

à l'ombre du préau errent les
sectateurs de mille obédiences
ils pulvérisent leur croyance en restant
au-devant d'eux-mêmes
en deçà et au-delà du dogme auquel
les uns et les autres acquiescent
vagabonds sublimes soucieux de leur
présence au monde
le yogi côtoie le soufi le pandit le 'alim
le sunnite le shiite
le barbu l'illuminé le viril l'efféminé
l'extatique le sobre
le chagrin de la passion habite l'un
l'Intellect rayonne dans l'autre
celui-là cajole dans la main une
colombe il lui chuchote ses
confidences
encore un autre qui se confond avec
l'arbre qui lui tient le dos
c'est un sage qui bénit tout passant
inconnu enfants et adultes
vieux ou jeunes de l'un et l'autre sexe
tous progressent
vers le foyer de sainteté Aya ton ombre
monte avec moi
les nombreuses marches

Notre ami très cher est parti,
montant les nombreuses marches.
Derrière lui, il laisse un vide
immense. Un immense plein.

Salah Stétié

EBOLA : LEÇONS D'UNE ÉPIDÉMIE

Entretien avec Vinh-Kim Nguyen*

*Quelles ont été les politiques de lutte
contre le virus Ebola dans les diffé-
rents pays concernés ? On a vu des
conséquences radicalement différentes*

*entre le Nigeria, la Guinée, la Sierra
Leone ou le Liberia. Cela vient-il de la
structuration (ou non-structuration)
des systèmes de santé locaux, ou plus
largement de questions d'organisa-
tion politique ?*

Les différences entre pays
cachent des hétérogénéités impor-
tantes à l'intérieur des pays, où l'on
voit de nouvelles éclosions apparaître
(par exemple en Guinée), des épidé-
mies urbaines prendre de l'ampleur
dans certaines villes (Freetown, en
Sierra Leone) alors qu'elles semblent
quasiment disparaître dans d'autres
(Monrovia, au Liberia). Les politiques
de lutte sont standardisées, comme le
montre le modèle jusque-là efficace
de Médecins sans frontières (MSF), et
reposent sur un modèle classique de
santé publique qui vise à identifier et
isoler les cas et à leur offrir un traite-
ment de support de base.

Mais ce modèle doit se confron-
ter à des différences d'institutions,
des façons de faire, et même à des
personnalités sur le terrain. Il
conviendrait plutôt de parler des
conditions qui ont permis à l'épidémie
de flamber dans ces pays qui, et ce
n'est pas une coïncidence, ont subi
des décennies de violence structu-
relle. D'abord au Liberia et en Sierra
Leone, avec des programmes d'ajus-
tement structurel qui affaiblissent les
systèmes de santé, notamment en
réduisant en nombre important les
personnels cruciaux et en rétrécis-
sant le périmètre d'action de l'État,
ainsi que des décennies de guerres

* Médecin urgentiste et anthropologue
(École de santé publique de l'université de
Montréal, Collège d'études mondiales-FMSH
Paris-hôpital Avicenne, Bobigny).

civiles que les historiens analysent comme la mobilisation d'un capital identitaire permettant d'occuper l'espace laissé vide par le retrait des États. La Guinée a aussi ses spécificités, liées à son histoire coloniale et postcoloniale, et des relations qui souvent opposent les populations côtières et forestières. Les différences seraient donc dues à des parcours historiques particuliers, mais aussi à la microsociologie de la façon dont la réponse a été perçue, vécue, résistée, renforcée dans les localités différentes.

Pouvez-vous revenir sur les incompréhensions entre les intervenants humanitaires et les populations au début de l'épidémie – et sur le rôle qu'ont eu les anthropologues pour faire la médiation ?

On sait que depuis toujours l'épidémie vient de l'étranger, que c'est toujours lui qui est pointé du doigt en situation critique épidémique. Rien de neuf avec Ebola donc, sauf que l'étranger – en forme de Blanc cagoulé et vêtu en cosmonaute – participe à une dramaturgie particulièrement puissante sur le plan symbolique. S'ajoute aussi la temporalité terrifiante de cette épidémie accélérée, qui a nourri les interprétations. Et, comme Guillaume Lachenal et moi-même l'avons souligné¹, la méfiance de certaines populations ne relève pas d'un atavisme culturel mais bien d'une expérience historique, les épicentres de l'épidémie actuelle ayant

été le foyer d'épidémies de trypanosomiasés dont les campagnes d'éradication ont parfois utilisé des mesures réellement coercitives et mal vécues par les populations – internement dans les centres de traitement, piqûres douloureuses de lomidine, etc. D'ailleurs, le camp d'isolation actuel de Gueckedou se trouve... dans l'ancien camp de traitement de la trypanosomiasé !

Dans ce contexte, les anthropologues ont été appelés à faire de la médiation, certes, mais ce travail peut être fait par d'autres. Leur rôle a davantage été de « vulgariser », en expliquant aux intervenants comment s'y prendre pour ne pas choquer les sensibilités locales et comment signaler les éléments à prendre en compte lorsque l'on a à traiter de vie et de mort dans une société stressée. Mais ils pourraient faire plus : en analysant les conditions qui ont permis à cette épidémie de flamber, en comptant les morts, en rendant compte de l'expérience des soignants et des survivants pour améliorer notre intervention. Le temps a, jusqu'à présent, cruellement manqué.

L'une des spécificités de l'épidémie d'Ebola est le nombre élevé de soignants parmi les victimes, en particulier au début de la crise, ce qui n'était pas arrivé depuis très longtemps dans un contexte d'épidémie. Comment l'expliquer ?

Tout simplement parce que les liquides corporels des malades sont fortement contagieux ; tous ceux qui sont amenés à être en contact courent un fort risque de contamination s'ils ne sont pas protégés. La majorité des

1. Guillaume Lachenal, Vinh-Kim Nguyen, « Dans la lutte contre Ebola, évitons le néocolonialisme », *Le Monde*, 20 octobre 2014 (http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/10/20/dbt-22-11-dans-la-lutte-contre-ebola-evitons-le-neocolonialisme_4509187_3244.html).