibiliser et protéger «leurs communautés», se sont violemment opposés à eux, allant jusqu'à demander l'arbitrage des autorités politiques locales (préfet, gouverneur.) À Guéckédou, les travailleurs de la santé<sup>9</sup> ont été les principaux vecteurs des rumeurs sur le CTE ayant poussé les jeunes à manifester. À partir du moment où les rumeurs véhiculées à la sortie des réunions de coordination mettaient en accusation le dispositif de la riposte, elles confortaient l'idée d'une théorie de la conspiration (Faye 2015). Ces données montrent bien que les acteurs impliqués dans la lutte contre Ebola ont pu assumer des rôles de passeurs d'idées et de rumeurs dans les communautés, en diffusant des messages allant à l'encontre du dispositif qu'ils étaient pourtant censés promouvoir. Certes, ces conflits de rôles chez certains membres des équipes techniques et médicales locales ne sont pas spécifiques à la situation d'urgence sanitaire et s'observent aussi en temps de paix. Toutefois, ces rumeurs portées par les acteurs de la riposte gênent et retardent le travail communautaire alors que le contexte d'urgence requiert des interventions rapides pour rompre la chaîne de transmission et endiguer ses effets néfastes (contagion rapide et décès en cascade).

Ces développements montrent bien que ceux qui ont été à l'origine de ces réactions contestataires ou revendicatives (Almudena & Borchert 2014) font partie de forces de légitimités diverses (Fribault 2015) non reconnues par le dispositif de la riposte. L'expérience guinéenne montre la nécessité d'écouter les multiples communautés et d'être attentif aux légitimités «au ras du sol» qui s'expriment quotidiennement afin de contester ou engager les moyens locaux pour la résolution de la crise sanitaire. Par exemple, dans certains villages et quartiers, ce sont les entraîneurs de football qui ont été reconnus comme étant les plus légitimes pour les populations, ou les «*Sérè Kounti*».<sup>10</sup> À

Nongo (Conakry), un jeune coiffeur dont le salon est un lieu de sociabilité a vu se constituer autour de lui «un staff»,<sup>11</sup> ce qui du même coup lui a donné une légitimité importante dans le quartier. Il ne s'agit pas ici de représentants de jeunes ou de femmes, mais de personnes porteuses d'une identité reconnue et promue au niveau local. Cette légitimité peut être conférée par diverses ressources : capital social, capital économique, relations d'alliance, ethnie, charisme, carrière politique, longue durée dans le quartier, etc.

En définitive, la notion de communauté reste une catégorie diverse et très relative, dont la représentation de composantes classiques (jeunes, hommes, femmes, sage) ne peut faire l'économie. Dans la pratique, il y a «des communautés» qui se composent, se décomposent et se reconstruisent au gré des circonstances, des situations, et qui mobilisent différents critères : l'ethnie, la religion, le parti politique. Enfin, la communauté n'est pas seulement vécue en fonction d'une délimitation géographique, ce qui remet en cause la légitimité de certains acteurs désignés à partir d'un territoire comme représentants d'un groupe. Les groupes sociaux basés sur l'ethnie, la religion par exemple, transcendent bien souvent les délimitations géographiques administratives. Dans ces conditions, on comprend bien que le fait de désigner des représentants d'une communauté à partir d'une zone géographique ne donne pas toujours les effets attendus.

### ***Les principes de la contractualisation et du salariat des CVV: questions à propos de leur caractère réellement communautaire***

Les différents membres des CVV ont signé un contrat de travail à durée déterminée qui prévoyait leurs charges et conditions d'exercice du travail, mais aussi la contrepartie financière de leur implication (paiement mensuel de 400 000 francs guinéens). Ces modalités indiquent que le membre CVV qui a en principe fait don de sa personne et s'est engagé à agir au compte de sa communauté (bénévolement) a bénéficié en réalité de gains individuels. Cette compensation induit aussi des tensions entre le collectif, au nom duquel les acteurs s'engagent, et l'individuel, au nom duquel ils signent un contrat et reçoivent un salaire. Au niveau collectif, les membres des CVV ont reconnu avoir été stigmatisés par les villageois qui les considéraient comme les nouveaux riches de «l'Ebola Business» en raison des salaires qu'ils recevaient. Cela a eu pour conséquence un refus de coopération dans la conduite de surveillance communautaire et de sensibilisation. Au niveau individuel, les logiques et stratégies d'acteurs ont pris le pas sur le bénévolat et l'engagement pour la communauté. Cette analyse est d'autant plus plausible que lorsque l'Unicef et PLAN International ont souhaité arrêter le salariat au bout de 4 mois, les membres ont réagi par des démissions ou un désintérêt manifeste.

### ***Des acteurs dits représentatifs de la « citoyenneté » collective instrumentalisent leur engagement à des fins personnelles***

En Guinée, les membres des CVV ou les acteurs du dispositif de la riposte ont régulièrement usé du discours de la « citoyenneté nationale » (aimer son pays, la Guinée, et donner sa vie pour protéger les siens) pour justifier leur engagement au nom du collectif. Pourtant, à y voir de près, ce discours nationaliste occulte difficilement les investissements à des fins plus individuelles : à Forécariah par exemple, si les guérisseurs traditionnels ont été contractualisés, seules certaines figures « politisées » ont été particulièrement présentes dans les activités menées par le dispositif, cherchant ainsi à se rendre visibles et à renforcer leur position dans le secteur de la tradithérapie. Par exemple, l'activité de mobilisation sociale organisée par la coordination préfectorale de lutte contre Ebola à Forécariah (août 2015) avec les « sortis guéris » fut une occasion pour les tradithérapeutes de se mettre en scène : se couper la langue, percer ses oreilles devant les invités. De leurs avis, de telles attitudes visaient à se mettre en valeur, à montrer le caractère exceptionnel de leur savoir-faire, afin d'élargir leur clientèle et d'intégrer d'autres espaces d'opportunités post-Ebola.

Au niveau des CVV, la quête du profit individuel a poussé par moments certains membres à être les artisans de certaines « réticences » ; à Forécariah, un soignant appelé en renfort pour gérer une contestation communautaire à l'occasion du cerclage d'un village a découvert, en infiltrant une des réunions des CVV, que leurs membres en étaient les instigateurs :

Comme personne ne savait qui j'étais, j'ai profité de ça pour faire ma petite enquête, et ce jour-là, je suis tombé par hasard sur cette réunion des CVV. J'ai sorti mon téléphone en cachette et j'ai tout enregistré, et j'ai des photos en cachette, et j'ai transmis tout ça. À cette réunion, étaient présents le sous-préfet, la représentante des femmes, le représentant des jeunes, des sages, ils étaient tous là. Au bout de quelques minutes, j'ai compris que c'était eux qui étaient en train de créer le problème. Le sous-préfet disait : « Ils (à Conakry) mangent sur notre dos, normalement on donne plus que ça, mais ils gardent une partie, donc nous aussi on va garder ce qu'ils ont donné et si les gens manifestent, ils vont envoyer plus et on pourra donner à tout le monde ». Donc en fait, ils avaient choisi de détourner et de se partager toute la dotation, bœuf, riz, huile, etc., et ils ont dit aux gens de manifester pour que les gens d'Ebola leur donnent des vivres parce que quand il y a cerclage ailleurs, on leur donne. Et c'est pour ça qu'il y avait la grogne.

Cet extrait montre que ces acteurs, plutôt que de faciliter la collaboration des communautés, ont encouragé les comportements dits réticents. Pourtant, cette grogne avait été présentée par les CVV comme une révolte contre le dispositif, face à laquelle ils essayaient de trouver une solution.

Dans la réalité, ces membres visaient à augmenter la dotation en vivres mise à disposition par les humanitaires. Ces quelques exemples montrent bien qu'au-delà de la dimension de citoyenneté, la mobilisation des acteurs au nom du collectif a souvent généré surtout des retombées personnelles. On peut dès lors comprendre que les communautés diverses aient violemment réagi à ces acteurs censés les représenter, mais qui ont été perçus comme ceux qui ont profité de Ebola Business en instrumentalisant le collectif.

### ***Former et techniciser les membres des structures créées ou contractualisées fait d'eux plus des exécutants que des acteurs participatifs***

À Forécariah, les membres des CVV ont été regroupés en formation afin de les sensibiliser d'abord aux principes et normes de biosécurité. Ensuite, leur coopération était souhaitée dans la conduite des activités de sensibilisation et communication, de surveillance, de contrôle, de recherche et de suivi des contacts et des suspects. En réalité, ils étaient formés pour faire valoir les principes de gestion du risque épidémiologique définis par les opérateurs de la riposte. C'est ainsi qu'ils ont reçu des boîtes à images consignant l'ensemble des messages animés qu'ils devaient partager sur le terrain. Pourtant, cette approche de formation à contenu préformaté était contraire à l'esprit de la participation communautaire pensée comme un processus d'engagement où des individus ou groupes sociaux identifient leurs problèmes, les moyens jugés adéquats pour les résoudre et les mettent en œuvre (Hart 1997; Lansdown 2001). Ici, les membres des CVV n'ont pas été des initiateurs et les organisateurs du processus, ils étaient plutôt associés dans la mise en œuvre d'activités qui leur ont été imposées du dehors (Wils *et al.* 1998; Bresson 2014). Appelés à coopérer en tant que relais formés pour passer un message ou défendre une politique dont ils ne sont pas comptables, ils n'ont pas eu une grande latitude de prises d'initiatives, celles-ci étant considérées comme une contre-indication de la gestion de l'urgence sanitaire. Celle-ci, au lieu de promouvoir la prise d'initiative communautaire, définit plutôt le champ du possible et de l'acceptable, en raison du risque épidémiologique mis en avant.

### ***Quand les membres des structures mobilisées «résistent à bas bruit» à la participation programmée du dispositif***

Il est utile de préciser que les membres de ces CVV ne se conduisent pas toujours comme des agents qui ne font qu'exécuter ce qu'on leur demande. À Forécariah et à Conakry, certains ont eu à délivrer des certificats de «mort naturelle» à des personnes décédées. Il a aussi été noté que les acteurs

chargés de faire « passer le message de la riposte » se sont parfois signalés par la diffusion de messages non homologués : dans la préfecture de Coyah, des membres de CVV ont donné l'information aux villageois qu'Ebola était fini, suite à l'absence de signalement de cas. Toutefois, cette information allait à l'encontre du message du dispositif qui consistait à rappeler qu'aucune zone n'était à l'abri tant que l'épidémie n'avait pas quitté la Guinée dans son entiereté. Dans le village Kobah (Kouria, dans Coyah), certains imams membres de CVV étaient chargés de veiller à ce que les tous les cas de décès soient notifiés et gérés de manière digne et sécurisée par les équipes techniques. Mais au lieu de faire appliquer les normes, ces imams ont plutôt signé avec les villageois un pacte de non-notification des cas.

Ces différentes attitudes renseignent sur le fait que les membres des CVV ou des structures contractualisées sont des acteurs sociaux qui, une fois de retour dans leurs communautés, font face à d'autres enjeux qui influencent leurs attitudes. Elles informent aussi sur l'importance des attitudes de réinterprétation, de débordement tactique, qui peuvent entraîner les dispositifs préformatés à subir des dynamiques (Cefai *et al.* 2014). Ces situations, pensées par le dispositif de la riposte comme des moments « d'incohérences grammaticales », sont en réalité l'expression d'une autre grammaire de la participation à laquelle ils sont restés peu sensibles. Elles illustrent des logiques d'acteurs participatifs qui critiquent les normes techniques qu'ils sont censés promouvoir.

### ***Quand la « grammaire » officielle de la participation échoue à engager suffisamment les populations dans la lutte contre Ebola***

À travers la création des CVV et la contractualisation avec les associations de jeunes, de femmes, de ressortissants, la riposte a mobilisé des composantes de la société, en les investissant du rôle d'exécution de certaines tâches prédéfinies. Toutefois, il s'est avéré sur le terrain que les résultats obtenus n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes.

Si cette grammaire est restée incapable d'engager réellement les communautés dans leur diversité, c'est en raison de son caractère développementaliste qui n'est pas toujours pertinent dans le cadre de la gestion de l'urgence sanitaire. Comme le soulignait Bayart (1989), cette approche a une tendance à reproduire les catégories fixées comme représentatives de la communauté alors qu'elles ne correspondent pas toujours au réel social. Cela est d'autant plus vrai dans les situations de crises sociosanitaires, où s'opèrent souvent une critique des légitimités traditionnelles et l'affirmation d'autres formes au ras du sol. L'approche du dispositif n'a fait que renforcer les inégalités sociales et les possibilités de contestation sociale dans la gestion

de l'épidémie. Cette idée a déjà été développée par Iman, Mama et Sow (2004) dans l'étude des projets de développement cherchant à impliquer les femmes. Pourtant, le développement perçu comme un processus social doit déboucher sur «l'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus» et donc l'empowerment (Sen 2003:15). Mais en Guinée, la grammaire développementaliste de la participation a contribué davantage à maintenir la dépendance des communautés qu'à développer leur autonomie, leur capacité d'initiative, et donc leur pouvoir de résilience, nécessairement à renforcer dans la perspective post-Ebola en particulier. Par ailleurs, l'urgence sanitaire a imposé une souveraineté biomédicale et un refus de l'action collective imprévisible<sup>12</sup> (Neveu 2003), autant d'éléments qui ne sont pas de nature à «engager», à écouter et à responsabiliser les communautés, malgré les pieux vœux et les déclarations d'intention des promoteurs de la lutte contre Ebola. En effet, pour la plupart des médecins, le risque épidémiologique était tellement important que cela nécessitait l'application et l'imposition d'un ensemble de normes de bio-sécurité afin de rompre la chaîne de transmission. Ce paradigme médical a réaffirmé l'approche biosécuritaire qui fait de la biomédecine la seule à avoir la capacité de gestion du risque de transmission. En réalité, l'urgence sanitaire a imposé une grammaire normative et standardisée, impérative, qui légitime le discours biomédical, mais souvent ne prête pas attention aux spécificités contextuelles et locales et ne reconnaît pas la capacité d'acteurs des communautés à identifier le risque et à adopter des attitudes de gestion de ce risque. Elle considère aussi les croyances et les traditions des populations comme des barrières et savoirs rétrogrades à changer et non comme des réponses locales à encadrer et à promouvoir. Cette grammaire fait de la participation un principe de mobilisation de bénéficiaires, et non d'engagement d'acteurs avec une historicité reconnue. Pourtant, sur le terrain, les populations ont été porteuses d'initiatives spontanées allant dans ce sens, visant à prévenir et lutter contre Ebola, et qui se sont souvent confrontées avec celles suggérées par le dispositif de la riposte. À y regarder de près, elles constituent une autre forme de grammaire de la participation, plus pragmatique, fondée sur la prise en compte des réalités contextuelles, des interactions locales et de la production de légitimités qui sont à chaque fois situées.

### **Une grammaire pragmatique de la participation portée par les «communautés» et diverses légitimités locales**

L'observateur averti des dynamiques sociofamiliales remarquera que beaucoup d'attitudes ont été cultivées par les populations elles-mêmes, afin de se protéger, de prévenir la maladie, d'arrêter sa propagation sans attendre

les injonctions du dispositif de la riposte. Si les autorités préfectorales ont été plus actives au moment de l'observation des premiers cas de maladie, les populations se sont organisées à leur manière pour gérer les différents types de risques perçus, parmi lesquels l'épidémiologique. Dans ce qui suit, nous proposons d'abord une ethnographie de ces différentes formes de mobilisation. Ensuite, nous examinons en quoi elles restent une grammaire de la participation communautaire, même si elles n'ont pas été envisagées comme telles par le dispositif de la riposte.

### ***Mobilisations pour se soigner, avec des dynamiques de populations aux implications non négligeables***

En tenant compte des temporalités de l'épidémie, on peut remarquer que dans les premiers moments à Guéckédou et à Conakry, les familles se sont beaucoup mobilisées afin d'organiser le retour au village de leurs parents atteints d'une maladie dite «mystérieuse» et quelquefois interprétée comme «*fossi*» ou mauvais sort (Faye 2015). Cette interprétation était d'autant plus féconde qu'on se situait dans un contexte d'impréparation à cette maladie en termes d'information. Toutefois, si ce retour au village est l'expression d'une solidarité et d'une forme de communautarisme dans la gestion et la prise en charge de la maladie, il expose aussi les populations à une plus grande vulnérabilité à la propagation du virus. Le transfert des malades ou des corps de Conakry vers les villages d'origine (pour les soins ou pour les enterrements), considéré comme une règle culturelle à satisfaire (pour la guérison et la paix sociale), a pu occasionner des cas de contamination et de décès évitables. Cette double tension entre les normes culturelles et les risques épidémiologiques a souvent conduit à des incompréhensions entre les équipes techniques et les communautés ou leurs représentants.

En Guinée, les attitudes du retour au village ont connu des évolutions au cours de l'épidémie : durant les premiers moments de l'épidémie, elles ont été principalement soutenues par les familles et les voisins (avec des pratiques de dissimulation de malades). Dans cette perspective, les itinéraires thérapeutiques orientés vers les tradithérapeutes ont été empruntés et soutenus par les familles, entretenant le rejet des injonctions d'isolement en CTE des personnes suspectées. Lorsque l'épidémie s'est déplacée en Basse-Côte, les mêmes comportements ont été observés. Ces attitudes ont beaucoup gêné le dispositif de la riposte, qui a cherché à limiter les déplacements et mouvements de populations et à retirer aux familles leurs droits et devoirs, au nom de l'exceptionnalité du risque biosécuritaire. Toutefois, lorsque l'épidémie a évolué et que les stratégies de communication ont été réadaptées, les communautés écoutées et mises à contribution, les attitudes familiales se

sont davantage exprimées dans le sens d'un engagement communautaire pour une meilleure contribution à la lutte. Par exemple, dans la zone de Macenta (août 2014), les villageois ont systématiquement commencé à appeler le numéro vert ou les équipes soignantes pour signaler elles-mêmes des cas suspects, de décès, ou le déplacement de certains contacts. Dans la préfecture de Coyah, après les premiers mois, le partage d'expériences par les parents ayant séjourné dans les CTE et leurs témoignages ont contribué à rendre ces structures un peu plus acceptables dans les communautés. Ils ont permis de diminuer les rumeurs, d'améliorer l'acceptabilité du recours aux CTE et facilité les interactions avec les équipes de prise en charge. Dans le même sens, à Coyah et Forécariah, on peut évoquer l'implication des mouvements de scouts, contractualisés dans un premier temps par l'Unicef. En raison de divergences sur la stratégie à adopter, cette collaboration n'a pas continué. Cela n'a pas empêché ces acteurs, intervenant depuis longtemps dans les localités, d'entreprendre des activités visant à instaurer des comportements citoyens chez les jeunes : organiser des compétitions de football avec les jeunes des villages, se laisser battre par l'équipe adverse pour gagner la sympathie au feu de camp et créer une harmonie. À travers cette approche, ils ont su collaborer avec les communautés, les écouter, et une fois la confiance établie, les sensibiliser à l'adoption d'attitudes de prévention.

Les analyses précédentes indiquent que le travail nécessaire sur la mise en confiance, le respect et l'engagement des communautés doit aussi s'accompagner d'une communication pertinente, moins sûre d'elle et plus dynamique, éclairée. Cette mise en confiance, associée à la communication dynamique, est utile pour mieux prévenir et gérer les rumeurs. L'expérience montre aussi que l'engagement des communautés et la mise en avant de formes de légitimités identifiées et reconnues par elles sont aussi de nature à réduire les rumeurs.

### ***Des actions de soutien et d'accompagnement collectif organisées spontanément, sans attendre l'injonction du dispositif de la riposte***

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 installées dans la capitale ou dans les chefs-lieux de préfecture. Ces structures ont connu des fortunes diverses, certaines ayant été contestées et violentées lors des activités entamées. Pourtant, au même moment, des acteurs plus anonymes de la diaspora ont régulièrement appelé au village pour donner des ordres, des conseils sur la conduite à tenir. Certains ont envoyé de l'argent pour acheter des kits de lavage des mains pour les familles de leurs villages d'origine. Certains « fils du village » moins impliqués dans les associations de

ressortissants ont aussi soutenu leurs parents par des appels téléphoniques pour conseiller, et par l'envoi d'argent pour acheter des réserves de nourriture. D'autres, installés à Conakry, ont usé de leurs connaissances afin d'appeler au niveau des équipes de la riposte pour demander l'envoi d'ambulances pour aller chercher des personnes suspectées dans leurs villages d'origine. On voit ici une confrontation de légitimités qui ne suscitent pas les mêmes attitudes de la part des populations : les membres des associations de ressortissants ont une légitimité conférée par le dispositif de la riposte (qui, reconnaissions-le, peut aussi être le fait des communautés), alors que les « fils du village », plus anonymes ont une légitimité construite et reconnue par les villageois. Dans ces conditions, la légitimité d'un acteur dans sa communauté d'origine tient surtout à sa capacité à se faire reconnaître dans son milieu d'origine et à démontrer l'étendue des liens sociaux qu'il a avec celui-ci : fréquenter régulièrement le village ; y avoir construit une maison, répondre aux sollicitations spontanées du village en cas de besoin, etc.

Aux côtés de l'engagement des ressortissants pour accompagner leurs familles d'origine, des initiatives locales consistant à faciliter l'application des normes de biosécurité ont été notées. En Guinée forestière (Guéckedou, Macenta), certains commerçants se sont organisés spontanément pour mettre en place des dispositifs de lavage des mains. La même initiative a été observée à Forécariah lorsque les femmes se sont cotisées pour acheter des kits de lavage des mains. À Bonfé (Wonkifong), les distributions de vivres organisées par le Programme alimentaire mondial (PAM), envisagées comme accompagnement de la « quarantaine », avaient concerné surtout les familles de victimes, laissant de côté les autres pourtant concernées. Afin de réparer cette « injustice », certains commerçants, pas forcément ressortissants de ces villages ont acheté des vivres pour aider les familles à mieux gérer cette période. La quarantaine a aussi été spontanément soutenue par les autres secteurs du district, qui ont interdit l'organisation des cérémonies et les grands rassemblements. Cela contribuait à limiter les mouvements de population et à faciliter le respect de cette norme de la riposte.

Dans la zone de Macenta, certains villageois ont installé spontanément des barrages temporaires, afin d'obliger les passagers de tous les véhicules passant par-là à descendre, se laver les mains (un dispositif dérisoire, mais similaire dans l'esprit à celui mis en place au niveau des points d'entrée et frontières). On peut discuter de la valeur préventive réelle de ces mesures. Toutefois, elles informent sur le fait que les populations ont voulu aussi contribuer à stopper la progression de la maladie, en contrôlant quelquefois des gens de passage avec lesquels ils n'étaient pourtant pas censés être en contact.

Ces développements indiquent que les populations savent s'organiser et ont les capacités et la volonté de contribuer à gérer l'épidémie. Mieux, elles adoptent aussi des attitudes positives allant dans le sens de la promotion des recommandations du dispositif de lutte contre Ebola. Ces attitudes renvoient ainsi à une grammaire de la participation, parce qu'elles expriment une volonté des acteurs de trouver les moyens pour empêcher que la maladie ne s'installe dans le village. Elles ont été reconnues par le dispositif de la riposte comme un modèle d'action collective parce que les attitudes adoptées étaient assez collaboratives et allaient dans le sens des attentes du dispositif : les populations doivent collaborer pour la surveillance épidémiologique en contrôlant et en dénonçant les personnes suspectées. Pourtant, au lieu de les soutenir, de les renforcer et de les accompagner, le dispositif a plutôt mis les moyens financiers à disposition pour créer des structures communautaires qui n'étaient pas forcément représentatives des populations. Mieux encore, il s'est surtout préoccupé des attitudes de défiance, de nature plus négative à ses yeux : barricades, violences.

***Les mobilisations revendicatives et contestataires perçues comme de la « réticence » sont une grammaire de la participation engagée portée par des légitimités « au ras du sol »***

Dans les différentes préfectures concernées par l'épidémie, les populations ont aussi réagi par opposition aux injonctions du dispositif, surtout lorsque celles-ci n'allait pas dans le sens de la « reconnaissance » de leurs préoccupations : refuser de participer à des activités de sensibilisation, réactions contre les enterrements dignes et sécurisés, réactions contre l'installation de CTE à Nongo et à Wonkifong, contre les distributions de vivres, etc. (Faye 2015). Toutefois, une lecture plus ethnographique de ces événements permet de démontrer que ces attitudes, au-delà de leur caractère jugé négatif, peuvent être pourtant envisagées comme une autre grammaire de la participation des communautés.

Dans les foyers de l'épidémie d'Ebola, les populations vont prendre des mesures de prévention à l'égard de tout individu, moyen, ou mécanisme pouvant permettre à la maladie d'entrer dans leurs villages. Par exemple, en Guinée forestière, les véhicules de la Croix-Rouge ou de MSF soupçonnés de diffuser la maladie (surtout en juin et juillet 2014), de même que les acteurs impliqués dans les équipes de la riposte (blancs comme nationaux et africains) ont été rejetés par les villageois. Au fil de l'épidémie, ces attitudes de rejet ont aussi concerné les membres de la famille ou les voisins soupçonnés d'être porteurs de la maladie, ayant séjourné en CTE, déclarés non-cas ou guéri (Faye 2015). Pendant qu'à Conakry, certains jeunes se

sont organisés pour empêcher la mise en place des centres de traitement Ebola (exemple de Nongo), à Kolobengou, Guéckédou et Kabak (Guinée forestière), ces derniers, appuyés par les femmes, ont barricadé les entrées de leurs villages pour empêcher l'entrée de toutes les personnes étrangères. Ces attitudes ont évolué vers une violence physique ayant conduit à des décès, en particulier à Womey (Nzérékoré) : dans le cadre de la lutte contre Ebola, les autorités préfectorales de Nzérékoré ont entrepris, avec l'appui des équipes techniques, une activité communautaire de sensibilisation en septembre 2014. L'équipe était composée de responsables administratifs et de santé, de journalistes et de pasteurs. Toutefois, la présence de cette mission (qui était pourtant la bienvenue pour les villageois) va irriter les jeunes et les femmes, qui vont s'attaquer aux membres de la délégation, soupçonnés d'être venus pour diffuser la maladie dans le village, avec des machettes, des pierres et des morceaux de bois, occasionnant la mort de huit d'entre eux.<sup>13</sup> En raison de l'ampleur du choc que cet événement a créé, les autorités administratives ont ouvert une enquête judiciaire qui a conduit à l'arrestation de 27 personnes. À l'issue du jugement, onze d'entre elles ont été condamnées à la peine de réclusion criminelle à perpétuité et au paiement de la somme d'un milliard cinq cents millions de francs guinéens par la cour d'assises de Kankan. Plus tard, alors que tout le monde s'indignait de la violence de la réaction de ces villageois, un autre événement de la même nature va avoir lieu en Basse-Côte, précisément à Laya (Forécariah) où 4 personnes venues participer aux funérailles d'un proche seront battues aussi à mort par les jeunes. Après l'enterrement, elles étaient allées visiter un guérisseur traditionnel afin de se procurer des médicaments. Ce dernier, souffrant, leur avait demandé de passer la nuit sur place. Un des visiteurs, disposant par-devers lui des comprimés, les lui aurait proposés afin de le soulager. Malheureusement, le vieil homme va mourir suite à la prise de ces médicaments. Son épouse et les villageois, surpris par cette mort soudaine, se sont révoltés contre les étrangers, accusés d'être venus pour répandre la fièvre Ebola. Deux des 4 visiteurs seront tués et leur véhicule brûlé. Les deux autres seront poursuivis par les villageois jusque dans la brousse où ils seront battus, ligotés, puis déposés au village. Il a fallu l'intervention de la gendarmerie pour qu'ils échappent à la mort.

En novembre 2014, la succession de ces réactions violentes va conduire le président guinéen Alpha Condé à imposer le recours à la force contre des populations « récalcitrantes » afin d'enrayer l'épidémie. Pourtant, sur le terrain, ni l'emprisonnement des coupables à Womey ni la militarisation de la riposte n'ont mis fin à ces attitudes. À Kabak (Forécariah), le siège de la sous-préfecture sera incendié en janvier 2015. Tout a commencé

lorsque des membres d'une délégation d'ONG, conduite par un pasteur, ont organisé une campagne de désinfection des puits, afin de prévenir la propagation du virus Ebola. Kabak étant une presqu'île n'ayant pas encore enregistré de cas, la population a soupçonné la mission de propager la maladie. Le pasteur a été battu par des jeunes en colère avant d'être transporté à l'hôpital. L'intervention des militaires va conduire à l'arrestation de certains d'entre eux. En représailles, leurs camarades vont incendier le domicile du sous-préfet et monter des brigades de surveillance quotidienne de tous les puits du village. Quelques semaines plus tard, le dispositif de la riposte va mettre en place les CVV, auxquels les jeunes vont s'opposer énergiquement, leur refusant toute légitimité à conduire des activités de surveillance communautaire. Nos analyses indiquent que ces réactions constituaient une forme de revendication de leur légitimité historique à gérer la surveillance du village. En effet, dans l'histoire de cette île, ils ont toujours été utilisés et organisés en comités de défense et de surveillance des communautés depuis la guerre du Libéria. Avec l'événement d'Ebola, c'est tout naturellement qu'ils se sont sentis réinvestis du rôle de surveillance et de protection.

Ces différents événements, relatés dans un esprit ethnographique, nous permettent d'avoir une compréhension renouvelée de ces actes de violence largement critiqués. Au-delà de l'émotion qu'ils ont pu occasionner, une perspective plus compréhensive éclaire leurs mobiles : une volonté des cadets sociaux (jeunes et femmes) de protéger leurs communautés de toutes les dynamiques susceptibles d'importer la maladie dans le village ; de revendiquer leur place dans la gestion de leurs communautés, bref une quête de reconnaissance (Caillé 2007). Toutefois, nos investigations nous suggèrent d'aller au-delà de la considération des seuls cadets sociaux comme étant les instigateurs de ces actes de défiance : aussi bien à Conakry que dans les villages, l'apparente prise de pouvoir des cadets sociaux est une forme d'illusion. Selon nos interlocuteurs, les aînés ne seraient pas étrangers à ces formes de «mobilisation» des cadets sociaux. Ce point de vue est d'autant plus plausible que les sages ou les aînés ont été peu réactifs face aux attitudes revendicatives des «staffs» de jeunes, donnant l'impression d'avoir démissionné. L'exemple de l'imam engagé dans le CVV à Kouria qui a signé une clause de non-notification des décès révèle que les légitimités classiques mobilisées par la riposte sont souvent elles-mêmes engagées dans des dynamiques critiques et contestataires qui passent par le canal des jeunes et des femmes, dont les pouvoirs de contestation seraient plus acceptables socialement que si elles étaient portées par les autorités gérontocratiques. Qu'elles soient portées par les jeunes, les femmes ou par les séniors, ces

attitudes rappellent les revendications de pouvoir des malades voulant être des acteurs et non de seuls patients de leur maladie (Epstein 2008). Elles expriment aussi une réaction pour exister face à un dispositif de lutte autoritaire qui exerce une violence structurelle (Farmer) et ne reconnaît pas les communautés comme actrices de la lutte contre Ebola. Dans ces conditions, cette grammaire pragmatique de la participation rend compte d'un engagement communautaire dans la lutte contre Ebola de nature plus revendicative, plus critique que collaborative, afin de prévenir, protéger, critiquer. Les manifestations violentes peuvent être appréhendées comme un phénomène social total qui exprime un conflit et une demande pressante de changement social. En tant que critique, elles apparaissent aussi comme un moyen de reconnaissance dans la lutte contre Ebola (Honneth 2006) et une forme de participation, au sens d'engager une réaction ou de s'organiser pour exprimer un problème ou un besoin, de s'autodéterminer pour la résolution de ce problème (Fournier & Potvin 1995). Analyser les violences populaires comme une forme de participation communautaire permet ainsi d'élargir la compréhension de ce concept, inscrit dans un renouvellement permanent (Bresson 2014).

## **Conclusion**

Dans le cadre de la gestion de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les équipes techniques ont reconnu le caractère nécessaire et incontournable de la participation des populations. Toutefois, la grammaire officielle de la participation communautaire, promue par le dispositif, a consisté en la création ou la contractualisation de structures dites à base communautaire, dont les membres ont été chargés de faire passer le message et respecter les directives techniques. Ces mobilisations sociales n'ont pas réellement engagé les populations dans la gestion de la lutte contre Ebola parce que les ontologies à partir desquelles elles sont définies (souveraineté biomédicale, médicalisation et développementalisme) ne favorisent pas les principes de l'agentisation et de la membralité, éléments clés pour que les populations soient au cœur du processus de la lutte. Au contraire, elles ont quelquefois exacerbé les inégalités et renforcé les tensions entre l'individuel et le collectif. Il est aussi apparu que les acteurs dits représentatifs des communautés se sont parfois signalés par des écarts par rapport aux directives techniques de la riposte, exprimant ainsi leur critique de ces dernières.

Pourtant, des acteurs plus anonymes se sont exprimés sur le terrain de lutte, en entamant, sans attendre les injonctions du dispositif, des activités de prévention, de protection, de surveillance, mais aussi de

contestation à l'égard des normes et directives techniques promues par l'OMS et ses partenaires. Ces réactions, qui prennent plus la forme d'un engagement communautaire, n'ont pas été reconnues par le dispositif. Nos analyses suggèrent que les communautés n'ont pas à être traitées seulement comme le lieu des réticences, mais plutôt comme l'élément central de définition de solutions positives. Engager les communautés dans la lutte contre les épidémies nécessite un réel changement de paradigme et une socialisation de la riposte. Il est certes utile de communiquer avec les populations de manière transparente afin de leur donner tous les éléments d'informations utiles pour une meilleure compréhension des risques épidémiologiques induits par Ebola. Il est aussi nécessaire de les amener à réaliser la surveillance communautaire, à avoir des attitudes favorisant la rupture de la chaîne de transmission. Mais cela suppose de sortir d'une logique autoritaire, d'intégrer d'abord l'idée que ces populations ont des ressources, des réponses et des capacités d'agir, et sont porteuses d'enjeux (Fassin 2009). Faire ce travail de reconnaissance requiert que le dispositif s'engage aussi auprès des communautés par le biais d'une socialisation de son approche, à aller au-delà de la souveraineté biomédicale. Ce travail de reconnaissance passe par une attitude compréhensive des mobiles de leurs réactions. Si on considère que l'émergence des attitudes dites «réticentes» correspond à l'expression des besoins des individus qui le portent, il faut les comprendre et proposer les transformations sociales souhaitées. L'expérience montre que dans une situation d'urgence sanitaire, les populations attendent du dispositif une attitude plus respectueuse, un accompagnement pour le renforcement de leurs capacités de résilience communautaire.

## **Remerciements**

Les enquêtes sur lesquelles ce texte repose ont été financées par le programme Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre du projet REACTION! coordonné par Hervé Raoul (Laboratoire P4 Jean Mérieux-Inserm, Lyon). Une composante du projet consistait en un essai clinique du Favipiravir pour le traitement d'Ebola, dirigé par le Pr Denis Malvy (Inserm, UMR 897, Université de Bordeaux & Hôpital Pellegrin, Bordeaux) et coordonné par Abdoul Habib Beavogui (Centre de recherche en santé rurale, Maférynah, Guinée). Une deuxième composante était celle de l'équipe anthropologique composée de Vinh Kim Nguyen, Sylvain Faye, Frédéric Le Marcis, Veronica Gomez-Temesio, Waly Diouf, Pape Nd. Cissé.

## Notes

1. L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs développé dans cette perspective un guide avec des recommandations techniques pour *mobiliser et/ou engager les communautés* dans le cadre d'une riposte aux flambées épidémiques.
2. Aux côtés de l'OMS, l'Unicef a été particulièrement responsabilisée dans le cadre de la communication et de la mobilisation sociale en contexte d'urgence sanitaire d'Ebola.
3. Dans le cadre de la riposte, plusieurs commissions ont été mises en place par la Coordination nationale de la lutte à Conakry, mais aussi dans chacune des préfectures touchées par l'épidémie.
4. Au moment du lancement de cette initiative, 121 comités de veille ont été installés à travers l'ensemble des collectivités de la préfecture de Forécariah.
5. Les CVV ont été, depuis les années 1980, un élément essentiel de la politique des Soins de santé primaires (SSP), basée sur la décentralisation (pensée comme un palliatif de la défaillance de l'État central) et la participation communautaire.
6. Vu le contexte de la prise en charge et le devenir des patients, le dispositif de riposte n'a pas mesuré que cela revenait à inviter à la délation, ou à la « vente » des parents au dispositif, dans une logique assez proche de celle supposée animer les sociétés de sorciers, où l'entrée d'un nouveau membre dans la société est conditionnée par le don d'un parent à « dévorer » aux sorciers que l'individu rejoint.
7. Ce don et l'appel à la mobilisation sont souvent adressés aux catégories dites représentatives de la démocratie populaire que sont les cadets sociaux comme les femmes et les jeunes, qui dans la réalité sont ceux ayant besoin d'une aide.
8. En Afrique du Sud, pendant la période du déni du président Mbeki au début des années 2000, la réponse à l'épidémie reposait sur une logique similaire à l'égard de la mobilisation des jeunes et des femmes contre l'épidémie, alors que ces derniers étaient les premières victimes du virus et que l'État refusait de rendre disponibles, dans le système de santé, les médicaments antirétroviraux (Le Marcis 2010:132).
9. Ces travailleurs, présents tous les matins aux réunions de coordination, donc au courant des flux de malades, et menacés d'arrêt de travail (lorsque l'OMS a décidé d'arrêter de les payer et de passer la main à l'État guinéen), ont eu un impact significatif sur les comportements communautaires.
10. *Séré* vient du mot français « cérémonie ». Il s'agit d'un cadre de sociabilité, d'échange et de solidarité sous la responsabilité d'un *Séré Kounti*, qui est une personnalité respectée, qui inspire confiance. Dans ces espaces d'échanges, les membres partagent des informations et des conseils. Ils bénéficient aussi de soutien dans l'organisation des cérémonies qui rythment la vie sociale des individus : baptêmes, mariages, danses festives dans les quartiers. Des tontines sont également organisées au sein des *SÉRÉ* (cotisations financières des membres leur permettant de recevoir une somme d'argent importante lorsque leur tour est venu).

11. Les *staffs*, appelés clans, sont des groupes de jeunes et d'adultes du ghetto (Philips 2013) qui ne connaissent ni barrières d'âge ni barrières ethniques. Ces groupes polarisent plusieurs sensibilités qui ont en commun le fait de se sentir abandonnés. Ce sont des cadres au sein desquels les membres discutent de questions de la société guinéenne, procèdent à une critique socio-politique qui peut déboucher sur des émeutes. Toutefois, ils peuvent aussi apporter des solutions aux problèmes locaux qui se posent.
12. Celle-ci renvoie surtout aux actions spontanées engagées par les populations en réponse à l'épidémie (Faye 2015)
13. Le sous-préfet de Womey, le directeur préfectoral de la santé de N'Zérékoré, le directeur adjoint de l'hôpital régional de N'Zérékoré et le chef du centre de santé de Womey, un pasteur et trois employés de médias – deux techniciens de la radio rurale de N'Zérékoré et un journaliste d'une radio privée.

## Références

- Almudena, M. et M. Borchert, 2014, «Réticences aux mesures de contrôle de l'épidémie d'Ebola – Comprendre, réagir, prévenir», *Rapport de mission en Guinée forestière*, Ministère guinéen de la Santé/Charité, médecine universitaire, Berlin.
- Bayart, J.-F., 1989, *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 1989, 439 p.
- Bresson, M., 2014, «La participation : un concept constamment réinventé», *Socio-logos*, [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 4 mars 2014, consulté le 26 novembre 2015. URL : <http://socio-logos.revues.org/2817>.
- Caillé, A., 2007, *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*, La Découverte, coll. «textes à l'appui», 302 p.
- Cefai, D., Carrel, M., Talpin, J., Eliasoph, N. et Lichtenman, P., 2014, «Ethnographies de la participation», *Participations*, 2012/3 n° 4, p. 7-48.
- Chauveau, J.-P., 2006, «Le “modèle participatif” de développement rural est-il “alternatif”?», *Le bulletin de l'APAD*, n° 3 [En ligne], mis en ligne le : 5 juillet 2006.
- Dewey, J., 2010, *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard.
- Epstein, S., 2008, “Patient Groups and Health Movements,” in E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch and J. Wajcman (dirs), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, MIT Press, pp. 499–539.
- Fassin, D. et Fassin, É. 1989, «La santé publique sans l'État? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal», *Tiers-Monde*, tome XXX, n° 120, 1989, p. 881-891.
- Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, Collection «Sociologie d'aujourd'hui».
- Fassin, D., 2009, “Another Politics of Life is Possible,” *Theory, culture & society*, 26(5), pp. 44–60.
- Faye, S.L., 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], mis en ligne le 1er décembre 2015. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1796>

- Fribault, M., 2015, « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé*. [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 1er janvier 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1761> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1761.
- Gasquet, C., 2011, *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo*. Thèse de doctorat unique en géographie humaine, Paris-Ouest Nanterre.
- Gomez, Témésio V., 2014, *L'État sourcier. Anthropologie politique de l'hydraulique rurale au Sénégal*, Marseille, École des hautes études en sciences sociales.
- Hart, R., 1997, *Children's participation. The theory and practice of involving young citizen in community development and environmental care*. Londres, Earthscan.
- Hounmenou, B.G., 2002, « Nouveaux modes de coordination des acteurs dans le développement local : cas des zones rurales au Bénin », *Développement durable et territoires*. [En ligne], Dossier 2 | 2002, mis en ligne le 1er octobre 2003, URL : <http://developpementdurable.revues.org/1094>.
- Honneth, A., 2004, « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*. 1, 23, p. 133-136.
- Imam, A.M., Mama, A. et Sow, F. (éds), 2004, *Sexe, genre et société. Engendrer les sciences sociales africaines*, Dakar, Codesria-Karthala.
- Janzen, J., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala.
- Lansdown, G., 2001, *La promotion de la participation des enfants dans les prises de décisions démocratiques*, Florence, Centre de recherche Innocenti de l'Unicef.
- Le Marcis, F., 2010, *Vivre avec le sida après l'apartheid. Afrique du Sud*, Paris, Kartala, 180 p.
- McGovern, M., 2013, *Unmasking the state. Making Guinea modern*. Chicago, The University of Chicago Press, 288 p.
- Neveu, C., 2003, *Citoyenneté et espace public : habitants, jeunes et citoyens dans une ville du Nord*, Villeneuve-d'Ascq, Éditions du Septentrion.
- Philips, J., 2013, *Bandes de jeunes et émeutes urbaines en Guinée-Conakry*, Harmattan Guinée, 248 pages.
- Fournier, P. et Potvin, L., 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, volume XIII, n° 2, p. 39-59.
- Sen, A., 2003, *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, coll. Poches, éd. Odile Jacob, 2003, 480 p.
- Michener, V.J., "The Participatory Approach: Contradiction and Co-option in Burkina Faso," *World Development*, vol. 26, n° 12, 1998, pp. 2105–2118.
- Wils, T., Labelle, C., Guérin, G., Tremblay, M. 1998, « Qu'est-ce que la mobilisation des employés ? Le point de vue des professionnels en ressources humaines », *Gestion*, p. 573-585.