

Epidémies en Afrique de l'Ouest et du Centre

Sylvain Landry Faye (UCAD), Tidiane Ndoye (UCAD), Alice Desclaux (IRD), Fred Eboko (IRD),
Marc Egrot (IRD), Bernard Taverne (IRD)

Délimitation conceptuelle

Une épidémie (du grec epi = au dessus et demos = peuple) est la propagation rapide d'une maladie à un grand nombre de personnes, le plus souvent par contagion. L'épidémiologie la définit par une augmentation du nombre de cas survenant dans une population donnée, pendant une période donnée et dans un lieu donné, atteignant un taux supérieur au taux habituel.

Dans cet axe, il s'agit de procéder à une revue documentaire des travaux en sciences sociales qui abordent la question des épidémies de maladies infectieuses en Afrique. Les maladies endémiques et pandémiques telles que le paludisme, l'infection à VIH et la tuberculose, soulèvent des questions particulières ; aussi, nous ne considérons ici que les épidémies qui ont touché l'Afrique au cours de flambées épidémiques survenues dans les trente dernières années : fièvre de Lassa, Ebola, choléra, zika, dengue, chikungunya, grippe aviaire et autres gripes, méningites, rougeole, fièvre jaune, etc. Ces épidémies ont pour caractéristique commune leur étiologie (bactérienne ou virale) et le caractère intermittent ou exceptionnel de leur survenue, qui exige une réponse rapide et spécifique, guidée par l'épidémiologie et accompagnée de mesures de santé publique, de la part de systèmes de soins résilients. D'un point de vue de santé publique, on peut distinguer deux types d'épidémies qui mobilisent des réponses sanitaires et suscitent des réactions sociales en partie différentes, que l'on peut qualifier d'émergentes et de réémergentes. Dans le cas des épidémies émergentes, des agents pathogènes non endémiques dans la zone concernée, introduits par la circulation croissante des populations au temps de la globalisation ou issus du "spill over" à partir de réservoirs animaux souvent favorisé par le changement climatique, surprennent à la fois les populations et les systèmes de soins. Dans le cas des épidémies réémergentes, la vaccination de masse a permis de réduire au cours des dernières décennies la prévalence de certaines maladies "anciennes" et connues des soignants et des populations, mais de nouvelles flambées apparaissent du fait de ses insuffisances (intrinsèques ou dues à des situations de crise).

Les épidémies à virus émergents (fièvre de Lassa, zika, Ebola, chikungunya, grippe aviaire, dengue, fièvre de la vallée du Rift, maladie de Crimée Congo) ont été enregistrées sous la forme de flambées localisées. Parmi ces maladies fébriles aux symptômes plus ou moins affirmés et spécifiques, souvent partiellement confondues avec le paludisme, la maladie à virus Ebola a occupé une place particulière du fait de sa gravité. La survenue de l'épidémie d'Ebola en 2014-2016 a mis en évidence l'impact des erreurs de la riposte qui ont suscité des résistances de la part des populations. L'insuffisance des connaissances médicales face à une pathologie nouvelle en Afrique de l'ouest, conjuguée à des interventions sanitaires implémentées en urgence et de manière autoritaire, prenant peu en compte l'impact social et les interprétations culturelles, dans un contexte sociopolitique tendu, a retardé le contrôle de l'épidémie. En l'absence de traitement et de vaccin –ce qui est aussi le cas pour d'autres pathologies mentionnées- les mesures de santé publique jouent un rôle essentiel et impliquent d'instaurer la confiance des populations dans le système de soins, dans des contextes où leurs perceptions préexistantes des services de santé peuvent être négatives (en fonction d'aspects historiques ou politiques), en contexte de pluralisme médical.

Dans la première catégorie, la méningite survient par flambées épisodiques dans la « ceinture méningitique » (du Sénégal à l’Ethiopie) où elle est bien connue des populations. Les vaccins disponibles depuis 25 ans ont considérablement réduit la morbidité et la mortalité des flambées annuelles, mais les limites des systèmes de soins et les questions d’implémentation et d’acceptabilité de la vaccination subsistent. La rougeole, pour laquelle le vaccin est diffusé en routine dans le PEV, en voie d’éradication dans plusieurs pays africains, soulève des questions similaires mettant en jeu les performances des systèmes de soins (cf. épidémie récente en Guinée en phase de défaillance du système de soins due à l’épidémie d’Ebola). Le choléra et la fièvre jaune peuvent également être considérés comme des pathologies à risque de réémergence en cas de crise sanitaire et d’insuffisance de la couverture vaccinale.

Problèmes identifiés

A propos de ces deux types d’épidémies, les difficultés qui ont été notées concernent l’insuffisance des réponses techniques et biomédicales pour leur gestion et leur contrôle. Plusieurs travaux ont ainsi souligné les enjeux d’une approche des sciences sociales pour mieux comprendre afin de mieux prévenir et gérer la survenue des épidémies. Toutefois, il est nécessaire de reconnaître d’emblée que la réflexion socio-anthropologique sur les épidémies a été plus féconde pour ce qui est d’Ebola (épidémie la plus récente et la plus investiguée), de la fièvre de Lassa et du chikungunya. En Afrique, les travaux socio-anthropologiques ont surtout porté sur des maladies comme le paludisme, la tuberculose, le VIH, et se sont intéressés récemment aux autres maladies infectieuses et aux maladies non transmissibles ou chroniques.

Par ailleurs, les travaux sur les épidémies, ont dans la plupart des cas été limités à des approches culturalistes, afin d’expliquer pourquoi on a du mal à bien gérer les épidémies, pourquoi les populations sont « réticentes » ou résistantes à l’épidémie. Ces données ont été jugées utiles pour mieux accompagner les techniciens pour la maîtrise des épidémies.

Pour mieux rendre compte de la littérature de sciences sociales sur les épidémies, nous avons identifié un ensemble de thématiques qui nous semblent les plus pertinentes et illustratives de la manière dont cette question a été traitée.

1. Interprétations culturelles de la maladie
2. Ecologie du risque, contextes de transmission et inégalités d’exposition (genre, etc).
3. Rumeurs, communication et information en temps d’épidémie
4. Modes de gestion et de prévention des épidémies
5. Les communautés face aux épidémies
6. Préparation aux épidémies pour les communautés et les acteurs socio-sanitaires
7. Rôle des anthropologues dans la lutte contre les épidémies

Bibliographie

Pour cette revue de la littérature nous avons focalisé notre attention sur la période contemporaine et sur l’aire de l’Afrique de l’ouest et du centre. Nous avons inclus quelques publications de référence en sociologie et anthropologie médicale qui ne concernent pas nécessairement cette aire géographique et culturelle, ou qui traitent de l’infection à VIH, dans la mesure où elles éclairent le sujet. Après une recherche par moteur de recherche internet, assez peu efficace en sciences sociales, nous avons collecté des références pertinentes, pré-sélectionnées par les auteurs de cette revue, qui les ont utilisées dans le cadre de cours ou d’articles ou recueillies dans le cadre de leur veille documentaire personnelle. Les références en droit, éthique, économie, et

histoire collectées sont peu nombreuses. Aussi cette synthèse en « sciences sociales » est-elle centrée sur la socio-anthropologie.

Interprétations socio-culturelles de la maladie, recours aux soins et itinéraires thérapeutiques (Sous-thèmes : Perceptions des causes, symptômes de la maladie, traitements et risques associés perçus par les acteurs sociaux, interprétations de l'épidémie, pluralisme thérapeutique)

Les travaux menés à la fin des années 1990 et au début des années 2000 par le réseau de chercheurs rassemblé par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan dans les pays francophones a permis d'inventorier les représentations sociales de plusieurs pathologies dans les systèmes de pensée et les nosologies (catégorisation des maladies, causes et symptômes correspondants) pour les principaux groupes socio-ethniques partageant l'ensemble culturel ouest-africain (1999 ; 2003). Les modèles de perceptions qu'ils ont décrits constituent un fonds à partir duquel les nouvelles maladies épidémiques sont interprétées par les populations, selon l'approche théorique de P. Farmer concernant la construction sociale des représentations collectives de la maladie. Cette approche avance que les représentations résultent d'assemblages entre des entités nosologiques préexistantes dans les perceptions de diverses populations, les messages sanitaires diffusés autour des pathologies d'actualité, et les expériences de personnes atteintes (Farmer, 1997).

La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Sous la direction de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan. Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Les champs de la santé", 1999, 374 p.

La thèse principale de l'ouvrage porte sur l'idée que la manière de se représenter les maladies fait l'objet d'une construction sociale et n'est pas seulement imposée par la logique biomédicale. Sur la base d'une série d'études très rigoureuses menées sur le terrain, plusieurs chercheurs travaillant sur des terrains différents en Afrique de l'Ouest établissent une distinction entre le magique/non magique, en précisant que cette distinction est une donnée "émique" (intrinsèque aux catégories de pensées locales). En conséquence, il serait question d'une logique de nomination (donner un sens aux symptômes comme étant l'expression naturelle d'une entité nosologique populaire) et non d'une logique de l'imputation (donner un sens aux symptômes comme étant l'expression surnaturelle d'un agent humain ou surhumain, autrement dit chercher un responsable).

Dans ce travail, les auteurs abordent les processus sémiologiques, cognitifs et empiriques qui nourrissent les conceptions populaires de la maladie dans le cadre des sociétés en proie à des transformations : par exemple, kaliya chez les paysans sénéfou et weyno dans la culture populaire songhay-zarma sont des maladies de la modernité soit encore des maladies exprimées selon un registre à la fois pragmatique, dans le sens ici d'une vision déchantée, et populaire. Y. Jaffré à propos de sayi au Mali en pays bambara, montre qu'il est impossible d'en proposer une traduction univoque dans un langage biomédical. On peut ainsi "guérir" d'une hépatite - sayi - chez un guérisseur et mourir d'un cancer - sayi - à l'hôpital. Il en résulte, outre une difficulté d'interprétation, une appréciation négative de l'efficacité des services de santé et une certaine stabilité du champ sémantique de la représentation : sayi ne correspondant pas à un traitement biomédical simple et directement efficace. Il en est de même de kaliya, décrit par F. Ouattara au Burkina Faso et du yoor en pays Bisa traité par M. Yaogo. D. Bonnet, dans son article consacré dans ce livre aux maladies de l'oiseau, montre à l'issue de ses enquêtes conduites en pays moose que certains interlocuteurs privilégiaient le modèle mécanique et d'autres le modèle magico-religieux. Et l'explication avancée serait que les accoucheuses comme les guérisseurs et les migrants islamisés développent un discours mécaniste sur le corps

et la personne, alors que les devins et les agriculteurs non musulmans favorisent des explications religieuses. Pour chacun d'entre eux, on observe également un syncrétisme, qui intègre aussi, aujourd'hui, des éléments de la pensée scientifique. Dans un même ordre d'idée, D. Bonnet montre encore que, lorsqu'une maladie ne guérit pas, elle peut entraîner des glissements interprétatifs. Dans ce cas, le remède n'est pas remis en question, on change d'interprétation.

L'ouvrage, loin de rechercher à tout prix une cohérence aux représentations (aux modules) populaires des maladies, traite surtout de savoirs en miettes. Il est plutôt question de "patchwork", de "bricolage", d'"ensembles flous" et donc d'une nosographie instable, autant de notions qui rendent compte de champs sémantiques non stabilisés, où bien souvent le savoir des guérisseurs n'est pas fixé, et varie beaucoup d'un guérisseur à l'autre. Les auteurs, n'évacuent pas les causalités de type magico-religieux des maladies, mais préfèrent insister sur les dimensions naturelles. Plutôt que de se focaliser sur l'interprétation symbolique, ils insistent plus sur l'articulation entre le prosaïque et le magico-religieux.

A. Caprara puis D. Bonnet et Y. Jaffré ont focalisé leurs analyses sur les perceptions locales des modes de transmission de la maladie qu'ils ont inventoriées (Caprara 1999 ; Bonnet & Jaffré 2003), et ils ont montré la diversité des perceptions de la transmission et de la contagion. Cependant, ces travaux fondamentaux ne couvrent ni l'ensemble des maladies ni les aires culturelles d'Afrique centrale aux cultures assez différentes de celles d'Afrique de l'Ouest. Les épidémies récentes (diverses formes de grippe, MERS, zika par exemple) commencent à faire l'objet d'études approfondies (Hoffman et Sokhieng, 2017) ; des pathologies infectieuses « anciennes » (par exemple les hépatites virales) ou ayant un nouveau visage dans le contexte épidémiologique et thérapeutique actuel (la tuberculose multirésistante par exemple) sont également concernées par ce manque de connaissances (Hane, 2007).

D'autre part, les travaux récents sur la maladie à virus Ebola montrent que tout en mobilisant un fonds culturel qui intègre notamment les causes surnaturelles de survenue de la maladie ou l'imaginaire ancien de la contagion et des relations entre hommes et animaux, cette nouvelle maladie a été interprétée comme la survenue d'une pathologie « extraordinaire », en rupture avec les modèles préexistants (Anoko, 2014; Faye, 2016, Epelboin, 2014). Il est donc nécessaire d'explorer les représentations d'autres maladies épidémiques pour comprendre dans quelle mesure elles sont comprises au travers de modèles explicatifs mettant en avant la nouveauté de la maladie, venant de la culture « globale » et relayées par les médias et internet – par exemple les modèles biomédicaux et d'autres modèles relevant de théories alternatives telles que la « théorie du complot ». Ceci impose de renouveler les études socio-anthropologiques dans une approche multi-située, accordant de l'importance aux sources d'information et modes de diffusion contemporains, considérant les interfaces entre cultures locales et cultures globales. Il faut aussi souligner que les travaux de sciences sociales sur la preparedness font largement défaut alors que les leçons apprises des épidémies récentes indiquent que les communautés ont été peu préparées à faire face à ces situations (nous y reviendrons)

Toute culture offre diverses formes de soins pour les maladies, parmi lesquelles on peut distinguer : les soins biomédicaux, les thérapies traditionnelles, alternatives et néo-traditionnelles, les formes de thérapies proposées par les Eglises, et les traitements médicamenteux diffusés avec ou sans lien avec des professionnels de santé. Les grandes orientations des itinéraires de soins des malades ont été décrites par les sciences sociales en Afrique de l'Ouest et du Centre : (1) les itinéraires commencent souvent par une auto-médication et des soins à domicile pour éviter les coûts des recours aux soins biomédicaux dans les structures de santé publiques ou privées, (2) la recherche de sens de la maladie conduit souvent les malades à recourir à des soins traditionnels ou à des pratiques religieuses

parallèlement ou en alternative aux soins médicaux. Dans le cas des épidémies, les itinéraires de soins peuvent dépendre de la capacité qu'a la population de reconnaître la maladie. Les malades peuvent fuir les services de santé qui sont perçus comme des lieux de concentration de l'épidémie, comme constaté pendant l'épidémie d'Ebola ; dans ce cas, vers quel type de soin se tournent-ils ? Ces itinéraires devraient être étudiés pour de nombreuses pathologies car ils dépendent aussi du « dispositif » de la maladie (aiguë ou chronique, fréquente ou pas, sévère ou pouvant être guérie, catégorie de population touchée). Ainsi la rougeole, qui fait l'objet de réémergences localisées dans divers depuis 2015, est probablement soumise à des pratiques de traitements méconnues dans le secteur informel (pratiques de soins alternatives, traditionnelles ou néotraditionnelles), à domicile (auto-médication, techniques de soins corporels) ou dans les Eglises.

Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P (eds). La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : PUF; 1999. 376 p.

Bonnet D, Jaffré Y. Les Maladies de passage : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala; 2003. 510 p.

Hewlett BS, Amola RP. Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda. *Emerging Infectious Diseases*. oct 2003;9(10):1242-8.

Olivier de Sardan J-P, Jaffré Y (eds). Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris : Karthala; 2003. 464 p.

Caprara A. Transmettre la maladie : représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire. Paris : Karthala; 2000. 211 p.

Ravi SJ, Gauldin EM. Sociocultural Dimensions of the Ebola Virus Disease Outbreak in Liberia. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*. 3 déc 2014 ;12(6):301-5.

Farmer P, Sida en Haïti : la victime accusée. Paris, Karthala, 1997

Benoist J, Desclaux A (eds), Anthropologie et Sida, Bilan et Perspectives. Paris, Karthala, 1996

Benoist J. Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical. Paris : Karthala ; 2000. 520 p.

Gruénais M-É. Vers un nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo. *Rev Prat*. 1991;5(141):n.c.

Gruénais M-E. Le malade et sa famille : une étude de cas à Brazzaville. In Fassin D, Jaffré Y, éditeurs. Sociétés, développement et santé [Internet]. Paris: Ellipses; 1990, p. 227-42. Disponible sur: <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:37858>

Dousset J-L. Place des médicaments traditionnels en Afrique. *Médecine Trop*. 2006;66:606-9.

Simon E, Egrot M. « Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin. *Sci Soc Santé*. 2012;30(2):67-91.

Ecologie du risque, contextes de transmission et inégalités d'exposition

(Sous-thèmes : Epidémiologie socio-culturelle, sources et lieux de transmission, niveaux de risque, genre et inégalités sociales face au risque, vulnérabilités « en amont » de l'infection, transmission nosocomiale)

Les publications d'épidémiologie socio-culturelle qui analysent de manière fine la manière dont différentes catégories de population sont touchées par une épidémie, ou celles d'anthropologie écologique qui décrivent la circulation des agents infectieux entre espèces dans un milieu donné et en fonction des conditions environnementales, sont assez peu

nombreuses. On peut citer quelques travaux concernant la dengue (Kendall et al, 1994 ; Donnat et al., 2011) montrant les rapports entre le processus d'urbanisation et la transmission de la dengue dans son contexte écologique. Toutefois, les travaux de ce type devraient être renouvelés pour chaque épidémie car les réservoirs de virus ou de bactéries, les modes de transmission et les co-facteurs de la transmission diffèrent selon les agents infectieux. Certains travaux récents portant sur l'écologie du risque des épidémies éclairent la transnationalisation de la maladie à virus Ebola et les ressorts géographiques et spatiaux de cette maladie

Serge Loungou, « L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest », *L'Espace Politique* [En ligne], 26, 2015-2, mis en ligne le 26 juillet 2015, consulté le 27 février 2017. URL : <http://espacepolitique.revues.org/3467> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3467

Avec plus de 25 000 cas d'infection (dont plus de 10 000 mortels) comptabilisés entre mars 2014 et février 2015 – contre moins de 2 500 contaminations (dont 1 600 décès) pour l'ensemble des épidémies déclarées en Afrique centrale et orientale entre 1976 et 2014 –, la flambée d'Ebola récemment apparue en Afrique de l'Ouest se distingue comme la plus fulgurante, la plus meurtrière et la plus longue de l'histoire. Les ressorts de cette exceptionnalité sont à la fois géographiques ou spatiaux (coïncidence des foyers épidémiques avec des aires de forte densité démographique ; grande mobilité des populations ; porosité des frontières) ; économiques (pauvreté des Etats) ; sociaux (défaillance des systèmes de santé) ; politiques (impréparation et amateurisme des gouvernants des pays touchés) ; géopolitiques (réactivité tardive de la communauté internationale). En dehors du très lourd tribut payé par le personnel sanitaire (parmi lequel on a dénombré 427 contaminés dont 236 morts dès octobre 2014), un autre fait marquant de cette nouvelle manifestation d'Ebola, c'est sa tendance à la « mondialisation ». En effet, longtemps considérée dans l'imaginaire collectif des sociétés des pays développés comme une « endémie africaine », le virus Ebola a démontré, à la faveur de cette nouvelle flambée épidémique, sa capacité à se déplacer au-delà de ses lieux de manifestation traditionnels. C'est précisément la crainte de voir l'épidémie se transformer en pandémie mondiale qui fonde la stratégie de la communauté internationale, sa posture à l'égard des pays touchés ayant notablement évolué, laquelle est passée d'une indifférence polie quasi-générale à une mobilisation sans précédent. Cette mobilisation revêt cependant un caractère dual. D'une part, elle a conduit à la mise en quarantaine des trois Etats les plus affectés par l'infection, contribuant ainsi à détériorer les relations politico-diplomatiques de ces derniers à l'échelle sous-régionale, et à fragiliser davantage leur situation économique respective. D'autre part, elle a suscité un élan de solidarité à l'échelle mondiale, marqué notamment par l'engagement de mise à disposition des fonds destinés à faire face à l'épidémie. A ce stade, deux décisions majeures symbolisent cet engagement solidaire ; il s'agit, d'une part, de la décision du Fonds monétaire international (FMI) d'annuler à hauteur de 100 millions de dollars américains la dette des trois pays les plus affectés par la flambée virale, et, d'autre part, de l'accord donné par l'OMS, en août 2014, pour que soient utilisés des médicaments encore jamais testés sur l'homme pour tenter d'éradiquer l'épidémie. Assurément, c'est fort de cette autorisation accordée par la plus grande instance sanitaire mondiale qu'une campagne de vaccination à grande échelle est organisée en Guinée, point de départ de l'épidémie, depuis mars 2015.

De plus, les études sur les épidémies sont aussi focalisées sur les dynamiques spatiales des épidémies, menées par des géographes de la santé comme ce fut le cas sur les épidémies d'Ebola en Afrique centrale. Toutefois, peu de travaux ont porté sur l'analyse du risque en tenant compte du lien entre le règne animal, l'espèce humaine et les virus (Gasquet 2011).

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.

La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie qui constitue une menace pour les populations d'Afrique Centrale, notamment en milieu rural forestier. Au Gabon et en République du Congo, où 7 épidémies ont sévit entre 1994 et 2005, elle y est devenue un problème de santé publique. Cette zoonose émerge chez l'homme lors d'un contact direct avec un animal contaminé, une carcasse ou un vecteur du virus. L'émergence est directement liée aux pratiques ancestrales des lieux (chasse, cueillette, etc.). La contamination inter humaine a lieu lors d'un contact direct avec les fluides corporels d'un malade. Elle s'effectue en premier lieu au sein des familles des victimes, lors des soins prodigués aux malades et ceux donnés aux morts lors des cérémonies funéraires.

Dans le cadre de sa thèse, l'auteur a cherché à comprendre, en s'appuyant sur le concept de pathocénose, en quels termes l'émergence virale éclaire sur les liens existants entre les hommes et les virus. Lors de telles épidémies la médecine d'urgence « s'associe » au système de santé national dont l'empreinte territoriale est localement faible. Plusieurs types d'offres de soins antérieurs (traditionnels) ou postérieurs (cliniques religieuses) se superposent au modèle de santé biomédical représenté par les cases de santé et centres médicaux. Les médicaments manquent, les personnels de santé ne se rendent pas toujours sur les lieux de leur affectation. Au quotidien, les recours aux soins des populations apparaissent pluriels. Lors d'une épidémie d'Ebola, en raison de son taux de mortalité (jusqu'à 80% lors des premières épidémies) et de sa contagiosité élevée, la logique des malades semble plus liée à une errance thérapeutique, conditionnée par la recherche des soins et de la causalité du malheur. La multiplicité des acteurs présents lors de la crise exacerbe l'anomie créée par la maladie et met en exergue un rapport de force, de violence, qui n'est parfois que l'expression de la contestation des plus démunis.

Lors de l'épidémie d'Ebola de 2014-2016, la transmission a suivi des voies différentes des épidémies antérieures localisées en Afrique centrale, en devenant exclusivement inter-humaine alors que la maladie se propageait en milieu urbain. Les hotspots (contextes à haut risque de transmission) qui ont permis la dissémination du virus –en particulier, pour Ebola, les funérailles et les lieux de soins (Manguvo et Mafuvadze, 2015)- n'ont pas été étudiés pendant l'épidémie, mais des travaux ethnographiques antérieurs ou postérieurs sur les rituels funéraires ont permis de comprendre certains aspects de la transmission ou du risque (Kra et al, 2016). Ceci laisse penser que l'étude des pratiques funéraires, très diverses en Afrique de l'ouest et du centre, devrait être favorisée en préparation à de futures épidémies ; des études pourraient être menées de manière comparative à celles qui ont analysé les évolutions contemporaines des rituels funéraires au Ghana (Van der Geest, 2006). D'autre part, les thérapeutes traditionnels ont propagé la maladie et en ont été les victimes, ainsi que les soignants dans les services de santé, mais peu de travaux ont abordé ces questions. En réalité, il est à souligner, en l'état actuel de la littérature, le fait que l'anthropologie n'ait pas forcément privilégié l'étude de la circulation sociale des agents, des pathogènes dans le cadre des épidémies. En revanche, ces travaux existent en ce qui concerne la circulation des produits et savoirs thérapeutiques, dans un contexte de transnationalisation (Faye, 2015). Tout ceci invite à actualiser les études sur les pratiques thérapeutiques, en les développant sous de nouveaux angles explorant les contacts corporels, la proxémie (proximité physique dans les pratiques de soins) et les pratiques impliquant les liquides corporels, chez les soignants des secteurs traditionnel, biomédical et informel, ce qui nécessite une plus grande collaboration avec les historiens et les géographes. La transmission nosocomiale (transmission de la maladie dans les

lieux de soins) a donné lieu à quelques études à propos du VIH et des hépatites, mais les « nouveaux » agents infectieux imposent de renouveler les études en prenant en compte les niveaux de risque liés à leurs modes de transmission spécifiques (d'Alessandro, 2016).

A propos de l'épidémie d'Ebola ouest-africaine (2014-2016), les jeux d'enfants avec des chauves-souris ont été décrits par des ethnologues (Mari Saez, 2015), mais l'étendue des interactions entre hommes et chauves-souris (utilisées par de nombreuses populations pour l'alimentation sous forme cuite et pour les soins sous forme desséchée) n'est pas totalement connue et reste à explorer (Cros, 2016). Bien que les messages sanitaires aient condamné les chauves-souris de manière globale et similaire dans tous les pays, les espèces de chauves-souris en cause dans la transmission d'Ebola coexistent avec de nombreuses autres espèces inoffensives, selon les lieux, que les populations considèrent de différentes manières –par exemple la consommation de chauves-souris est très variable selon les pays et les ethnies. L'ethnographie systématique des relations entre humains et chauves-souris (pratiques, connaissances, représentations, aspects symboliques et imaginaires) dans divers territoires et groupes socioethniques, n'a pas été réalisée. Pour la grippe H5N1 en relation avec la grippe aviaire, les conditions d'élevage et abattage des volailles, comme les contacts avec les oiseaux migrateurs, sont mal connues en Afrique. Dans ce domaine il est nécessaire d'articuler les études en sciences sociales en santé humaine et en santé animale, en les contextualisant dans des contextes écologiques, selon une approche « One Health ».

Enfin, les différences d'exposition liées au genre ont été analysées pour la MVE mais devraient aussi l'être pour de nombreuses autres maladies épidémiques, tout comme d'autres différentiels sociaux d'exposition. On considère généralement qu'une épidémie brutale touche l'ensemble de la population, contrairement aux infections chroniques qui épargnent les plus favorisés capables de s'en protéger ; l'analyse fine des facteurs de vulnérabilité au risque épidémique devrait être menée pour chaque pathologie infectieuse, car les connaissances peuvent être remises en question par des modes de transmission spécifiques pour certaines maladies. Ainsi lors de l'épidémie de MVE, les femmes n'ont pas été davantage touchées que les hommes car ces derniers ont été plus fréquemment contaminés lors de funérailles, alors que les femmes étaient plus exposées lors d'actes de soin domestique. Les inégalités sociales d'exposition au risque pour d'autres pathologies que la MVE (méningites, dengue, etc) n'ont pas encore été quantifiées par les épidémiologistes ni expliquées par les anthropologues.

Beisel U. On gloves, rubber and the spatio-temporal logics of global health [Internet]. Somatosphere. 2014 [cité 12 oct 2014]. Disponible sur : <http://somatosphere.net/series/ebola-fieldnotes>

Kendall C, Hudelson P, Leontsini E, Winch P, Lloyd L, Cruz F. Urbanization, Dengue, and the Health Transition: Anthropological Contributions to International Health. *Medical Anthropology Quarterly*. sept 1991;5(3):257-68.

Mari Saez A, Weiss S, Nowak K, Lapeyre V, Zimmermann F, Dux A, et al. Investigating the zoonotic origin of the West African Ebola epidemic. *EMBO Mol Med*. 2015;7(1):17-23.

Lancet. Ebola: protection of health workers on the front line. *Lancet*. 9 août 2014;384(9942):470.

Manguvo A, Mafuvadze B. The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: time for a strategic shift. *Pan African Medical Journal*. 10 oct 2015;22(Supp 1):9.

Østergaard LR. Ebola vu de loin : les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso. *Anthropologie & Santé, Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 2015

Donnat M, Gozalvez-Kreuzer B, Roca Y, Conde Cosme A, Choque Rios J, Hervé JP et Handschumacher P, La dynamique de la dengue à Santa Cruz de la Sierra (Bolivie) entre paysages à risques et mobilités : appréciation des inégalités et gestion du risque, *Espace populations sociétés*, 2011 ; 1, 33-46.

Kra KF, N'Da R, Akindès F, Egrot M, 2016. Ebola et sida : éclairage contrasté sur les rituels funéraires, Communication au Colloque Sciences sociales et VIH/sida en Afrique subsaharienne. Abidjan, 12-14 décembre 2016. <https://abidjan2016.sciencesconf.org/>

Vaguet A, Riva M, Chasles V, Les risques pour la santé : spatialités et contingences, *Espace populations sociétés*, 2011/1, 19-31.

van der Geest S. Between Death and Funeral: Mortuaries and the Exploitation of Liminality in Kwahu, Ghana. *Africa*. nov 2006;76(04):485-501.

Cros M. Anthropologie du sang en Afrique : Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte-d'Ivoire. Paris: Editions L'Harmattan; 2000, 297 p.

Cros M. Du sida à Ebola : rites de mort à fonction apotropaique. *L'Autre*. 2015;16(3):263-74.

Cros M. Les animaux qui défient Dieu : prime étiologie du sida et d'Ebola. Communication au Colloque Sciences sociales et VIH/sida en Afrique subsaharienne. Abidjan, 12-14 décembre 2016. <https://abidjan2016.sciencesconf.org/>

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.

Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Revised edition. University of California Press; 2001. 419 p.

Serge Loungou, « L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 26 juillet 2015, consulté le 27 février 2017. URL : <http://espacepolitique.revues.org/3467> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3467

Rumeurs, communication et information en temps d'épidémie

Sous-thèmes : Circulation de l'information sur l'épidémie, motifs et effets des rumeurs, lutte contre les rumeurs, messages d'information sanitaire, stratégies de communication

Les épidémies d'Ebola ayant eu lieu au début des années 2000 en Afrique centrale avaient déjà donné lieu à des rumeurs délétères, provoquant la mort de quatre enseignants en République Démocratique du Congo (Epelboin, 2007). Bien qu'elles n'aient pas toujours été étudiées par les sciences sociales, les rumeurs semblent avoir accompagné toutes les flambées épidémiques (Anoko, 2014 ; Faye, 2016, Kaler et al., 2009) ou les campagnes de vaccination (Closser et al., 2016 ; Feldman et al., 2000). La production et la diffusion de rumeurs en Afrique a fait l'objet d'analyses hors contexte épidémique, par exemple à propos de la rumeur de « vol de sexe », qui réapparaît régulièrement en Afrique de l'Ouest et du Centre depuis les années 1970 (Bonhomme, 2009). Ces études ont montré les conditions de développement des rumeurs : opacité de l'information sur un thème d'actualité, contexte de « peur sociale » (conflits, changements sociaux brutaux, crise politique et sociale), usages politiques des explications non officielles, rôle ambigu des médias, relais rapide par les réseaux sociaux. Les études en anthropologie menées sur Ebola ont montré trois éléments supplémentaires : (1) les rumeurs

se développent lorsque la population est envahie par la peur de l'épidémie, comme ce fut le cas dans tous les pays limitrophes des trois pays épacentres, à partir de juillet 2014 ; (2) les messages sanitaires peuvent générer des tensions entre certaines catégories de populations, et favoriser les rumeurs visant des groupes socialement vulnérables accusés d'avoir introduit la maladie (par exemple les Guinéens hors de Guinée ou les Libériens en Guinée) ; (3) les rumeurs s'ancrent dans plusieurs interprétations de la cause de l'épidémie : complot mondial, exploitation de l'Afrique par les puissances occidentales, projet des « Américains » de limiter la fécondité africaine, erreur de laboratoire... (Colloque Ebodakar, 2015). Ces rumeurs se diffusent d'autant plus facilement que les connaissances de la population sur la maladie sont limitées, et que l'apparition de nouveaux cas (relayée par les médias) ravive l'inquiétude. Dans le cas d'Ebola, les connaissances médicales étaient elles-mêmes incertaines et évolutives, ce qui est aussi propice aux rumeurs : par exemple, l'annonce en décembre 2016 qu'un enfant avait été infecté par l'allaitement alors que ses parents avaient été atteints par Ebola sans montrer de signe de la maladie pourrait laisser émerger une rumeur stipulant que les survivants d'Ebola en bonne santé apparente peuvent transmettre le virus. L'OMS a recommandé de collecter les rumeurs pendant la crise épidémique, mais l'absence de dispositif pérenne (et la clôture des lignes d'information par téléphone « numéros verts » en post-crise) ne permet plus d'étudier ces rumeurs sans biais de mémoire, ni de les détecter. La littérature socio-anthropologique montre aussi que les rumeurs sont aussi des construits en rapport avec un contexte politique, ethnique (Fribault, 2016 ; Faye, 2016 ; Niang, 2015).

Mathieu Fribault, « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1761> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1761

Cet article fait l'hypothèse que les « réticences » et les « rumeurs » qui s'observent en Guinée dans le cadre de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE), et qui ne semblent pas s'affaiblir plus d'une année et demie après la déclaration de l'épidémie, peuvent s'inscrire et être analysées dans le droit fil des violences qui ont caractérisé l'histoire de la sous-région durant plusieurs siècles. Selon cette hypothèse, les Guinéens expérimenteraient l'épidémie ainsi que sa prise en charge à partir de ces expériences passées, comme de nouvelles violences politiques. La notion de « démystification » liée à un programme étatique post-indépendance des années 60, qui visait la suppression du « fétichisme » et la fabrication d'une citoyenneté nationale, est le fil conducteur permettant de comparer les violences passées et la crise épidémique d'aujourd'hui ainsi que les réponses que les sociétés guinéennes y ont apporté et y apportent toujours.

Qu'enseignent les études anthropologiques sur les possibilités de lutte contre les rumeurs et d'amélioration du niveau d'information de la population en phase épidémique ? Les situations peuvent être diverses selon les épidémies : certaines pathologies ne sont pas suffisamment « prises au sérieux » ni considérées par les populations (du point de vue des médecins) ; à l'opposé, lors de l'épidémie d'Ebola, la peur de la maladie a provoqué des réactions excessives (Faye, 2016). Pendant cette épidémie, l'analyse contextualisée des messages sanitaires a montré qu'ils ont été inefficaces pour endiguer les rumeurs et ont eu peu d'effets favorables sur les perceptions (Seytre, 2016) car ils n'étaient pas basés sur des évidences scientifiques et ne tiraient pas parti des connaissances acquises en matière de communication à propos du sida. De plus, ils ont généré la défiance des populations vis-à-vis des systèmes de soins – notamment lorsqu'ils affirmaient que le virus tue, et que les malades devaient être mis à l'écart. Ils ont été alarmistes alors qu'une grande partie des populations n'étaient pas directement

exposées au risque et l'absence de protection concrète à la suite des messages à accru la peur. Enfin, certains messages sanitaires qui s'éloignent des faits médicaux basés sur les preuves soulèvent des questions d'éthique (Compte-Rendu Ebodakar). De manière générale, la communication en période d'épidémie manque souvent de professionnalisme par absence d'appui sur des études en sciences sociales, alors que modifier un message en cours d'épidémie peut avoir des effets incontrôlés, tout comme la coexistence de contradictions entre messages (Chandler, 2015). Par contre, la diffusion de films qui « donnent à voir » des éléments dont la population pense qu'ils lui sont sciemment cachés (par exemple ce qu'il se passe dans un Centre de Traitement Ebola) paraît très efficace pour restaurer la confiance grâce à la transparence de l'information (cf. film Epelboin 2014). Alors que les connaissances sont très incomplètes sur les épidémies émergentes, définir les messages est difficile, et ils doivent être régulièrement adaptés, ce qui nécessite une approche professionnelle et une anticipation (Rosenbaum 2015).

Anoko JN. Communication with rebellious communities during an outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: an anthropological approach [Internet]. Ebola Response Anthropology Platform. 2014 [cité 27 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ebola-anthropology.net/casestudies/communication-with-rebellious-communities-during-an-outbreak-of-ebola-virus-disease-in-guinea-an-anthropological-approach/>

Bonhomme J. Les voleurs de sexe : Anthropologie d'une rumeur africaine. Paris: Seuil; 2009. 192 p.

Chandler C, Fairhead J, Kelly A, Leach M, Martineau F, Mokuwa E, et al. Ebola: limitations of correcting misinformation. *The Lancet*. 4 avr 2015; 385(9975):1275-7.

Closser S, Rosenthal A, Maes K, Justice J, Cox K, Omidian PA, et al. The Global Context of Vaccine Refusal: Insights from a Systematic Comparative Ethnography of the Global Polio Eradication Initiative: Global Context of Vaccine Refusal. *Medical Anthropology Quarterly*. sept 2016;30(3):321-41.

Desclaux A., Sow K., Colloque Ebodakar, « Épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest : approches ethno-sociales comparées », *Compte rendu scientifique*. Dakar, 19-21 mai 2016. <https://ebodakar2015.sciencesconf.org/resource/page/id/7>

Epelboin A. Ebola En Guinée Conakry : Hôpital Sécurisé Par MSF, Guéckédou, Avril 2014. Film 31 mn, 2014. <http://www.canalu.tv/video/smm/ebolaenguineeconakryhopitalsecuriseparmsfgeueckedouavril2014.14673>

Epelboin A. Ebola, ce n'est pas une maladie pour rire, Film 56 mn, 2007, <https://www.canalu.tv/video/smm/ebolacenestpasunemaladiepourrire.13710>

Feldman-Savelsberg P, Ndonko FT, Schmidt-Ehry B. Sterilizing Vaccines or the Politics of the Womb: Retrospective Study of a Rumor in Cameroon. *Medical Anthropology Quarterly*. 1 juin 2000;14(2):159-79.

Fribault M., « Ebola en Guinée: violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1761> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1761

Ghinai I, Willott C, Dadari I, Larson HJ. Listening to the rumours: What the northern Nigeria polio vaccine boycott can tell us ten years on. *Glob Public Health* [Internet]. 12 déc 2013 [cité 5 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2013.859720?src=recsys>

Kaler A. Health interventions and the persistence of rumour: The circulation of sterility stories in African public health campaigns. *Soc Sci Med.* mai 2009;68(9):1711-9.

Rosenbaum L. Communicating Uncertainty — Ebola, Public Health, and the Scientific Process. *New England Journal of Medicine.* janv 2015;372(1):7-9.

Seytre B. Les errances de la communication sur la maladie à virus Ebola. *Bull Société Pathol Exot.* oct 2016;109(4):314-23.

The Lancet. The medium and the message of Ebola. Editorial. *The Lancet.* 8 nov 2014;384:1641.

WHO. Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas. Ebola Guidance package [Internet]. 2014 sept [cité 15 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>

Modes de gestion et de prévention des épidémies

(Sous-thèmes : Interprétations locales des protocoles de santé globale, mesures de santé publique (quarantaine, isolement et mise à distance, contrôle et fermeture des frontières), acceptabilité de la vaccination de masse)

La gestion des épidémies infectieuses repose sur des mesures de santé publique dont certaines sont très anciennes, basées sur la ségrégation des personnes à risque ou malades. Ces mesures, toujours d'actualité pour le choléra, sont redevenues prégnantes avec les épidémies de SRAS et d'Ebola : identification et suivi des cas contacts avec distanciation sociale (« quarantaine »), isolement des cas suspects et des cas confirmés dans des Centres de Traitement Ebola, contrôle aux frontières, sécurisation des enterrements, etc. Leurs modalités d'application sont définies au niveau national (sous la forme de stratégies et de procédures opérationnelles normalisées) à partir des recommandations de l'OMS en prenant en compte les configurations locales, selon le caractère plus ou moins contagieux des pathologies concernées.

Lors de l'épidémie d'Ebola, ces mesures ont fait l'objet d'évaluations en santé publique utilisant des données d'analyse socio-anthropologique. Concernant l'identification des contacts et le suivi sur 21 jours, ces études ont montré les conditions socio-économiques de l'acceptabilité de cette mesure, les risques d'effets sociaux et les perceptions des personnes concernées au Sénégal, un pays où la faible ampleur de la flambée épidémique a permis de mener des enquêtes approfondies (Desclaux 2016). Perçu d'abord de manière consensuelle comme un mode de prévention de la transmission et comme une protection contre la stigmatisation par des tiers, l'isolement des personnes contacts devient difficile à supporter dans certaines circonstances, et soulève des questions d'éthique (Le Marcis, 2016 ; Hoffman et Crouching, 2016). Les effets post-isolement liés au fait que les personnes contacts sont perçues par la population comme « à risque de transmission d'Ebola », notamment la perte d'emploi ou de ressources, ont été décrits dans ce contexte. Afin de disposer de données suffisantes pour tirer des leçons à propos des dispositifs nécessaires pour lutter contre la transmission et des effets sociaux du « suivi des contacts » au-delà de contextes particuliers, des études comparatives devraient être menées pour d'autres pathologies et dans d'autres pays. Il en est de même à propos des autres mesures de santé publique.

Les pratiques sanitaires de dépistage, de soins et d'hygiène imposées pendant la phase aiguë des épidémies, incluant le traitement des défunts, posent des problèmes majeurs d'acceptabilité, car la logique de biosécurité s'articule difficilement avec une logique de care (au sens de « prendre soin »). Qu'il s'agisse de l'usage des équipements de protection, de

l'organisation des centres de traitement, des pratiques de désinfection à domicile, des « enterrements sécurisés » ou du traitement des corps des défunts, les équipements et les techniques sont difficilement acceptés par les populations qui les trouvent trop peu respectueux de leur volonté et de leurs usages, ou négligeant vis-à-vis de leurs besoins pendant la crise épidémique (Le Marcis 2016 ; Faye, 2016). Des enquêtes en recherche interventionnelle associée à la socio-anthropologie permettraient de définir à l'avance les mesures les plus acceptables pour mieux préparer leur mise en œuvre. Les questions politiques sont aussi importantes dans la gestion et la prévention des épidémies (Thiongane, 2013, Sambieni et al, 2014).

Oumy Thiongane, « Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie. », Bulletin Amades [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://amades.revues.org/1528>

La méningite épidémique est un problème de santé publique historiquement ancré dans la société nigérienne. Il y a plus d'un siècle que le phénomène est signalé au Niger, souvent considéré comme l'épicentre d'un espace appelé " ceinture de la méningite ". Au 21^{ème} siècle les épidémies de méningite deviennent des moments de grande mobilisation politique et scientifique par les grands dérangements qu'elles occasionnent (plus de 3000 morts en 1995). Le caractère massif et la rapidité d'évolution de la maladie condamnant à mort le malade à peine 24 heures après son apparition, en fait l'une des affections les plus redoutées. Au début des années 1960, en envoyant un médecin militaire français, Léon Lapeyssonnie au chevet du Niger, l'Organisation Mondiale de la Santé a voulu faire de la méningite une des maladies transmissibles majeures à contrôler. En dégageant les séquences temporelles des épidémies de méningite sur un demi-siècle, Léon Lapeyssonnie aura réussi à faire de la méningite non seulement "un problème spécifiquement africain", mais aussi une maladie tropicalisée, c'est-à-dire cantonnée au sein d'un espace écologique coupable s'étendant de l'ouest à l'est de l'Afrique et comprenant des coordonnées géographiques précises qui permettent d'associer les épidémies à un espace social. Une anthropologie du temps présent montre que le phénomène a évolué et que d'importants enjeux de santé publique, sociaux, politiques entourent la question du contrôle de cette maladie au Niger. Dominé par le paradigme de l'épidémiologie, le gouvernement des épidémies de méningite est émaillé de fortes controverses scientifiques depuis plus d'une décennie alors qu'on note aujourd'hui un tournant dans l'épidémiologie de la maladie. Que peut nous apprendre l'anthropologie sur la construction d'un phénomène pathologique aussi complexe que la méningite qui lie écologie, médecine et société? Cette thèse au croisement de l'anthropologie de la santé et de la sociologie des sciences, se propose de voir de quelle manière, la méningite a été construite comme un problème de santé publique au Niger. Elle s'intéresse particulièrement à ce qui apparaît comme un paradoxe : la gestion d'une " maladie courante " comme un problème urgent. L'auteur étudie ce phénomène sur trois terrains spécifiques : un laboratoire scientifique, un comité de gestion épidémique et une zone rurale en milieu haoussa.

La gestion des épidémies repose également sur la capacité de réponse des systèmes de soins, la gouvernance des ressources et institutions engagés dans la lutte, et l'implication des professionnels de santé. Dans ces trois domaines, comme sur les autres thèmes, l'épidémie d'Ebola a été davantage étudiée que les autres épidémies (la pandémie de sida étant une exception à cet égard). Ces études ont montré notamment les difficultés pour les Etats à maintenir leur rôle souverain de mise en place des réponses du système de soins, surtout dans les pays d'orientation néo-libérale qui accordent des moyens limités à la santé publique, et face à des ONG et des agences des Nations-Unies mieux dotées et ayant leurs propres orientations.

La mise en place de centres des opérations d'urgence sanitaire dans divers pays africains à la suite de l'épidémie d'Ebola ou dans le cadre du Global Health Security Agenda devrait permettre une mobilisation plus efficace et mieux coordonnée des ressources. Des études socio-anthropologiques du système de soins pourraient efficacement accompagner cette évolution.

Dans le vaste champ thématique de la gestion et la prévention des épidémies, le thème le plus exploré est celui de l'acceptabilité de la prévention. Plus précisément, des études ont montré les résistances populaires aux vaccinations croissantes (depuis les études sur les résistances aux vaccinations contre la polio), souvent fondées sur des croyances et des rumeurs (en particulier la rumeur selon laquelle la vaccination provoquerait la stérilité, répandue sur un territoire ouest et centre-africain très vaste, diffusée notamment dans des réseaux confessionnels islamiques).

La vaccination contre Ebola ne semble pas avoir souffert de telles rumeurs, probablement du fait de la gravité de la maladie et de l'absence de proposition thérapeutique spécifique. Les perceptions sont plus mitigées pour d'autres pathologies. Si la vaccination contre la méningite rencontre peu d'opposition (Thiongane, 2013), les rumeurs pourraient être à l'origine de la chute récente des taux de couverture vaccinale pour la rougeole dans certains pays ou sites, expliquant sa réémergence récente). Les résistances aux vaccinations, leurs motifs et leur dynamique, ont été étudiés dans les pays anglophones (Nigéria, Ghana), mais de telles études manquent encore dans les pays francophones.

Cohn S, Kutalek R. Historical Parallels, Ebola Virus Disease and Cholera: Understanding Community Distrust and Social Violence with Epidemics. PLoS Currents [Internet]. 2016 [cité 27 oct 2016]; Disponible sur: <http://currents.plos.org/outbreaks/?p=64080>

Desclaux A, Ndione AG, Badji D, Sow K. La surveillance des personnes contacts pour Ebola : effets sociaux et enjeux éthiques au Sénégal. Bull Soc Pathol Exot. 5 févr 2016;1-7.

Desclaux A, Sow K. « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 9 nov 2015 [cité 10 nov 2015]; Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/1751> Samuelsen H. Infusions of health: The popularity of vaccinations among Bissa in Burkina Faso. Anthropol Med. août 2001;8(2-3):163-75.

Giles-Vernick T, Traoré A, Bainilago L. Incertitude, Hépatite B, and Infant Vaccination in West and Central Africa: Incertitude, Hépatite B, and Infant Vaccinations. Medical Anthropology Quarterly. juin 2016;30(2):203-21.

Hoffman D. A Crouching Village: Ebola and the Empty Gestures of Quarantine in Monrovia. City & Society. 2016;28(2):246-64.

Jaffré Y. Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement. In: La maîtrise des maladies infectieuses, un défi de santé publique, une gageure médico-scientifique. Académie des sciences. Paris; 2006. p. 101-15. (Rapport sur la science et la technologie; vol. 24).

Idoko OT, Diallo A, Sow SO, Hodgson A, Akinsola A, Diarra B, et al. Community Perspectives Associated With the African PsA-TT (MenAfriVac) Vaccine Trials. Clin Infect Dis. 15 nov 2015;61(suppl 5):S416-21.

Niang Cheikh Ibrahima, Ebola : une épidémie postcoloniale, *Politique étrangère*, 4/2014 (Hiver), p. 97-109. URL : <http://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-97.htm> DOI : 10.3917/pe.144.0097

Frédéric Le Marcis, « Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée), *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11, 2015, <http://anthropologiesante.revues.org/1907> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1907

Oumy Thiongane, Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie, *Bulletin Amades* [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://amades.revues.org/1528>

Les communautés face aux épidémies

(Sous-thèmes : Mobilisation sociale, engagement, résistances, résilience, stigmatisation)

La littérature présente surtout des analyses des « réticences », un terme que l'OMS utilise pour désigner les résistances des populations face aux interventions sanitaires, qui ont été observées face à plusieurs épidémies. Lors de la dernière épidémie d'Ebola, les attitudes conflictuelles, notamment les agressions envers les professionnels de santé ou les oppositions aux interventions préventives ou de soins, ont fait l'objet d'études essentiellement macro-sociales pour comprendre leurs fondements politiques et leurs sources historiques (Faye, 2016 ; McGovern, Fribault, 2016 ; Niang, 2014) ; leurs dimensions micro-sociales doivent encore être analysées, comme l'avaient été les résistances lors d'épidémies d'Ebola antérieures en Afrique centrale (Epelboin, 2009). Pour les auteurs de ces analyses, on ne peut pas prévenir ces conflits en phase de crise sanitaire sans faire également l'analyse critique des interventions à propos desquelles ils ont explosé. D'autres chercheurs insistent sur la nécessité que la population fasse suffisamment confiance aux autorités de santé pour considérer que les mesures seront mises en œuvre dans son intérêt ; cette confiance ne préexiste pas lorsque les populations ont été négligées par l'Etat, activement ou pas, et n'ont pas accès aux équipements publics de base (Fribault, 2016). En Guinée, des anthropologues ont recommandé à l'UNICEF d'installer un forage dans un village sous-équipé avant d'y intervenir pour l'identification et le suivi de personnes contacts (Desclaux et al, à paraître).

Les questions de participation communautaire et d'engagement ont été peu traitées à propos des épidémies, les socio-anthropologues étant davantage sollicités pour la prise en compte des croyances culturelles et des représentations sociales. Il est nécessaire de reconnaître toutefois que cette perspective a été plus abordée dans les études d'anthropologie du développement. Au-delà des épidémies, l'engagement communautaire a surtout été traité dans une perspective développementaliste des années 1990, visant à impliquer les communautés villageoises dans les programmes liés à leur développement, en les mobilisant par le biais de structures comme les comités de santé (Fassin et Fassin, 1989) ou les comités d'usagers d'eau (Gomez Témésio, 2014). Dans le domaine du VIH, la réflexion a surtout porté sur la contribution des associations de PVVIH pour la prévention et la prise en charge de la pathologie, avec l'émergence de « patients experts » devenus médiateurs sociaux de plus en plus professionnalisés, une forme d'engagement communautaire qui ne peut exister que pour une maladie chronique disposant d'un traitement. Ces modèles sont-ils pertinents face à une urgence sanitaire comme Ebola, et permettent-ils d'engager les communautés pleinement dans la gestion de l'épidémie ?

L'histoire sociale de l'épidémie de MVE montre que, parallèlement aux résistances, les communautés s'engagent lorsque les institutions le leur permettent, et selon plusieurs

modalités. Les études socio-anthropologiques et de santé publique qui analysent cet engagement montrent qu'il est une des conditions clés du contrôle des épidémies (Saez, 2014). Diverses mesures de santé publique comme la mobilisation sociale, le suivi des contacts et la gestion des enterrements dignes et sécurisés (EDS) ont impliqué des acteurs communautaires, organisés de diverses manières : en associations préexistantes à l'épidémie (comme la Croix-Rouge), en organisations mises en place lors de l'épidémie (comités de surveillance villageois) ou selon les modes locaux d'organisation communautaire (chefferie, groupes d'âge, etc.) (Faye, à paraître, 2017) Du côté des associations préexistantes, l'analyse de cet engagement a montré les difficultés à intégrer les consignes de biosécurité et la peur face au risque de transmission, par exemple pour les volontaires de la Croix-Rouge assurant le suivi des contacts au Sénégal (Desclaux et Sow, 2015), puis l'importance de leur intervention pour adapter aux personnes contacts les interventions qu'autrement elles auraient jugées inacceptables. De même, les volontaires de la Croix-Rouge engagés dans la gestion des EDS en Guinée ont fait un énorme travail relationnel d'adaptation culturelle des normes biomédicales aux résistances locales, qui leur a permis de mener à bien leur mission dans un contexte hostile (Desclaux et Deffo, 2016). Du côté des formes d'engagement impliquant les institutions traditionnelles, P. Richards (2016) a montré comment la chefferie de Bò (Sierra Leone) s'est engagée dans la lutte contre l'épidémie en appliquant les moyens à sa disposition : mobilisation des jeunes pour contrôler le passage d'étrangers au village et l'existence de personnes malades n'ayant pas recours aux services de soin, sensibilisation de la population, discours d'autorité en faveur des soins au CTE... Les communautés se sont aussi engagées jusqu'à gérer des centres de traitement communautaires au pic de l'épidémie (Oosterhoff, 2015), mais il manque une évaluation de ce processus sur des bases socio-anthropologiques pour identifier les modalités de co-participation des communautés et des acteurs sanitaires. Au contraire, il a été observé que les différentes formes d'engagement citoyen, portées par des acteurs au ras du sol, n'ont pas été promues par le dispositif de gestion des épidémies. Elles ont été plutôt qualifiées de « réticences », qui ont été combattues par la violence ou par les forces militaires (en Guinée, Sierra Leone et Libéria).

Sylvain Landry Faye, « 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 26 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1796> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1796

Cet article discute de l'exceptionnalité de l'épidémie Ebola telle que vécue en Guinée-Conakry et analyse les rationalités à l'œuvre dans les rumeurs et les attitudes à l'égard des activités et des équipes de la « Riposte », qualifiées de « réticences » par l'OMS. Il adopte une perspective d'anthropologie symétrique, qui consiste à questionner aussi bien le contexte socioculturel et historico-politique que les aspects techniques de ce dispositif de lutte sans concéder de privilège épistémologique à l'un des deux aspects. Si la Riposte a justifié l'imposition de normes de biosécurité par le caractère exceptionnel de l'épidémie d'Ebola, les populations, elles, ne la vivent pas toujours comme un événement « hors normes ». Leurs discours et leurs comportements à son égard sont nourris par une longue histoire socioculturelle et prennent corps dans une économie politique locale et nationale faite de méfiances et de clivages ethniques. Plus spécifiquement, les attitudes face aux enterrements dignes et sécurisés expriment une critique d'un dispositif technique centré sur la biosécurité, qui retire aux familles leurs droits et nie leur capacité de gestion sécuritaire de l'espace mortuaire. Finalement, les attitudes dites réticentes témoignent d'une réaction à une violence structurelle produite par la Riposte et correspondent à des formes de mobilisation pour revendiquer une meilleure reconnaissance du rôle des communautés dans la gestion de l'épidémie. Cet article souhaite prouver qu'une lecture critique et symétrique par l'anthropologie du dispositif de lutte n'est

pas purement négative. Au contraire, elle fournit les moyens et les arguments d'une approche plus collaborative et plus respectueuse des droits et des devoirs des communautés, en éclairant les enjeux sociopolitiques et contextuels de l'épidémie.

En Guinée, les anthropologues ont dû assurer des formes de médiation sociale pour transformer les résistances de certaines catégories de la population (en particulier les jeunes), les rendre compatibles avec les positions des détenteurs du pouvoir traditionnel, disqualifiés pendant l'épidémie, pour restaurer une cohésion sociale (Faye, 2016, Caremel, Faye, Ouedraogo, 2017). Ceci souligne la nécessité, maintes fois montrée par les anthropologues, de ne pas considérer les communautés comme homogènes mais de prendre en compte leur diversité, leurs spécificités et tensions internes, et leur évolutivité. Concernant d'autres épidémies, des études anthropologiques ont montré que les relations entre autorités sanitaires et communautés dès le début de l'épidémie étaient essentielles pour la suite de la lutte (de Vries, 2016).

Parmi les déterminants connus de l'engagement des populations dans la lutte contre les agents pathogènes, ont été identifiés, notamment pendant les épidémies de chikungunya (Vernazza Licht (2015 ; Duret, 2013) et de méningite (Thiongane, 2013) :

- (1) le fait que des cas de maladie se soient déjà déclarés (ce qui favorise la prise de conscience moins active face à un risque encore hypothétique),
- (2) l'existence d'une volonté des autorités sanitaires de considérer l'engagement communautaire comme un point de départ –plutôt que le cantonner dans l'exécution d'activités décrétées « de haut en bas »,
- (3) l'image plus ou moins respectueuse des communautés données dans l'espace public.

Cet engagement, avec ses modalités, déterminants et effets, devrait donc être analysé en plusieurs lieux, pour en tirer un bilan avec la même attention que celle apportée aux mesures de santé publique ; les acquis de la « santé communautaire » en tant que discipline devraient être pris en compte dans ces évaluations.

Enfin, l'un des rôles essentiels des anthropologues parmi diverses sciences sociales est de relayer « la voix des sans voix » et de transmettre les perceptions émiques (définies par les personnes dans leur système de sens), en particulier des personnes qui ont été atteintes par la maladie. Outre l'expérience des dispositifs de soins et l'impact de la maladie sur les unités familiales, abordés au travers des propos des survivants, en cours d'analyse, un thème majeur est la stigmatisation des malades, qui reste active près de deux ans après leur atteinte (Sow 2016). Comme le chikungunya, la MVE peut laisser des séquelles somatiques très invalidantes, qui s'ajoutent aux difficultés socioéconomiques provoquées par les décès de membres de la famille. Le vécu par les personnes et familles atteintes des mesures de prévention et prise en charge devrait être pris en compte pour la « préparation ». Ceci apparaît comme un principe éthique mis en évidence par la lutte contre le sida (les personnes vivant avec le VIH exigeant que « rien ne soit décidé pour elles sans elles » : « No decision for us without us »), mais aussi comme une condition pour assurer l'efficacité des interventions.

Abramowitz SA, McLean KE, McKune SL, Bardosh KL, Fallah M, Monger J, et al. Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *PLoS Neglected Tropical Diseases* [Internet]. avr 2015 [cité 15 août 2015];9(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391876/>

Ebola Response Anthropology Platform. Stigma and Ebola: an anthropological approach to understanding and addressing stigma operationally in the Ebola response, Policy Briefing Note [Internet]. 2014 [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ebola->

anthropology.net/keymessages/stigma-and-ebola-an-anthropological-approach-to-understanding-and-addressing-stigma-operationally-in-the-ebola-response/

Sow S, Desclaux A, Taverne B. Ebola en Guinée. Formes de la stigmatisation des acteurs de santé survivants. Draft Bulletin Soc Path Exo. 2016;(en préparation).

Oumy Thiongane, Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie, Bulletin Amades [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://amades.revues.org/1528>

Nicole Vernazza-Licht. Chikungunya à La Réunion : regard anthropologique sur la mobilisation sociale. La santé en action, INPES, 2015, Risques et urgences sanitaires : agir pour et avec les populations, pp.27-29. <www.inpes.sante.fr>. <hal-01294937>

Pascal Duret, Sylvain Cubizolles et Marie Thiannbo, La crise sanitaire du chikungunya : une épreuve de recomposition des rapports sociaux à La Réunion, Sociologie [En ligne], N°3, vol. 4 | 2013, mis en ligne le 01 novembre 2013, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://sociologie.revues.org/1935>

Sylvain Landry Faye, 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 26 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1796> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1796

Lanièce C., Sow K., Desclaux A., 2016. « Les agents de sécurité en première ligne face à Ebola : rôles, perceptions et connaissances au CHU de Fann, Dakar, Sénégal », Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, doi:10.1007/s13149-016-0493-2

Desclaux A, Diop M, Doyon S, In Press. Fear and containment. Contact follow up perceptions and social effects in Senegal and Guinea. In : Au S, Hofman M (eds), The politics of fear: MSF and the West African Ebola epidemic, Oxford University Press

Saez A. M., Borchert M., 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.

Fassin D., Fassin É., 1989, La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. In: Tiers-Monde, tome 30, n°120, 1989. pp. 881-891.

Becker C, Gestion sociale des épidémies du passé et apparition du sida au Sénégal : réponses communautaires du passé et problèmes éthiques actuels, Réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH, ORSTOM, 1994

Blair RA, Morse BS, Tsai LL. Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. Soc Sci Med. janv 2017;172:89-97.

Desclaux A, Deffo M, 2016. Ethics in surveillance: 'humanisation' of burials, as embodied by volunteers and anthropologists in Guinea. Workshop « Ebola in an anthropological perspective », University of Njala (Sierra Leone), September 25th-27th, 2016

Sow S., Desclaux A., Taverne B. et le Postebogui study group, 2016. "Ebola en Guinée : Formes de la stigmatisation des agents de santé survivants". Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, DOI: 10.1007/s13149-016-0510-5

Richards P. Ebola: How a People's Science Helped End an Epidemic. 1re éd. Zed Books; 2016. 300 p.

Oosterhoff P, Mokuwa E, Wilkinson A. Community-Based Ebola Care Centres: A Formative Evaluation [Internet]. Ebola Response Anthropology Platform. 2015 [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/community-based-ebola-care-centres-a-formative-evaluation/

de Vries DH, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, Benoni TE, Muhangi D, de Groot M, et al. The first mile: community experience of outbreak control during an Ebola outbreak in Luwero District, Uganda. *BMC Public Health*. 2016;16:161.

Préparation aux épidémies pour les communautés et les acteurs socio-sanitaires

(Sous-thèmes : Gouvernance, formation, résilience des systèmes de santé, notion de sécurité sanitaire, surveillance sentinelle, anticipation)

Peu de travaux en sciences sociales abordent la question de la préparation aux épidémies, une notion qui a diffusé tardivement hors des institutions de santé publique internationale, essentiellement à propos de l'épidémie d'Ebola. Il n'existe pas encore de document faisant consensus sur ce que l'on doit attendre des sciences sociales en matière de préparation aux épidémies. Dans cette revue, nous considérons qu'il est nécessaire d'étudier : la vulnérabilité « en amont » des sociétés aux épidémies ; l'insertion, l'interprétation et l'adaptation des mesures de prévention et de veille, ainsi que la résilience des services et programmes sanitaires dans divers contextes socioculturels ; la gouvernance de la préparation ; et les concepts, normes, institutions et pratiques portées par la préparation, qui doivent être abordés de manière critique.

Les études en socio-anthropologie révélées par la revue de la littérature montrent toutes que les systèmes de santé des pays ouest-africains étaient insuffisamment préparés face à l'épidémie d'Ebola ; un tel constat est commun à propos des autres épidémies émergentes, comme celle de chikungunya dans les régions françaises d'outremer (Réunion, Antilles) (Vernazza-Licht, 2015). Les épidémies récurrentes et réémergentes (méningite, rougeole, choléra par exemple) posent par ailleurs des questions « classiques » en santé publique et sciences sociales, concernant l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de prévention et de soins (Sambieni et al, 2015), et les rapports entre les populations et leurs systèmes de santé en fonctions de l'organisation locale des soins (politiques de santé favorisant le secteur public ou privé, pluralisme médical, niveau et capacités des services).

Emmanuel N'koué Sambieni, Nouratou Danko et Valéry Ridde, « La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1772> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1772

L'histoire de la gestion de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Lassa (FHVL), survenue au Bénin en 2014, se situe dans un contexte d'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. C'est dans ces conditions que les auteurs ont cherché à comprendre les conditions sociales du déclenchement et de l'évolution de l'épidémie de FHVL, d'une part, et les processus techniques, politiques et institutionnels de sa gestion par l'État et le réseau international d'alerte et de riposte sanitaire, d'autre part. L'enquête de terrain s'est déroulée sur plusieurs sites : au ministère de la santé à Cotonou, dans les services de santé (dont l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta au Nord du pays), et dans les familles de l'aire géographique de l'épidémie. L'enquête qualitative a associé des observations directes dans les milieux sociaux et hospitaliers, des entretiens semi-structurés et la recension d'articles scientifiques, de littérature grise et de presse. Les résultats suggèrent qu'au plan institutionnel et médical, l'État a fait preuve de faiblesse dans la riposte d'urgence, surtout en matière de communication et

de diagnostic. Du côté des populations et des agents de santé, les symptômes vus, entendus ou appris ont été interprétés selon les modèles étiologiques locaux de la maladie, empreints de logiques magico-religieuses. L'offre privée confessionnelle de santé, malgré ses forces et sa réputation, est encore peu outillée pour réagir rapidement à une épidémie d'urgence comme celle-ci. Les structures décentralisées du système de soins ne se sont pas appropriés leurs rôles. L'État manque d'un système de surveillance et de capacités de gestion des épidémies d'urgence.

Outre la prévention des infections dans les lieux de soins, évoqués plus haut, la préparation soulève plus particulièrement trois questions qui ont été abordées « à la marge » : (1) le rôle des professionnels de santé ; (2) les dispositifs de surveillance et veille sanitaire ; (3) la gouvernance de la préparation contre les épidémies (Caremel, Faye et Ouedraogo, 2017). Les professionnels de santé jouent un rôle clé dans la mesure où ils traitent les malades et sont particulièrement exposés à la transmission. Au cours de l'épidémie d'Ebola ils ont « payé un lourd tribut » à l'épidémie, réduisant les capacités du système de soins à lutter, en plus des souffrances vécues. Des études localisées ont montré que les personnels les plus exposés étaient des personnels précaires (agents de santé sur contrats locaux « communautaires », stagiaires, étudiants) qui ne sont pas ciblés par les formations et ne disposent d'aucune protection légale (Sow, 2015). Ceci soulève la question éthique du « duty to care », à savoir l'obligation de soigner faite aux professionnels alors qu'ils ne peuvent se protéger face au risque. De plus, les agents intermédiaires entre les professions de santé et la population (gardiens, agents d'entretien, personnels d'hygiène) qui n'ont pas été impliqués dans les formations jouent pourtant un rôle des relais de l'information auprès des populations dans les formations sanitaires (Oladimeji et al., 2015). Ainsi, les études invitent à impliquer tous les acteurs de santé (plutôt que les seuls médecins et infirmiers statutaires) qui devraient être mieux informés (ce qui peut être fait hors période de crise épidémique) et à les protéger (ce qui suppose de revoir les textes réglementaires en matière de droit du travail). Enfin, il paraît indispensable de prendre en compte l'expérience éémique des professionnels de santé qui ont été en première ligne en phase épidémique, pour comprendre comment renforcer leur résilience –en tirant des leçons de cette approche à propos de l'épidémie de chikungunya (Fénétrier 2013).

Les dispositifs de surveillance et veille sanitaire nécessitent la collaboration des populations; ils sont néanmoins généralement conçus comme des modes de transmission unilatérale de l'information (de la « base » aux experts). Des innovations techniques sont expérimentées à ce propos (information en temps réel à partir de smartphones, drones pour le transport des prélèvements, systèmes d'information géographique pour la cartographie de l'épidémie) pour lesquelles les pays forment des experts (notamment en épidémiologie).

Caremel JF, Faye Sylvain, Ouedraogo R, 2017, The 'humanitarian' response to the Ebola epidemic in Guinea. Between routines and exceptions. In : Au S, Hofman M (eds), The politics of fear: MSF and the West African Ebola epidemic, Oxford University Press

Lorsque l'on observe la proximité des analyses de la réponse à l'épidémie avec celles de l'anthropologie du développement, on peut finalement s'interroger sur ce qui fait exception. Le fait qu'il s'agisse d'une épidémie d'Ebola d'une ampleur jusqu'alors inconnue tend à illustrer que les populations et les acteurs de l'aide ont fait face à une situation extraordinaire. Mais, si le motif initial de l'action est exceptionnel, qu'en est-il de la réponse engendrée ? L'analyse « par le bas » des réponses qui ont été déployées en Guinée laisse songeur. On retrouve dans la réponse en train de se faire les travers traditionnels des réponses humanitaires et biosécuritaires : la construction rapide d'un savoir « expert » et voyageur, des décalages entre représentations populaires et biomédicales, une réponse « par projet », des logiques de

coordination chronophages et peu efficaces qui débouchent sur une bureaucratisation de l'aide, des représentations de la communauté et de son mode de « mobilisation » et de la « participation » qui relèvent plus de constructions fantasmées et de modèles voyageurs que d'analyses et de logiques d'action ancrées dans le réel... Dans cette réponse d'urgence ont néanmoins surgi un certain nombre de phénomènes lus comme nouveaux : la réaffirmation d'une recherche médicale compassionnelle, la collaboration entre des acteurs associatifs, de la recherche publique et des industriels, une accélération jusqu'alors inconnue du développement de solutions technologiques et thérapeutiques, la mobilisation de fonds privés et de ceux relevant d'un capitalisme philanthropique en complément des fonds publics, une place nouvelle à la recherche en science sociale dans les réponses opérationnelles. Autant de changements qui pourraient être lus comme un succès de la global health sur la médecine transnationale traditionnelle, victoire qui laisserait espérer des lendemains qui chantent, où la technologie pallierait les défaillances des systèmes de santé.

Cette lecture idyllique conduit néanmoins à oublier un peu vite que ces transformations impulsées par la santé globale continuent à s'inscrire dans une médecine qui reste toujours largement inhospitalière (Jaffré et Olivier de Sardan 2003), voire qui l'est plus que jamais dans le cadre de la préparation et de la réponse à l'épidémie d'Ebola. Or force est de constater que cette réalité et les asymétries de pouvoir qui la caractérisent ne sont malheureusement pas solubles dans l'innovation technologique ou le paiement basé sur la performance. Il y a fort à craindre que les engagements à un renforcement des systèmes de santé dans les pays touchés par l'épidémie n'apportent que des réponses partielles en continuant d'ignorer les problèmes négligés de ces mêmes systèmes.

Les révolutions attendues d'une crise présentée comme exceptionnelle ne semblent donc pas avoir eu lieu. Finalement, les évolutions enregistrées prennent plutôt place dans les espaces en marge des dispositifs traditionnels de l'aide, dans le cadre de relations interindividuelles ou interinstitutionnelles fécondes. Autrement dit, pour reprendre un concept développé dans le cadre des transformations issues de l'épidémie du sida, si l'on a bien eu à faire à un gouvernement des exceptions dans le cadre de la gestion de l'épidémie d'Ebola, il nous semble que l'on est encore bien loin d'un gouvernement par les exceptions (Nguyen 2009), tant la force des routines apparaît consubstantielle aux systèmes de réponses aux urgences.

La littérature concernant l'innovation, en Afrique ou ailleurs, montre que les populations peuvent souvent accéder à des techniques que les experts jugent trop compliquées pour elles ; ces techniques sont alors détournées ou réappropriées (Faye, 2016). De plus, les communautés ont été sensibilisées (notamment lors des scrutins électoraux) aux détournements de l'information et aux abus concernant les données personnelles. Aussi, une surveillance (et notamment la veille épidémiologique) qui serait appliquée dans une approche purement technique sans considération pour la souveraineté des populations peut-elle provoquer des résistances.

L'accompagnement du processus par des études socio-anthropologiques pourrait éclairer ces projets. Les formes de l'information à diffuser auprès des populations sur d'hypothétiques épidémies futures (devant combiner connaissances précises et incertitudes) devront être discutées à partir des analyses socio-anthropologiques et d'avis d'experts en communication pour éviter de générer une peur contre-productive, tout en délivrant des informations justes.

Enfin, les questions de gouvernance, qui se sont révélées cruciales lors de l'épidémie d'Ebola, ont fait l'objet de peu d'attention des sciences sociales. La préparation constitue un formidable objet d'étude restant à explorer en socio-anthropologie des institutions, notamment pour comprendre comment les programmes et dispositifs sont définis au niveau des pays soumis

aux avis et actions des institutions internationales (agences des Nations Unies, ONG, fondations et partenariats public-privé, institutions de sécurité engagées par des accords bi ou multilatéraux, coopérations) et les contradictions pouvant émerger du fait de l'intervention d'institutions indépendantes des Etats et autonomes sur le plan financier. Le rôle de coordination des institutions sous-régionales et régionales telles que l'OAAS (Organisation Ouest-Africaine de la Santé) et l'OCEAC (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale), essentiel pour assurer la cohérence des politiques, indispensable notamment aux frontières, mérite d'être examiné dans ce contexte, tout comme les orientations thématiques de la préparation aux épidémies (épidémies ciblées, rapports avec des objectifs de lutte contre le bioterrorisme, conditionnalités de l'appui d'experts).

Caremél JF, Faye Sylvain, Ouedraogo R, 2017, The 'humanitarian' response to the Ebola epidemic in Guinea. Between routines and exceptions. In : Au S, Hofman M (eds), *The politics of fear: MSF and the West African Ebola epidemic*, Oxford University Press

Gasquet-Blanchard C. 2015. Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale. Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest. *L'Espace Politique* [Internet]. cité 2 août 2015;(26). Disponible sur: <http://espacepolitique.revues.org/3475>

Leach M, Hewlett BS. Haemorrhagic fevers: Narratives, Politics and Pathways. In: *Epidemics Science, governance and social justice*. Dry S, Leach M (eds). London, Washington DC: Earthscan Ltd; 2010.

N'koué Sambiéni E, Danko N, Ridde V. La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire. *Anthropologie & Santé*, 2015 [cité 10 nov 2015]; Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/1772>

Nyarko Y, Goldfrank L, Ogedegbe G, Soghoian S, Aikins A de-Graft. Preparing for Ebola Virus Disease in West African countries not yet affected: perspectives from Ghanaian health professionals. *Globalization and Health*. 2015;11(1):7.

Oladimeji AM, Gidado S, Nguku P, Nwangwu IG, Patil ND, Oladosu F, et al. Ebola virus disease - gaps in knowledge and practice among healthcare workers in Lagos, August 2014. *Tropical Medicine & International Health*. sept 2015;20(9):1162-70.

Fassin D. La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In: *Systèmes et politiques de santé De la santé publique à l'anthropologie*. Hours B. (dir). Paris: Khartala; 2001. p. 24-40

Tirado F, Gómez A, Rocamora V. The global condition of epidemics: Panoramas in A (H1N1) influenza and their consequences for One World One Health programme. *Social Science & Medicine*. 2014;129:113-22.

Donna A. Patterson, 2015. « Le virus Ebola : un révélateur d'inégalités biomédicales et une intervention internationale hétérogène », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11, consulté le 27 novembre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1914> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1914

D'Alessandro E. Human activities and microbial geographies. An anthropological approach to the risk of infections in West African hospitals. *Soc Sci Med*. 2015;136-137:64-72.

Fenétrier E, Sissoko D, Vernazza-Licht N, Bley D, Gaüzère B-A, Malvy D. Retour d'expérience des médecins généralistes deux ans après l'épidémie de chikungunya de 2005–2006 à La Réunion. *Bull Société Pathol Exot*. août 2013;106(3):193-200.

Rôle des sciences sociales dans la gestion des épidémies

(Sous-thèmes : recherche théorique, recherche appliquée, recherche d'implémentation, médiation, co-disciplinarité)

Les épidémies récentes (notamment Ebola, chikungunya, méningite) ont montré que les sciences sociales pouvaient être engagées sur plusieurs fronts, en termes de médiation entre acteurs sociaux, de recherche interventionnelle et appliquée, et de recherche fondamentale et théorique. La synthèse de ces travaux ne met pas en évidence la nécessité de développer de nouveaux travaux sur le sujet.

Dozon, J.P, Vidal L, Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien, Abidjan, 1993, 389 p.

Abramowitz S. Ten Things that Anthropologists Can Do to Fight the West African Ebola Epidemic [Internet]. Somatosphere. 2014 [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: <http://somatosphere.net/2014/09/ten-things-that-anthropologists-can-do-to-fight-the-west-african-ebola-epidemic.html>

Atlani-Duault L, Kendall C. Influenza, Anthropology, and Global Uncertainties. *Medical Anthropology*. 2009;28(3):207-11.

Brown H, Kelly AH, Sáez AM, Fichet-Calvet E, Ansumana R, Bonwitt J, et al. Extending the « Social »: Anthropological Contributions to the Study of Viral Haemorrhagic Fevers. *PLoS Neglected Tropical Diseases* [Internet]. avr 2015 [cité 12 août 2015];9(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400098/>

Brown H, Kelly AH. Material Proximities and Hotspots: Toward an Anthropology of Viral Hemorrhagic Fevers. *Medical Anthropology Quarterly*. 1 juin 2014;28(2):280-303.

Craddock S, Hinchliffe S. One world, one health? Social science engagements with the one health agenda. *Social Science & Medicine* [Internet]. [cité 26 nov 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614007394>

Dingwall R, Hoffman LM, Staniland K. *Pandemics and Emerging Infectious Diseases: The Sociological Agenda*. Foundation for the Sociology of Health & Illness, Wiley & Sons; 2013.

Epelboin A. L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? *Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé* [Internet]. 1 sept 2009 [cité 18 août 2014];(78). Disponible sur: <http://amades.revues.org/1060>

Taverne B., Akindes F, Berthe A, Bila B, Caremel JF, Desclaux A, Dagobi AE, Egrot M, Fournet F, Hounghin R, 2015. Preparing for Ebola outbreaks: not without the social sciences! *Global Health Promotion*. 2015 Jun;22(2):5-6. doi: 10.1177/1757975915582298

Desclaux A., Sow K., 2016. Des anthropologues face à l'épidémie d'Ebola. Colloque EBODAKAR : « Épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Approches ethno-sociales comparées », Dakar, 19-21 mai 2015, *Journal des Anthropologues* n°144-145, p. 263-269, en ligne, <https://jda.revues.org/6452>

Desclaux A., Anoko J. et le Réseau d'Anthropologie des Epidémies Emergentes, à paraître 2017. L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique*.

Les gaps identifiés

A partir de l'analyse de la littérature, nous avons pu identifier les gaps en matière de recherche, d'approche et de thématiques peu abordées dans la littérature socio-anthropologique disponible. Pour chaque thématique qui a fait l'objet de la revue critique de littérature, nous précisons quelques gaps à combler par de futures recherches en sciences sociales.

Les interprétations culturelles de la maladie

Etudes restant à mener :

Représentations sociales spécifiques de chaque maladie infectieuse donnant lieu à des épidémies, notamment les épidémies émergentes récentes (zika, MERS, hépatites, grippe...)

Etudes à mener en Afrique centrale

Etude des perceptions des idées concernant la maladie, véhiculées par internet et les médias (modèles d'interprétation de la biomédecine, traditionnels et alternatifs, et théories des relations Occident-Afrique) notamment chez les jeunes

Itinéraires de soins pour diverses maladies infectieuses émergentes ou réémergentes en phase épidémique

L'écologie du risque et les contextes de transmission

Un gap important concerne l'étude des relations entre l'homme, le monde animal et l'environnement physique afin de mieux comprendre la survenue des épidémies, leurs modes de transmission et de diffusion. La perspective ONE HEALTH devrait être connue et développée par les sciences sociales, si on tire les leçons des récentes épidémies.

Etudes restant à mener :

Relations homme-animal et imaginaire de l'animal à propos de toutes les espèces constituant des réservoirs de virus pour les maladies émergentes (chauves-souris, rongeurs, volailles, oiseaux migrateurs, etc.) dans le cadre d'approches « one health »

Etudes focalisées sur le rôle des enfants dans les contacts homme-animal réservoir

Etude des rituels funéraires comme contextes de transmission potentiels

Etude des contacts corporels entre thérapeutes et malades, incluant les fluides corporels, dans le secteur biomédical (transmission nosocomiale dans diverses structures de soin) et le secteur traditionnel comme facteur d'exposition au risque

Etude des différentiels d'exposition à chaque agent pathogène (sexe, âge, catégorie sociale, localisation géographique, habitat, etc)

Les rumeurs et l'information en phase épidémique

Des études sur les perceptions, les connaissances et l'imaginaire de la population générale pour diverses maladies épidémiques, menées hors de la crise sanitaire font largement défaut. Pourtant, elles fourniraient une baseline qui permettrait d'ajuster les messages sanitaires en période épidémique. De plus, l'analyse du sens profond des messages diffusés par les médias et internet à propos des épidémies reste à mener (discours biomédical, discours sociaux et théories alternatives), en particulier pour comprendre comment différentes catégories de population réinterprètent des messages contradictoires qui leur sont délivrés de manière concomitante en phase épidémique. Enfin, il semble nécessaire de mener des analyses anthropologiques sur les différents canaux de diffusion de l'information et leur légitimité

perçue (par exemple pour des catégories sociales telles que les jeunes, les femmes ou les générations plus âgées), afin de mieux cibler les actions qui devraient être menées et les supports à utiliser –en particulier les médias, internet, la téléphonie, les réseaux sociaux, en plus des voies classiques (affiches, émissions de radio et télévision, numéros verts, porte à porte, théâtre forum, enseignements dans les établissements scolaires).

Etudes restant à mener :

En phase hors-crise et pendant la crise épidémique :

Analyse socio-anthropologique des interprétations des messages et actions d'information par divers acteurs en contexte d'informations multiples

Identification des canaux d'information, des détenteurs légitimes du savoir et des configurations sociales (groupes, réseaux) susceptibles de co-produire et diffuser de nouveaux messages et informations

En phase épidémique : analyse des rumeurs et expérimentation de « contre-feux »

En phase post-crise :

Evaluation critique de l'efficacité des messages de santé publique dans le contexte de la diffusion d'informations sur les épidémies

Analyse de la perception des dynamiques d'information par les acteurs sociaux

Les modes de gestion et de prévention des épidémies

Les études socio-anthropologiques disponibles ont peu documenté et analysé la culture de la prévention des maladies dans les pays africains. Par ailleurs, les analyses de la gouvernance locale des questions de santé fait aussi largement défaut, cette gouvernance étant étudié dans le cadre de travaux de sciences politiques et portant souvent plus sur le niveau macro et international. Dans ce cadre aussi, les analyses comparatives font défaut, alors que les contextes de transnationalisation requièrent une approche de terrain multi situés afin de mieux arriver à comprendre certains processus

Etudes restant à mener :

Etudes comparatives des perceptions des mesures de santé publique par ceux qui les ont vécues/subies dans divers sites, contextes sociaux et dispositifs : identification et suivi des contacts avec distanciation sociale, isolement, enterrements dignes et sécurisés

Etudes interventionnelles et/ou études participatives pour définir les techniques de gestion des épidémies les plus acceptables pour diverses populations

Etudes en socio-anthropologie des institutions analysant les changements des systèmes de soins suivant la création de centres de gestion des urgences et crises sanitaires

Etudes des résistances à la vaccination (vaccinations concernées, motifs, profil des populations réticentes, mobilisations possibles)

Les communautés face aux épidémies

La question de la participation des communautés a été plus étudiée dans le cadre du développement en général que de la gestion des épidémies en particulier. Celles récentes montrent les enjeux autour des pratiques de participation. Il faudrait mener plus de travaux de recherche sur les pratiques d'engagements citoyens portés par les acteurs au ras du sol pour

prévenir, gérer ou lutter contre une épidémie. Il faudrait aussi mieux comprendre pourquoi les dispositifs officiels de lutte contre les épidémies promeuvent peu ces engagements citoyens portés par des acteurs anonymes, mais les considèrent comme allant à leur rencontre. Des travaux utilisant une démarche historique et tenant compte des contextes géo-culturels sont nécessaires pour comprendre les communautés et les acteurs légitimes qui peuvent être reconnus dans les communautés.

Etudes restant à mener :

Etudes comparatives fines des formes d'engagement des communautés en divers sites (incluant les groupes sociaux engagés, les relations instituées avec les autorités sanitaires et leurs déterminants, et la gouvernance)

Etude des initiatives de santé communautaire hors crise épidémique et de leur capacité à soutenir des interventions spécifiques pendant la crise épidémique

Etude des formes de communication sur les réactions des communautés (résistances, engagement, interventions de santé communautaire) et l'image des communautés qu'elles diffusent au niveau national et international (médias, internet, population)

Analyse des déterminants de la stigmatisation à long terme des personnes atteintes par la maladie

Etude de l'histoire de l'épidémie et ses séquelles vécues par ceux qui en ont été les victimes.

La préparation des communautés et des systèmes de santé

Les observations faites lors de différentes épidémies montrent que les problèmes posés sont récurrents. La récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, qui a fait l'objet à certains égards de réactions rappelant l'épidémie de VIH (interprétations causales, attitudes et comportements des populations), repose des problèmes classiques documentés il y a plus de 20 ans. Les recherches en sciences sociales en matière d'épidémies (VIH, Ebola) ne doivent pas seulement servir à répondre aux attentes des équipes médicales, mais doivent aussi proposer de nouvelles questions de recherche actualisées.

Il en est ainsi du programme de recherche développé actuellement par le LASDEL, sur les problèmes négligés en santé.

Les épidémies vont revenir et il faut mener des recherches orientées vers la « preparedness des communautés »

Faire des recherches sur les histoires sociales des épidémies pour mieux comprendre et anticiper

recherches sur les pratiques d'engagement des communautés pour mettre en place les bases d'un dialogue fécond

Capitaliser les expériences d'implication des patients dans les programmes de lutte contre VIH pour la mise en œuvre des activités

La participation des patients est une norme globalisée promue par l'ensemble des institutions de lutte contre le sida

D'autres types d'études restant à mener :

Etudes des statuts des agents de santé et analyse juridique de leur protection face aux accidents d'exposition et aux maladies professionnelles pour identifier les vulnérabilités socioprofessionnelles et discuter des modalités de « réparation »

Etudes de la mise en œuvre de la veille épidémiologique, notamment de la « vie sociale des données » et de l'implication des populations et des acteurs locaux dans leur production et leur contrôle

Etudes interventionnelles en socio-anthropologie de la communication pour définir des stratégies d'information/communication pour les populations hors crise épidémique

Etudes de la gouvernance en matière de préparation en période post-Ebola, au niveau national dans les pays touchés et dans les pays à risque, et au niveau sous-régional.

Landry Faye S., Ndoye T., Desclaux Alice, Eboko Fred, Egrot Marc, Taverne Bernard. (2017)

Epidémies en Afrique de l'Ouest et du centre

In : Vidal Laurent (coord.). Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef : analyses thématiques

Dakar (SEN) ; Dakar : IRD ; Unicef, 60-86.