

EBOLA

COMMENT LA SCIENCE POPULAIRE A
CONTRIBUE A METTRE FIN A UNE EPIDEMIE,

PAUL RICHARDS

Chapitre 6 :

RIPOSTE COMMUNAUTAIRE CONTRE LE VIRUS EBOLA

La lutte contre le virus Ebola repose sur six facteurs clés : identification du virus, extraction du patient, application de techniques infirmières sûres, recherche et mise en quarantaine des contacts avec le patient, enterrement sûr. L'une des questions majeures pour la lutte contre l'épidémie était de savoir si les communautés pouvaient ou non modifier leur approche des soins aux malades et de l'enterrement des morts. Cela signifiait que la population devait repenser les techniques corporelles familières et établies – tant pour les soins infirmiers que pour la manipulation des morts - afin de prévenir la transmission du virus.

La riposte aux trois premiers facteurs dépendait en grande partie des ressources apportées par l'action internationale contre le virus Ebola. Il s'agissait notamment de laboratoires mobiles, de procédures de test, de matériel téléphonique et de transport pour signaler les cas et transporter les patients en toute sécurité, et d'unités de traitement du virus Ebola spécialement construites à cet effet, ainsi que de personnel médical et logistique pour déployer ces équipements. La recherche et la mise en quarantaine des contacts et l'enterrement en toute sécurité soulèvent toutefois un grand nombre de questions sociales. La réponse internationale n'a pas apporté, dans l'ensemble, le personnel ou les ressources nécessaires pour traiter les questions sociales, car celles-ci sont souvent très contextuelles.

Pour la Sierra Leone, UK Aid a recruté des volontaires du service national de santé britannique et des unités de l'armée britannique. Les gouvernements américain et français ont fait de même, ainsi que la Guinée. Ces personnes avaient des compétences transférables et pouvaient apprendre rapidement et former d'autres personnes sur la manière de traiter les aspects de l'épidémie liés à la biosécurité, à la logistique et à la sécurité humaine. Il n'aurait cependant pas été très judicieux de faire venir des volontaires du département britannique de la sécurité sociale (par exemple), car l'expertise dans la gestion des questions sociales dépend des connaissances locales. La question était donc de savoir comment mobiliser ces connaissances locales.

La mobilisation sociale était nécessaire pour créer un environnement dans lequel les mesures de contrôle de la biosécurité seraient acceptées et améliorées. Y avait-il une expertise pour résoudre ce genre de problèmes sociaux ? Les sciences sociales sont moins fortement soutenues en ce qui concerne d'autres domaines de la formation des connaissances scientifiques à l'échelle mondiale, mais surtout en Afrique, où les politiciens assimilent parfois l'investigation sociale à l'opposition politique. Une grande partie des connaissances sociales nécessaires est enfermée dans la tête et les pratiques des gens des communautés et reste largement non documentée. Cela n'est peut-être nulle part plus vrai (comme on l'a souligné plus haut) que dans

le cas de l'enterrement. Comment, alors, étant donné le manque d'informations documentées et basées sur des preuves, une riposte sociale au Ebola devait-elle être organisée ?

Étant donné que le virus Ebola était une nouvelle maladie dans la région, les personnes chargées de coordonner la riposte ont supposé que la priorité serait de fournir des informations. Les intervenants internationaux ont fait peu confiance à la capacité des populations locales de se renseigner rapidement sur les risques de biosécurité pour elles-mêmes. Le présent chapitre soutient qu'au début de la riposte à l'épidémie, on a trop insisté sur les messages. Cependant, les intervenants internationaux ignoraient comment une épidémie du virus Ebola se propagerait, puisque c'était la première fois qu'un tel événement se produisait. Certains des messages étaient erronés et ont affaibli la confiance des communautés dans ce qu'on leur disait. On fera valoir qu'il aurait été utile d'accorder plus d'attention au concept de savoir local, et plus particulièrement à la question de savoir comment l'expérience se forme face à des circonstances sans précédent. A cet égard, la communauté scientifique, où une grande partie des écrits sur la région a été dominée par des anthropologues, des historiens et d'autres personnes formées dans la tradition des sciences humaines, n'était pas bien organisée pour soutenir la riposte contre le virus Ebola, ayant pour la plupart fonctionné sur la base du fait que le savoir local était un savoir culturel, au sens défini par Geertz.¹ La science populaire n'était pas son point fort.

Le présent chapitre suggère qu'en cas de riposte efficace de la communauté contre le virus Ebola, celle-ci ne serait pas fondée sur la culture mais sur une capacité d'apprentissage local rapide fondé sur des données probantes. Il s'agissait en fait d'une science populaire de la lutte contre le virus Ebola, qui dépendait d'une évaluation par un risque de sécurité dépourvu de présomptions culturelles préalables. Le but de ce chapitre est de suggérer que cet empirisme local a été un facteur important pour mettre fin à l'épidémie, d'explorer son fonctionnement et de proposer que les agences chargées de coordonner la riposte contre le virus Ebola embrassent à l'avenir plus pleinement la possibilité d'un apprentissage local rapide fondé sur des données probantes, et l'intègrent dans leur réflexion sur la lutte contre l'épidémie.

Messagerie : un mauvais départ ?

En septembre 2014, alors que la campagne internationale contre le virus Ebola commençait, l'OMS a produit un document intitulé « Messages clés pour la mobilisation sociale et l'engagement communautaire dans les zones de transmission intense ». Ce document a établi le programme de lutte contre le virus Ebola sur la base de ce que le document appelle « l'approche par messages ».

Cette approche, explique le document, est « motivée par la nécessité d'être empathique, axée sur l'action (promotion de comportements préventifs spécifiques) et centrée sur les besoins

¹ Geertz (1983).

informationnels et émotionnels des personnes et des communautés ». Certains des messages fournis étaient des modèles d'information concise et précise : « le virus Ebola entre dans votre corps par la bouche, le nez et les yeux, ou une blessure à la peau. Pour attraper le virus Ebola, vous devez toucher le liquide corporel d'une personne atteinte du virus Ebola, puis, avec des mains sales, toucher vos yeux, votre nez ou votre bouche. Les fluides corporels comprennent la sueur, les selles, les vomissements, l'urine, le sperme, les sécrétions vaginales et le sang ». D'autres étaient peut-être plus sceptiques : « Le virus Ebola est transmis aux humains par des animaux comme les chauves-souris et les singes. Les gens peuvent attraper la maladie en touchant ou en mangeant un animal malade ou mort », bien qu'il ait été ajouté à juste titre « que maintenant que le virus Ebola est dans la population humaine, il se transmet d'homme à homme ». Mais rien n'a été dit sur la façon dont le besoin informationnel ou émotionnel de la population a été évalué, comment l'empathie doit être acquise, ou comment un comportement préventif spécifique doit être encouragé.

Les instructions prédominaient : « Rendez hommage (aux morts) sans toucher, embrasser, nettoyer ou envelopper le corps », « appelez le numéro gratuit pour organiser le transport du corps », « la maison, les latrines et la chambre de la personne doivent être désinfectées par un personnel qualifié », « ne prenez pas soin d'une personne malade à la maison », et « les vêtements et les draps souillés sont contagieux et doivent être brûlés ». Ce jour-là, la difficulté pratique de répondre à ces instructions était évidente d'après certaines des alternatives alors proposées. L'une d'elles consistait à « communiquer avec le leader de votre communauté locale » si l'appel de prise en charge gratuite ne répondait pas. On ne sait toujours pas si le leader local aurait une idée précise de ce qu'il faut faire, à moins d'avoir reçu une formation particulière.

Une autre option reconnaît qu'il peut être difficile d'amener une personne dans un centre de traitement. Dans ce cas, « si vous fournissez des soins » (un énoncé contredisant carrément une injonction antérieure de ne pas s'engager dans des soins à domicile), les patients devaient être isolés dans leur propre espace, une personne, de préférence un survivant, devait être affectée à titre d'infirmière et un liquide abondant devait être fourni, dans un récipient utilisé uniquement par le patient. Des conseils ont également été donnés sur la façon d'improviser des vêtements de protection, avec des sacs en plastique pour protéger les mains et des imperméables portés dos à dos. Mais les contraintes de ressources ne sont pas mentionnées, et ce sont elles qui déterminent si une suggestion intéressante devient une technique efficace. Les membres de la communauté auraient pu demander qui fournirait les sacs en plastique et les imperméables réversibles, ou si l'agence d'intervention fournirait des vêtements de remplacement (pour les vêtements et les draps brûlés), ou ce qui se passerait si les vêtements étaient laissés sans surveillance pendant quelques jours pour permettre au virus de mourir. De telles questions n'ont pas été anticipées et n'ont pas reçu de réponse.

Le document se termine par une section sur « ce que vous pouvez faire pour arrêter le virus Ebola dans votre communauté ». Sur six points, trois impliquent de parler avec quelqu'un pour transmettre le message, deux exigent que les bénévoles éduquent quelqu'un et un exige de contacter un leader local « pour trouver des moyens d'informer et d'engager la communauté » (plus de messages).

Cette approche de réduction de l'infection exige que les communautés transmettent l'information et les instructions. Cette approche a-t-elle bien fonctionné ?

Les messages, transmis par radio, affiche et haut-parleur, ont été reçus dans une grande partie de la Sierra Leone. Cela a été confirmé par deux études entreprises vers la fin de 2014 par Focus 1000.²

Les enquêtes ont couvert la région de Freetown et 11 districts. Il y a eu un certain écart en faveur des zones urbaines, car l'échantillonnage a été pondéré en fonction des zones de dénombrement ayant une population plus importante. Les enquêtes menées dans les villages en décembre 2014 ont toutefois montré que les messages avaient également été clairement reçus même dans les villages éloignés, hors route et en bordure de forêt.

L'impact direct des messages sur les infections au virus Ebola est plus difficile à cerner. Le virus Ebola a continué de se propager et de se renforcer à Freetown et dans le district environnant au cours des trois derniers mois de 2014, malgré l'intensité des messages. En même temps, les cas ont échoué dans l'est et le sud, dans des endroits plus éloignés où l'exposition au principal média, la radio, était peut-être plutôt limitée. Le district de Kailahun, la région qui a connu le premier cas de virus Ebola en Sierra Leone, a connu son dernier cas le 4 décembre 2014. Il convient de rappeler que l'épidémie a d'abord diminué dans les régions où elle a débuté.

Le district de Kailahun est un cas particulièrement intéressant, car il y a ici des preuves de baisse de l'infection avant la grande riposte internationale. Le message initial à Kailahun ne concernait que les risques de débordement de la forêt et la consommation de viande de brousse. En même temps, Kailahun fournit des preuves solides que les communautés ont conçu des ripostes locales efficaces, y compris des modes d'induction de la conformité à une demande de changement de comportement, une fois que le premier choc de la maladie a été surmonté. Cela met en évidence un élément négligé dans la réponse à Ebola - le rythme auquel l'apprentissage local a eu lieu.

² Focus 1000 (2014a, 2014b).

Le virus Ebola dans la chefferie de Jawei : une étude de cas sur l'apprentissage local³

Le district de Kailahun a été l'épicentre de l'épidémie du virus Ebola en Sierra Leone. La chefferie de Jawei, dans le district de Kailahun, a enregistré le plus grand nombre de cas de virus Ebola dans l'est de la Sierra Leone, à l'exception de la chefferie de Nongowa, où se trouve le CTE de Kenema, qui a accueilli des patients de tout le pays.

Le premier cas confiné du virus Ebola en Sierra Leone à la fin mai 2014.⁴ La victime était une infirmière-sage-femme (MK) travaillant dans un centre communautaire à Koindu, dans la chefferie de Kissy Teng. Elle avait été appelée pour traiter un cas du virus Ebola en Guinée sans connaître le risque qu'il représentait. La maladie est arrivée dans la chefferie de Jawei quelques jours plus tard lorsque l'infirmière M., essayant de se rendre à l'hôpital de Kenema, s'est trouvée trop malade pour continuer et a été admise dans une clinique de Daru.⁵ Apprenant son arrivée, la femme du chef suprême s'est empressée de se rendre au chevet de M. pour lui offrir sa sympathie et son aide. Les deux étaient des amis d'enfance, nées dans le même village (Njala Giema, section du haut Ngebu, chefferie de Jawei).

Le chef suprême de la chefferie Jawei, le chef Musa Kallon, et d'autres autorités locales de Kailahun, ont été avertis par le gouvernement au sujet du virus Ebola en mars 2014. C'était immédiatement après que l'épidémie en Guinée ait été identifiée comme étant le virus Ebola, mais avant que la maladie n'arrive en Sierra Leone. Cette alerte précoce s'est concentrée sur les risques de consommation de chauves-souris et de singes. Mais le chef Kallon avait déjà eu quelques idées sur les risques d'infection virale car il avait suivi une formation (à Serabu) d'infirmier, puis de distributeur et enfin à Freetown de technicien de laboratoire. Il connaissait bien la fièvre de Lassa, une autre maladie virale zoonotique, qui touche aussi régulièrement les

³ Le récit a été donné à l'auteur par le chef suprême Musa Ngombuka Kallon II, de la chefferie Jawei, dans une interview à Daru le 22 mai 2015.

⁴ Des enquêtes (mars 2016) menées à Kpondu, un village de la chefferie de Kissy Teng, près de la frontière guinéenne, suggèrent qu'il pourrait s'agir du premier endroit en Sierra Leone où une épidémie de virus Ebola a éclaté. Les gens d'ici datent le premier cas à mars 2014. L'instituteur du village a compilé un dossier au fur et à mesure des événements et a enregistré plus de vingt cas jusqu'en août 2014, après quoi il n'y a plus eu de cas. Un jeune homme qui a survécu à la maladie nous a dit qu'on l'avait emmené au CTE de Gueckedou (Gegedu) en Guinée parce que l'établissement de Kailahun n'avait pas encore été construit.

⁵ La date indiquée dans mes notes de terrain est le 25 mai 2014, mais il n'est pas clair si c'est la date à laquelle l'infirmière M. s'est rendue à Daru ou la date à laquelle elle est tombée malade pour la première fois. Un article d'Abdul R. Thomas, paru dans le télégraphe de Sierra Leone le 28 mai 2014, cite une interview radiophonique de Brima Kargbo (médecin en chef du gouvernement) qui déclare que "trois personnes de la même famille sont mortes du virus mortel Ebola dans le village de Sokoma, dans la chefferie de Kissy Teng. La première victime était une herboriste qui se rendait fréquemment en Guinée. L'herboriste est morte il y a trois semaines ... Le ministère de la santé a été informé le 22 mai" ... Sept autres cas suspects ont également été signalés, après qu'ils aient assisté à des funérailles. L'infirmière M. semble avoir été infectée lors de ces funérailles ultérieures ont été amenés au centre de santé communautaire de Koindu. Sokoma est le village voisin de Kpondu. Les villageois de Kpondu ont déclaré que leur propre village avait été infecté en premier lieu.

villages des zones rurales de la Sierra Leone, et il connaissait une partie du personnel de l'unité de recherche sur la fièvre de Lassa à l'hôpital de Kenema.

Le jour en question, cependant, le chef avait été convoqué à Freetown pour une réunion. A Freetown, un journaliste lui a téléphoné pour lui dire que le virus Ebola avait fait irruption dans le Daru. Le chef Kallon a ensuite téléphoné chez lui, pour prévenir sa famille et le chef de la ville de Njala Giema, des dangers qu'il y a à toucher les patients ou les corps des victimes u virus Ebola. L'avertissement est arrivé trop tard. M. était déjà mort, et Aminata, la femme du chef, et plusieurs membres du personnel de la clinique Daru avaient été infectés.

Un atelier pour les agents de santé se tenait à Daru le jour où l'infirmière M. a été admise à l'hôpital local. C'était une figure bien connue dans sa profession, et beaucoup de participants sont venus à son chevet pour sympathiser ; en tout, vingt-sept de ces visiteurs ont été infectés et sont morts. Les habitants de Njala Giema n'ont pas tenu compte des avertissements du chef au sujet de l'enterrement, et soixante-huit personnes sont mortes plus tard dans ce village à la suite de leur participation à la préparation du cadavre.⁶

Le chef Kallon a essayé de faire suspendre les pratiques d'enterrement normales par ses sujets, mais les rumeurs ont persisté selon lesquelles le virus Ebola était une ruse politique. Le chef était connu pour être un ami personnel du président et on disait qu'il était impliqué dans un complot visant à réduire les votes de l'opposition. Le déni du virus Ebola était particulièrement fort à Njala Giema, où l'un des plus forts opposants est mort plus tard de la maladie.

A Freetown, le chef a obtenu la permission de quitter sa réunion plus tôt et de retourner à Daru. Trois jours plus tard, Aminata elle-même, a commencé à présenter des symptômes. Ce jour-là, à Segbwema, une petite ville voisine, le chef Kallon est rentré chez lui le soir même et a demandé à voir sa femme, mais elle était trop malade pour venir. Le chef Kallon a insisté pour qu'elle aille à Freetown pour obtenir de l'aide, mais elle est morte avant que le voyage ne puisse être organisé.

Le chef a décidé de se mettre en quarantaine après avoir contacté Joseph Bangura du programme de la fièvre de Lassa de l'université de Tulane, basé à Kenema, qui lui a dit qu'il soupçonnait qu'il s'agissait du virus Ebola. Sa fille Jenneh, qui avait gardé sa mère, a également

⁶ L'affaire Njala-Giema est actuellement suivie par une équipe de recherche de Njala. On nous a dit (23 février 2016) qu'il y avait en tout quatre-vingt-neuf cas d'Ebola (vingt et un survivants) sur une période commençant début juin 2014. Situé sur la route de Daru à Joru, en bordure nord de la forêt de Gola, Njala Giema est un village typique de taille moyenne, compact et quelque peu isolé, en bordure de la forêt de Mende. Les transporteurs ont trouvé des moyens de contourner le village, qui s'est retrouvé à court de sel. Les cas d'Ebola représentaient entre un quart et un tiers de tous les adultes. Chaque quartier résidentiel était infecté. Il semble probable que la plupart des adultes étaient des contacts à haut risque. La transmission de l'infection a pu être arrêtée par l'isolement et la quarantaine, peut-être combinée avec un élément d'immunité acquise (O'Carroll 2015).

été infectée et est morte. Le virus Ebola a été confiné et le chef a continué une quarantaine auto-imposée pendant un total de quarante-deux jours.

À ce moment-là, le chef Kallon m'a dit qu'il était peut-être devenu trop découragé pour continuer, mais il s'est rappelé qu'il descendait d'une lignée de guerriers : « Tout n'est pas perdu, je ne vais nulle part et je me bats pour la chefferie que j'aime ». Ne permettant à personne de s'approcher physiquement de lui, il a organisé le recrutement et la formation de cinquante-deux jeunes hommes de toutes les parties de la chefferie, comme groupe de travail anti-Ebola. Le travail de cette force était d'enseigner aux villageois les risques de maladie, de trouver les malades et de donner l'alerte. Elle a également fourni des recrues comme agents de surveillance, des traces de contact et des membres des équipes d'inhumation.⁷

Des règlements ont été rédigés pour réglementer les déplacements locaux, et les membres du groupe de travail ont bloqué les routes. La règle est devenue que si le chef de village ne connaissait pas un visiteur, cette personne serait empêchée d'entrer dans un village. Le message était : « Pas d'errance, restez chez vous ». Même les enfants ne sortaient pas pour jouer. Le chef Kallon faisait « du bruit » à propos du virus Ebola partout où il le pouvait, y compris à la radio et avec des organisations comme Médecins Sans Frontières, qui fournissait des seaux, du chlore et d'autres articles.

Comme les pluies étaient maintenant abondantes, le chef a équipé sa force d'imperméables et de bottes. Il a également payé pour que son équipe se rende à Kenema, où le virologue, feu le Dr Sheikh Umar Khan, a enseigné aux membres de l'équipe comment s'habiller et se déshabiller en toute sécurité en utilisant des vêtements de protection personnelle.⁸ Les personnes atteintes du virus Ebola quittant le district périphérique pour s'installer à Daru, les équipes locales devaient parfois enterrer quatre ou cinq corps dans une tombe. Fait remarquable, aucun des volontaires de l'équipe spéciale n'a contracté le virus.⁹

Le déni a persisté pendant un certain temps. Les gens évitaient le chef Kallon dans son enceinte. Une fois, une petite foule s'est rassemblée chez lui, après avoir entendu une rumeur selon laquelle sa femme décédée lui était apparue dans une vision. Ils avaient espéré le forcer à confesser que le virus Ebola n'existait pas. « Mais comment pouvaient-ils encore penser que le virus Ebola était un complot, puisque cela impliquait que j'avais tué ma propre femme ? » Les membres du groupe de travail ont également été mis à l'écart, et certains ont été chassés de chez eux. Le chef hébergeait ceux qui étaient stigmatisés dans son enceinte.

⁷ C'était avant que la législation d'urgence n'exige que tous les enterrements soient effectués par des équipes officielles.

⁸ Le Dr Sheik Umar Khan était le principal spécialiste de la fièvre de Lassa dans le pays. Plus tard, il a lui aussi attrapé le virus Ebola et est décédé le 29 juillet 2014, une perte bouleversante et démoralisante, ressentie dans tout le pays et dans le monde entier.

⁹ Entretien de l'auteur avec les membres du groupe de travail, Daru, 20 octobre 2015.

Grâce au travail de l'équipe spéciale et à l'identification des cas, à la recherche des contacts, aux restrictions de mouvement et à l'enterrement sûr, le nombre d'infections dans la chefferie Jawi a commencé à diminuer. C'est à ce moment-là que les gens ont commencé à se rendre compte que les mesures fonctionnaient, et les rumeurs ont commencé à s'estomper.

La chefferie a connu 184 décès dus au virus Ebola entre le 25 mai et le 28 juillet 2014, mais l'infection était déjà en train de prendre fin « grâce aux efforts de braves indigènes » (awareness times du 29 juillet). Le chef suprême David Keili Coomber de Mandu a demandé que ces « meilleures pratiques » locales (règlements, équipes de recherche des contacts et d'inhumation) « soient reproduites dans d'autres régions du pays » (awareness times du 31 juillet, voir zone de texte, p. 137). Les premiers intervenants extérieurs se sont sagement attachés à ces initiatives locales.¹⁰ En effet, les communautés avaient commencé à penser comme des épidémiologistes, et les épidémiologistes (en fournissant des conseils opportuns et pertinents aux agents locaux) avaient commencé à penser comme des communautés. Une science populaire de la lutte contre le virus Ebola, fondée sur des données probantes, avait commencé à émerger.

J'ai demandé au chef Kallon quelle leçon il fallait retenir de cette expérience : sa réponse a été « Apprendre des premières erreurs. Le syndrome de reniement était un gros problème. Nous devons apprendre comment faire sortir la politique du virus Ebola, ou d'autres interventions d'urgence nationales similaires. Les gens doivent comprendre que certains problèmes nous affectent tous, et sont plus importants que la tribu ou le parti. » Il a ajouté que la courbe descendante de la riposte à l'épidémie reflétait la reconnaissance croissante du fait que le problème était une menace pour tous – Ebola est une maladie, et non une ruse politique. Mais cette sagesse devrait être documentée pour l'avenir. L'histoire de l'épidémie du virus Ebola, pensait-il, devrait être enseignée dans chaque école afin qu'aucun écolier sierra-léonais ne l'oublie jamais.

Il a également soulevé la question de l'opportunité de maintenir le groupe de travail sur le virus Ebola sur une base permanente. L'enterrement devrait (a-t-il suggéré) devenir un processus plus sanitaire partout, avec ou sans la menace du virus Ebola. Les équipes d'intervention dans la chefferie de Jawei ont été formées par secteur. Chacun des huit secteurs (Sowa, Mano, Kaio, Bobor, Haut Ngebu, Bas Ngebu, Haut Lumegeh, Bas Luengeh) a sa propre équipe. (Njala Giema, où tant de décès sont survenus au début, se trouve dans le secteur du Haut Ngebu. Les membres de l'équipe venaient des villages de chaque secteur. Cela a permis d'assurer un lien social entre ceux qui imposent le contrôle d'Ebola et les personnes touchées par ces contrôles. Si les équipes locales étaient recrutées, formées et autorisées à effectuer des « enterrements sûrs » à long terme, elles feraient le travail « avec respect ».

¹⁰ Voir "Comment le district de Kailahun a éradiqué le virus Ebola", OMS, décembre 2014, <http://www.who.int/features/2014/kailahun-beats-ebola/en/>.

Cela permettrait de faire revivre une pratique plus ancienne, a expliqué le chef. Autrefois, des jeunes gens se portaient volontaires pour aider à l'enterrement. Les personnes qui faisaient le travail de lavage des corps, de transport des cadavres et de creusement des tombes recevaient une reconnaissance sociale sous forme de paiements symboliques, de petits cadeaux, de nourriture spéciale et de promotion dans les collectivités. Leur travail était leur propre « cadeau » à la communauté en échange de la bénédiction. Ainsi, lorsqu'il y a des funérailles, les premiers à être appelés et reconnus sont les fossoyeurs et les laveurs de cadavres.

Avec les équipes d'inhumation centralisées, typiques de la plupart des interventions officielles du virus Ebola, les villageois devaient parfois attendre quatre à cinq jours pour l'enterrement. Avec les équipes locales (organisées par les secteurs de la chefferie), il n'y avait pas de retard. Les équipes locales devaient tout faire - le lavage, l'emballage, le creusement des tombes et ainsi de suite. Mais elles ont du mal à trouver des ressources - pour les frais de carburant et de transport. Le chef Kallon a également demandé que l'on continue à fournir des sacs mortuaires, au moins jusqu'à ce que l'épidémie soit officiellement déclarée terminée. Malgré l'acceptation sociale locale d'un « enterrement sûr », ceux qui font le travail ont encore tendance à être craints et stigmatisés, même si aucun des volontaires à Jawei n'a jamais été infecté. Il faut donc prêter attention aux conséquences sociales de la stigmatisation.

Figure 6.1 Le chef Kallon entouré des membres de son groupe de travail sur le virus Ebola (Esther Mokuwa étant assise)



L'approche adoptée dans la chefferie de Jawei est par la suite devenue le modèle de la riposte locale au virus Ebola dans toute la Sierra Leone. Les règlements sur le virus Ebola ont été introduits au niveau national à partir d'août 2014, après une conférence des chefs tenue dans la ville de Mobai, dans l'est du pays. Les services de sécurité et d'autres agences gouvernementales ont rapidement commencé à soutenir ces initiatives locales, de sorte que la riposte organisationnelle a ressemblé à celle de l'armée qui a soutenu les forces de défense civile luttant contre le front uni révolutionnaire rebelle dans la guerre civile des années 1990. Dans le sud et l'est, les groupes de travail locaux Ebola ont souvent été appelés « Ebola kamajoisia » (terme utilisé en langue Mende pour désigner les chasseurs exceptionnels, largement appliqué pendant la guerre aux combattants locaux de la défense civile). Une étude plus approfondie des forces opérationnelles et de la façon dont leur capacité et leur impact varient d'un district à l'autre est actuellement en cours. Les équipes spéciales ont d'abord réussi à trouver des cas, à réduire les mouvements entre les villages et à imposer des règlements. La force de Jawei a entrepris un « enterrement sûr » dès le début, ayant été formée et équipée avant que la réglementation nationale sur le virus Ebola n'entre en vigueur. Peu d'agences étaient prêtes au départ à s'inspirer de cet exemple, mais elles ont ensuite commencé à recruter et à former des volontaires pour l'enterrement au sein de groupes de travail de la chefferie. La chefferie de Kamajei était un exemple où les équipes d'inhumation étaient basées dans les villages. Les équipes spéciales ont été menacées de marginalisation après la militarisation de la riposte au virus Ebola qui a accompagné la mobilisation internationale à partir de novembre 2014, mais les chefs suprêmes ont demandé avec succès au Sénat de ne pas exclure les équipes spéciales des chefferies de la riposte accélérée.

Les équipes d'enterrement (selon le chef Kallon) devraient aussi toujours inclure les femmes (au moins une par équipe, a-t-il suggéré). Mais il a admis avoir eu quelques difficultés à persuader toutes les femmes de la chefferie de sa vision d'un enterrement sûr et hygiénique. Il a fait remarquer qu'il n'avait aucun pouvoir sur les femmes Sande, dans les domaines appartenant à leur société.¹¹ Les techniques du corps féminin - notamment les questions relatives à l'accouchement et à la santé sexuelle et reproductive - restent exclusivement sous le contrôle des Sande. Cela inclut la connaissance des procédures à suivre lors de l'enterrement des anciens de l'association. Le chef a ainsi reconnu l'aide d'Esther Mokuwa, membre de la plateforme de riposte anthropologique sur le virus Ebola basée au Royaume-Uni¹², qui s'est rendue dans la chefferie Jawei en décembre 2014 pour travailler avec les femmes Sande sur « l'appropriation » du défi Ebola (Figure 6.2)

¹¹ Jedrej (1974, 1976a, 1976b).

¹² www.ebola-anthropology.net.

Une comparaison libérienne

La Sierra Leone n'a pas été la seule à fournir des preuves que les réponses locales étaient importantes pour mettre fin aux chaînes de transmission du virus Ebola. Un cas non différent de celui qui vient d'être décrit a été documenté pour le comté de Lofa, dans le nord-ouest du Libéria. Comme le district de Kailahun, le comté de Lofa est adjacent à l'épicentre du virus Ebola en Guinée et constitue un foyer précoce de propagation de la maladie au Libéria.

En novembre 2014, les Centres américains de contrôle des maladies ont envoyé une équipe dans le comté de Lofa pour enquêter sur les allégations selon lesquelles le nombre d'infections avait commencé à diminuer. L'équipe a trouvé des preuves que la tendance était réelle, et a conclu qu'elle avait été déclenchée par une relation de coopération inhabituellement efficace entre les chefs, les communautés et les intervenants internationaux.¹³

Les premiers cas de virus Ebola ont été signalés à Foya, dans le comté de Lofa, en mars, et provenaient d'infections transfrontalières en Guinée. Il n'y a pas eu d'autres cas en avril/mai, et le Libéria espérait qu'il s'était échappé. Mais les cas ont recommencé à augmenter en juin, déclenchant une riposte plus ciblée. Celle-ci comprenait, dès le début, l'élaboration d'une stratégie de riposte globale élaborée en collaboration avec les communautés locales.

Cette stratégie comprenait des changements dans les pratiques locales de soins aux malades et d'enterrement des morts, l'ouverture d'un centre de traitement des urgences à Foya, la mise en place d'une ligne téléphonique d'urgence pour signaler les cas, la mise en place d'équipes de sensibilisation, la fourniture d'un transport rapide et d'un enterrement sûr, la création d'un laboratoire pour l'identification rapide, la recherche active de cas et la formation de volontaires de santé communautaire.

Le nombre de cas est passé de 12 dans la semaine se terminant le 14 juin à 153 dans la semaine se terminant le 16 août, mais il est tombé à seulement quatre dans la semaine se terminant le 1er novembre. Ceci (remarque des auteurs) a été le premier exemple au Libéria d'une stratégie réussie pour réduire la transmission dans un pays à forte incidence cumulée.

L'article décrit la création d'un environnement efficace pour que les communautés puissent accepter la maladie. Les auteurs notent « que la transparence des activités et l'engagement avec la communauté étaient au cœur de la stratégie de riposte à Lofa ». Par exemple, le CTE de Foya a été conçu sans hauteur, il était opaque, pour minimiser la peur et les rumeurs sur ce qui se passait à l'intérieur. Les membres de la famille étaient autorisés à rendre visite, soit pour parler à travers une clôture, soit « à l'intérieur d'une salle tout en portant un équipement de protection individuelle complet ». Les personnes décédées dans le CTE ont été enterrées en présence des membres de leur famille dans des tombes marquées d'une identification claire. Dans les communautés, le transport rapide des malades et l'enterrement

¹³ Sharma et al. (2014).

rapide et sûr « ont démontré que les partenaires pouvaient répondre rapidement aux demandes d'aide ». Lors des enterrements en toute sécurité, les familles « ont été invitées à organiser des cérémonies de deuil selon les coutumes locales en mémoire du défunt ». ¹⁴

Apprentissage supervisé et non supervisé

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les ingénieurs informaticiens font la distinction entre deux processus qu'ils appellent apprentissage supervisé et apprentissage non supervisé¹⁵, qu'ils appliquent à différentes approches pour régler les réseaux informatiques en fonction des modèles du cerveau. Cette distinction peut aussi parfois être appliquée utilement aux processus d'apprentissage communautaire.¹⁶

Ce qui a été dit jusqu'à présent sur l'apprentissage communautaire en ce qui concerne le virus Ebola comprend des exemples d'apprentissage supervisé. La riposte internationale a établi des paramètres permettant aux communautés locales d'acquérir des preuves et de tirer des conclusions de bon sens, le nombre de cas de virus Ebola ayant diminué à la suite d'un ajustement comportemental local ultérieur.

Cet élément de supervision est apparent dans le récit d'un témoin oculaire donné par le Dr Gabriel Rugalema, qui a dirigé une visite des Nations Unies à Kenema et dans le district de Kailahun dans les premiers jours de l'épidémie.¹⁷ Son équipe est arrivée dans la ville de Kailahun pour rencontrer le comité de gestion sanitaire du district, les forces de sécurité et les dirigeants locaux occupés à organiser une réponse, soutenue par MSF. Un laboratoire mobile canadien récemment arrivé sur le terrain était sur le point d'être assemblé. La recherche des contacts était en cours, bien qu'entravée par le manque de transport, situation à laquelle il a été remédié par le transfert temporaire dans certains véhicules de la FAO, à la demande de Rugalema. De même, dans le cas de Daru, le Chef Kallon, par l'intermédiaire de ses contacts médicaux à Kenema, recevait régulièrement des conseils de supervision de la part d'experts en maladies contagieuses associés au laboratoire de la fièvre de Lassa à l'hôpital de Kenema.

En bref, la riposte locale au virus Ebola a été forte, mais elle a été soutenue par l'aide internationale. L'étendue de l'apprentissage a été déterminée par ces apports extérieurs.

¹⁴ Une réponse positive similaire aux centres de traitement communautaires de fortune en Sierra Leone est rapportée par Oosterhoff et al. (2015). Ces centres étaient censés être des centres de détention temporaires, mais en raison de l'augmentation du nombre de cas, ils sont devenus des alternatives aux CTE plus éloignés, et étaient dotés d'un personnel local, qui n'avait pas tous reçu une formation médicale. Mais avec des travailleurs recrutés localement, les familles pouvaient facilement obtenir des informations sur l'évolution d'un patient, et même parfois voir ou parler à des proches grâce aux tentes à parois ouvertes. Cela a permis de réduire la peur de la maladie et d'endiguer les rumeurs sur les objectifs cachés des CTE éloignés (par exemple, la peur du prélèvement d'organes).

¹⁵ Picton (2000).

¹⁶ Richards et al. (2009).

¹⁷ 30 juin et 1er juillet 2014.

Mais dans certains cas, il n'y avait pas de cadre pour guider le processus d'apprentissage. C'est le cas du bidonville de West Point à Monrovia. Un gouvernement libérien nerveux, alarmé par la multiplication rapide des cas dans un « ghetto » urbain de l'après-guerre civile, habité par un certain nombre d'ex-combattants, a tenté, dans un premier temps, de fermer la zone, peut-être en raison de sa réputation non seulement de bidonville, mais aussi de foyer d'anciens combattants.

Le fait d'encercler West Point avec des troupes a créé des conditions propices à la propagation du virus Ebola dans le ghetto, mais a également permis aux habitants de la région d'apprendre rapidement comment lutter contre la maladie. Les habitants de West Point n'avaient pas d'autre choix que de prendre la responsabilité de résoudre un problème pour lequel ils avaient été incarcérés.

Après avoir visité West Point, puis voyagé plus largement au Libéria et en Sierra Leone au plus fort de l'épidémie (novembre 2014), le journaliste Luke Mogelson en a déduit que les ripostes autoorganisées contre Ebola étaient répandues dans la région :

Les Ouest-Africains ordinaires, en l'absence de secours, par le monde et par leur propre gouvernement qui sont parmi les plus pauvres de la terre, se sont montrés remarquablement habiles à trouver des moyens de vivre et à aider les autres à le faire. Les quartiers se sont mobilisés, les travailleurs de la santé se sont portés volontaires et les villageois des zones rurales ont formé des groupes de travail locaux sur le virus Ebola. Les personnes qui survivent au virus Ebola sont généralement immunisées contre l'infection et, dans de nombreux endroits, elles sont devenues indispensables pour endiguer l'épidémie. « Les communautés font les choses par elles-mêmes, avec ou sans notre soutien », m'a dit Joel Montgomery, le chef d'équipe du C.D.C. au Libéria à l'époque, lorsque je l'ai rencontré à Monrovia. « La mort est une forte motivation. Quand vous voyez vos amis et votre famille mourir, vous faites quelque chose pour faire la différence ».¹⁸

L'anthropologue Sharon Abramowitz et ses collègues¹⁹ fournissent d'autres preuves que cette riposte communautaire non supervisée était réelle et efficace. Ils ont étudié quinze communautés de Monrovia et de sa périphérie en septembre 2014, par le biais de groupes de discussion organisés avec 386 dirigeants communautaires et ont « identifié les stratégies entreprises et les recommandations sur ce à quoi devrait ressembler une riposte communautaire contre le virus Ebola²⁰ ». Les communautés ont été obligées de générer leurs propres solutions.²¹

Les dirigeants ont été clairs sur des sujets tels que la nécessité de restreindre les mouvements des étrangers à l'intérieur et à l'extérieur des communautés, l'importance de la quarantaine et la

¹⁸ Mogelson (2015).

¹⁹ Abramowitz et al. (2015).

²⁰ Ibid, p. 1.

²¹ Ibid, p. 3.

nécessité de soutenir les ménages mis en quarantaine. « Il y avait une forte éthique communautaire qui guidait les mesures de contrôle²² ». Un répondant du groupe de discussion a déclaré : « En tant que communauté, nous veillons les uns sur les autres ».

Cependant, l'un des problèmes les plus difficiles à résoudre dans la pratique était la déconnexion entre les messages sur l'interdiction de toucher et les exigences pratiques liées au traitement d'une personne malade. « Nous avons entendu les messages, mais la plupart des gens ne savent pas comment les mettre en pratique²³ ». Les auteurs de l'article notent que la prestation de soins dans tous ses aspects exige un contact physique, mais les messages de santé publique concernant le contact physique ne tiennent pas compte de cette réalité. Certains messages disaient « ne pas toucher », d'autres « touchez, mais utilisez des gants de caoutchouc²⁴ ».

Face à ce genre de conseils incohérents, l'opinion locale a pris sa propre direction, choisissant la quarantaine comme la question sur laquelle les communautés pourraient avoir l'influence la plus significative. Abramowitz et ses collègues résument les discussions des leaders communautaires sur ce sujet :

Il était évident que [les dirigeants] cherchaient à placer la communauté au centre de la riposte au traitement d'Ebola en gérant la santé et la sécurité des familles en quarantaine au travers de l'approvisionnement alimentaire, de la surveillance et du contrôle de la maladie, de l'établissement de rapports, de la dotation en fournitures médicales, de la communication et de l'information.²⁵

Les intervenants internationaux se sont rapidement opposés à tout ce qui pourrait avoir l'air de « soins à domicile » pour les patients atteints du virus Ebola, au motif que cela multiplierait la maladie. Les groupes de discussion de Monrovia ont offert une perspective différente. Les soins à domicile étaient un impératif moral, surtout pour les femmes : « un large sous-ensemble de répondants - principalement des femmes - ont déclaré qu'ils prendraient soin des membres de leur famille malades par eux-mêmes, et qu'ils préféreraient le faire à la maison²⁶ ».

Il fallait donc réfléchir à la façon de rendre les soins à domicile plus sûrs. Les membres des groupes de discussion ont décrit un plan pour s'isoler avec les membres malades de leur famille et pour fournir les meilleurs soins appropriés disponibles localement, en utilisant les ressources disponibles.

Une femme a déclaré ce qui suit : « il sera impossible que mon enfant ou mon mari soit malade et que je refuse de les toucher. Je n'ai ni le courage ni le cœur de le faire²⁷ ». Une autre

²² Ibid, p. 8.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid, p. 9.

²⁵ Ibid, p. 11.

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

femme a indiqué qu'elle trouverait son propre équipement de protection, « en utilisant un imperméable [et] des sacs en plastique sur les mains », faisant clairement référence à un article de presse largement diffusé concernant Fatu Kekula, la jeune infirmière libérienne qui avait sauvé trois membres de sa famille en utilisant des sacs poubelles pour se protéger (voir chapitre 5).²⁸

Il s'agissait donc d'une impasse cruciale. Un intervenant international de haut niveau du virus Ebola m'a dit sans retenue qu'il serait contraire à l'éthique de préconiser des « soins à domicile ». Les voix libériennes citées par Abramowitz et ses collègues laissent entendre que refuser la possibilité de soins à domicile serait également contraire à l'éthique. Si les intervenants internationaux s'opposaient à soutenir ceux qui refusaient d'abandonner ce qu'ils considéraient comme leur devoir de soins, on risquait de chercher des moyens endogènes de rendre les soins à domicile sûrs.²⁹ Il est évident que les ripostes locales au virus Ebola ont incarné un élément d'apprentissage non supervisé qui ne peut être remis en question.

Changement de technique : concertation ou danse ?

L'épidémie du virus Ebola a soulevé d'importantes questions pour les sciences sociales sur la manière dont le changement de comportement est réalisé. La crise a fait apparaître la nécessité de revenir aux débats sur les théories du changement.

Une approche du changement - largement utilisée par les organisations travaillant avec les communautés - est basée sur les notions de prise de décision délibérative. Le développement rural participatif s'inspire fortement de l'approche délibérative. Les gens se rencontrent et explorent leurs problèmes. Ils s'écoutent les uns les autres. Des stratégies sont proposées. Il y a des débats, des désaccords et des compromis. Des accords sont conclus pour agir de diverses façons. Les tâches sont réparties et des changements sont effectués.

C'est l'approche adoptée pour la riposte communautaire au virus Ebola en Sierra Leone, basée sur un ensemble de lignes directrices pour l'intervention communautaire connu sous le nom de manuel ACAE (Apprentissage Communautaire pour l'Action Ebola).³⁰

Le manuel indique que « le déclenchement consiste à stimuler un sentiment collectif d'urgence pour agir face à la menace du virus Ebola, et à prendre conscience des réalités de l'inaction ou des actions inappropriées ». Le milieu naturel de délibération et de déclenchement des changements d'état d'esprit, c'est ce que représente l'atelier. Le manuel de la ACAE proposait littéralement des milliers d'ateliers communautaires.

²⁸ Rapporté par CNN à <http://edition.cnn.com/2014/09/25/health/ebola-fatufamily/index.html>.

²⁹ AEDC (2014) Action Ebola dirigée par la communauté - guide de terrain pour les mobilisateurs communautaires, Freetown, Consortium d'action de mobilisation communautaire (CAMC), GOAL et Restless Development.

³⁰ Ce point est maintenant explicitement reconnu dans une discussion très intéressante de Calain et Poncin (2015) sur les défis éthiques soulevés par l'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest.

Mais il y a lieu de se demander si une approche délibérative - et les changements d'esprit obtenus par l'interaction délibérative - sont les moyens les plus appropriés pour aborder les changements dans la technique corporelle.

Le problème avec le virus Ebola est qu'il faut modifier l'instinct naturel de se soucier des autres par le toucher. La délibération peut « stimuler un sentiment collectif d'urgence », mais probablement en activant des contrôles conscients, y compris en induisant un sentiment de peur. Ce n'est peut-être pas le moyen le plus approprié pour répondre aux préoccupations exprimées par les femmes leaders de la communauté libérienne citées par Abramowitz.³¹

Comme indiqué au chapitre 3, l'article fondateur de Marcel Mauss sur les techniques du corps a lancé une tradition de travail sur l'incarnation fondée sur une théorie du changement assez différente - à savoir la notion durkheimienne selon laquelle les concepts, les catégories et les représentations des mentors sont formés et fixés non pas par la concertation mais par l'action de performance. En particulier, les Durkheimiens s'intéressaient aux actions de performance orientées vers des fins sacrées par lesquelles les catégories sociales se fixaient (ou, à l'occasion, se dissolvaient et se reformaient³²). En bref, ils s'intéressaient au rituel.

La théorie du rituel a surtout été utilisée par les anthropologues pour expliquer les événements cérémoniels à grande échelle dans la société « traditionnelle ». Un exemple auquel Durkheim lui-même a souvent fait allusion est le corrobore australien. Mais l'approche peut tout aussi bien s'appliquer aux événements cérémoniels à grande échelle dans n'importe quelle société - par exemple, la célébration de fêtes religieuses, les inaugurations présidentielles ou le deuil des morts de la guerre. Selon Wendy James, le sujet de l'anthropologie s'applique à l'étude des êtres humains en tant qu'animaux de cérémonie.³³ Cet édifice explicatif repose sur les théories de la performance. L'étude de l'incarnation et du mouvement est libérée des questions inutiles telles que « mais qu'est-ce que tout cela signifie ? » Le rituel s'anime. Il mène à l'accomplissement de nombreuses choses, dont la délibération ne joue pas ou peu de rôle.

Une approche basée sur la performance n'est pas très utile à l'idée que la délibération déclenche un changement d'esprit. Dans le cas spécifique du virus Ebola, il s'agit de trouver des moyens directs de faire (par exemple, soigner des personnes malades) qui évitent les risques d'infection, mais aussi d'éviter les soins paralysants en induisant la peur et l'hésitation.

Où donc peut-on répéter et perfectionner les types d'approches basées sur la performance pour le changement de comportement nécessaire pour vaincre le virus Ebola ? Une réponse est que la capacité d'effectuer un tel changement existe dans des pays comme la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria, grâce aux compétences performatives inculquées dans les

³¹ Abramowitz et al. (2015).

³² Richards (2015).

³³ James (2003).

collectivités rurales telles que Poro et Sande. On peut les considérer comme des « ateliers » dans lesquels la danse fait le travail de délibération.

Les collectivités ont évolué comme une retraite sûre et confidentielle dans laquelle de petits groupes pouvaient s'organiser autour d'intérêts communs, lorsqu'ils étaient assaillis par de nombreux ennemis dans un monde extérieur dangereux et fluide.³⁴ Les collectivités ont favorisé une gamme de disciplines - de la garde de secrets, à la douleur et aux difficultés persistantes, aux moyens de tester et d'éliminer les espions. Les significations et les accords étaient dansés par le groupe, plutôt que proclamés ou documentés.

Expressivement, la musique et la danse constituaient donc une part importante de la dynamique sociale des collectivités. Les techniques du corps se manifestant dans la danse étaient des réalisations majeures attendues des membres masculins et féminins. Un aîné qui trébuche et manque un battement dans une danse peut s'attendre à recevoir une amende.

Les mascarades étaient à la fois une expression des valeurs sacrées de la société et une façon d'exprimer publiquement le pouvoir collectif et l'organisation de ses membres. Les chants de la société conservaient parfois un enregistrement oral complexe des origines linguistiques et donc socialement mélangées de ses membres.

Un fait évident à propos du virus Ebola était que les événements de grande envergure étaient à plusieurs reprises les funérailles très fréquentées des anciens de la société. Les techniques rituelles du corps appliquées lors de l'enterrement de ces anciens ne sont ni connues des non-membres, ni familières à ces derniers. Il n'est pas non plus profitable pour des personnes extérieures au groupe d'essayer de les connaître, puisque toute tentative de pénétrer ces mystérieux est rencontrée par la fermeture du groupe.

Les « messages » des non-membres sur les questions corporelles sur lesquelles les modalités revendiquées ont le contrôle sont des efforts gaspillés, car ils provoquent la fermeture du mécanisme du secret. Une alternative logique est d'amener les membres à développer une compréhension modifiée de l'intérieur.

Lorsque le chef Kallon a eu besoin de mobiliser les femmes de sa chefferie pour soutenir la campagne contre le virus Ebola, il a dû se tourner vers des interlocutrices de Sande pour faire passer le mot. Il n'avait pas le pouvoir d'instruire les femmes directement. Certaines étaient initialement opposées à ses stratégies visant à couper les chaînes d'infection au virus Ebola.

³⁴ Un article célèbre du sociologue allemand Georg Simmel (1906) a proposé pour la première fois que les sociétés secrètes, en tant que phénomène sociologique, étaient une réaction organisationnelle à des conditions de grande insécurité extérieure. Bien que l'article de Simmel manque de détails ethnographiques, il mentionne l'existence de sociétés secrètes africaines et a peut-être eu une certaine connaissance de Poro et Sande grâce aux descriptions bien informées de ces sodalités dans un livre sur le Liberia occidental du zoologiste suisse Buettikofer, publié en allemand dans les années 1890 (Richards 2015).

Quand je lui ai demandé ce qui s'est passé ensuite, il a seulement fait remarquer que les anciens Sande sont allés dans la brousse et ont dansé une solution.

Figure 6.2 La mascarade de Daru Sande, et les anciens de la société



Un résumé analytique utile de la théorie durkheimienne du changement rituel appliqué aux collectivités du Nord-Ouest de l'Afrique est fourni dans le travail de l'anthropologue Charles Jedrej sur la dynamique des rituels Sande. Il y explique que le mot Mende *hale* (parfois traduit par « médecine » mais avec de multiples significations apparemment variées) fonctionne comme un séparateur rituel. Il dissout les anciennes compréhensions collectives et permet de retravailler des éléments taxonomiques en de nouvelles représentations collectives. Selon Jedrej, les aînés de Sande utilisent *hale* autant pour s'adapter à de nouveaux défis que pour maintenir un status quo.³⁵

Deux aînés Sande ont accompagné le chef Kallon à un atelier à Njala (juillet 2015) sur la mobilisation communautaire contre le virus Ebola et d'autres maladies zoonotiques. Les visiteurs de Daru ont écouté patiemment un membre des présentations couvrant les approches libératrices de la lutte contre le virus Ebola. Finalement, un des anciens a demandé à prendre la parole. Pourrions-nous l'aider à acquérir la combinaison de protection personnelle blanche, a-t-il demandé. La réponse fut « oui » (ils ne coûtent que 25\$), mais nous nous sommes demandé pourquoi. Elle a expliqué que les femmes Sande ont eu l'idée d'utiliser le costume pour créer une danse entre « diables » qui enseignera aux filles de la chefferie le danger d'Ebola. Parfois, comme l'a soutenu Durkheim, la danse peut avoir plus de sens que la concertation.

³⁵ Richards (2015).

Coda : expression du besoin de changement

Dans la tradition durkheimienne d'analyse, les rituels sont considérés comme des modes d'expression. Le rituel parle des circonstances sociales, mais ne les dicte pas. Lorsque les circonstances sociales changent, alors le rituel expressif de ces circonstances change aussi. Les rituels se décomposent, mutent ou font éruption selon les exigences de la vie sociale.

Peu de personnes en Grande-Bretagne qui en ont fait l'expérience oublieront l'effusion publique de chagrin qui a suivi la mort de Diana, princesse de Galles, dans un accident de voiture. L'entrée de sa résidence londonienne a été envahie par des offrandes de fleurs. Il y en avait tellement que les couches de fond en décomposition de la pile commencèrent à causer une nuisance publique. Il fallait faire quelque chose. On fit appel à des compositeurs de rituels pour créer un lieu plus approprié où les sentiments du public pourraient être exprimés.

Il en résulta finalement un plan d'eau imaginatif à Hyde Park dans lequel le public pouvait se promener pieds nus, comme cela semblait approprié à la mémoire de quelqu'un connu comme la princesse du peuple. Le plan d'eau est constamment en mouvement, comme un ruisseau.

Le mouvement est une caractéristique presque incontournable de la plupart des rituels. C'est parce que les rituels parlent de transitions ou de renouvellements. Certains nous emmènent en voyage. Nous sortons du rituel avec une personne différente. D'autres rituels tournent en rond. Nous recommençons avec un zèle renouvelé.

Le dernier livre de Mary Douglas, *Thinking in circles* (Penser en rond), abordait l'ancienne forme littérale de la poésie construite en anneau.³⁶ C'était une généralisation de son travail antérieur sur le livre des nombres dans la Bible hébraïque³⁷, où elle avait suggéré qu'un texte prétendument incohérent était composé comme un anneau, et pour un but sociologique distinct.

Les anciens et les fauteurs de troubles étaient noyés, dans le poème, en ordre de marche, et l'anneau, orné à des points stratégiques de divers éléments de l'histoire du clan contestée, permettait de rassembler des versions différentes sur l'anneau. Toute la structure rituelle pouvait envisager une rotation à travers le temps. En se souciant de ses prétentions concurrentes, elle se présente comme faisant partie d'une seule entité, comme les rayons d'une roue.

On ne sait pas si le poème a un jour été présenté, peut-être comme une danse de l'anneau, une forme artistique ancienne répandue qui exprime la cohésion sociale. Mais compte tenu de la description et de l'analyse de Douglas, il n'est pas difficile d'imaginer que cela ait pu être le cas.

Cela fait ressortir l'un des objectifs que peut atteindre une telle performance rituelle. En rassemblant des éléments variés en une seule expérience, on peut montrer que des composantes apparemment contestées ou contradictoires appartiennent à un ensemble dynamique plus vaste. L'objectif global l'emporte sur les détails contestés ou dysfonctionnels gênants.

³⁶ Douglas (2007).

³⁷ Douglas (1993).

Peut-être que cette approche aurait dû être tentée par l'OMS, lorsqu'elle a composé son avis apparemment contradictoire sur la mobilisation sociale contre le virus Ebola : « les soins à domicile sont interdits » et pourtant, lorsque « les soins à domicile sont inévitables, voici ce qu'il faut faire ». Ce qui est interdit est attaché à la partie de la structure rituelle qui parle d'ambulances dans les rues pavées de la ville, et l'imperméable réversible est réservé aux villageois au bout de la piste forestière. Mais tous deux font partie de la fonctionnalité diverse et vivante de ce que les gens appellent « Mama Salong » (Mère Sierra Leone, un rituel fréquemment honoré par des chants et des danses, sans parler des exhortations publiques pour éviter les risques d'attraper le virus Ebola). Une contradiction entre les soins à domicile et l'absence de soins à domicile n'existe que dans l'espace rectiligne mentionné dans un communiqué officiel.

Une question générale se pose : « la composition des rituels offre-t-elle des solutions à des problèmes pratiques ? Le bon type de compositeur - poètes, dramaturges ou musiciens - pourrait-il dynamiser la recherche de techniques corporelles plus sûres. La réponse est " oui, peut-être », mais seulement si nous comprenons d'abord pleinement les problèmes sociaux dont le rituel doit parler. Rappelons que le rituel (et par extension la musique, la poésie et le théâtre) ne peut parler que pour souligner la réalité sociale ; il ne peut la dicter.³⁸

Nous pouvons d'abord identifier un exemple négatif, et une représentation inutile. Les groupes cibles du village se plaignent parfois que « nous ne voulons même pas qu'une ambulance vienne dans cette ville, parce que nous détestons les hurlements d'une ambulance ». ³⁹ Pourquoi l'ambulance pour transporter les patients atteints du virus Ebola a-t-elle constamment sonné sa sirène, même sur les routes de campagne éloignées, où il n'y avait pas de véhicules à mettre à l'écart ? Si (comme l'information l'indique) presque tous étaient destinés à mourir, alors s'il vous plaît ne faites pas de bruit.

Un calme respectueux aurait peut-être été plus approprié à la réalité mortelle à laquelle les gens faisaient face. Éteindre la sirène quand ce n'est pas absolument indispensable peut sembler une petite chose, mais il n'est pas banal de se déplacer avec calme et délibération face à la mort. Cela montre une compréhension des sentiments locaux, et de cette empathie pourraient naître de nouveaux modèles d'action et d'interaction coopérative.

Le compositeur de rituels peut aussi injecter du dynamisme là où il est parfois le plus nécessaire. Parfois, le virus Ebola risque de transformer les émotions de la peur en désespoir, et le désespoir est une émotion très corrosive.

Voici comment ils font les choses dans la rizière de Sierra Leone, lorsque l'énergie et le but sont au plus bas. Le but de « labourer » le riz dans une ferme de riz des hautes terres de Mende

³⁸ Toutefois, il convient d'ajouter que la danse peut offrir un certain nombre de voies de communication importantes. Voir, par exemple, le récit divertissant d'Adam Zamoyski sur les danses et les occasions sociales liées au Congrès de Vienne, où l'avenir post-napoléonien de l'Europe a été négocié, grâce auquel un certain nombre d'accords diplomatiques informels ont été facilités (Zamoyski 2001).

³⁹ Mogbuama, Kamajej, groupe de discussion des femmes.

est de disperser les semences et de les enfouir et de les couvrir contre les oiseaux. Il faut pour cela « gratter rapidement avec une houe étroite, pour briser la croûte du sol et enterrer la semence, mais pas trop profondément ». Cette tâche est un goulot d'étranglement majeur pour l'agriculture, car elle doit être effectuée rapidement pour empêcher les oiseaux de se régaler. Le groupe de travail est une bande d'hommes, parfois une équipe de frères ou de voisins, mais parfois une bande de travail régulier, fournissant de la main-d'œuvre à ses membres sur une base temporaire, travaillant dans le sillage d'un radiodiffuseur qualifié, avec des individus en compétition pour terminer les travaux.

Dans les années 1980, alors que je participais à plusieurs reprises à ce genre de travail, un propriétaire de terrain prudent engageait parfois aussi un groupe de trois hommes à la batterie. Le tambour à fente de Mende (*kele*) est capable de « parler », et donc de commenter les procédures, se moquant de ceux qui sont trop lents, louant ceux qui réussissent. Pour faciliter les compétitions exténuantes, les membres des groupes de binage choisissent entre deux styles de binage, un à long manche et un à court manche. Le forgeron du village ajuste généralement le manche et le pas de la lame en fonction de la longueur des bras. Les membres des groupes de travail sont parfois aussi pointilleux sur ces ajustements qu'un violoniste de concert qui achète un archet.

Encouragés par la musique, les membres de l'équipe parcourent le terrain à un rythme accéléré. J'ai chronométré et mesuré les passages des groupes de travail et j'ai constaté que le terrain était couvert en moyenne 20 % de plus quand le groupe jouait que lorsqu'il ne jouait pas. Mais parfois, les femmes de la ferme, qui suivent plus tard, pour réparer les taches qui ont été manquées, se plaignent de ce travail à grande vitesse. Dans l'excitation de la « danse », le groupe de travail a fait son travail maladroitement. Les femmes feront également des commentaires si le radiodiffuseur n'a pas été à la hauteur, en jetant trop de graines par-ci, et pas assez par-là. Mais tout le monde admire cette race rare de radiodiffuseurs experts qui, pour une considération appropriée, crachent du riz de la bouche. Cette réalisation vraiment virtuose, je n'ai même pas essayé de l'apprendre. Le résultat, bien sûr, de tout cet effort dansé est une récolte abondante.

En avril 2015, le chanteur de Kenema, Ngor Gbetuwa, m'a gentiment donné une copie de sa chanson sur le virus Ebola. J'ai vite découvert qu'il n'est pas le seul à chanter sur le virus Ebola et que le Haut-Afrique de l'Ouest touché par le virus Ebola possède un corpus musical considérable destiné à élever les esprits et à faire bouger les corps de manière nouvelle et plus sûre. Bien sûr, les corps dansants, pour l'instant, ne doivent pas se toucher. Il y a en fait un nouveau style, me dit-on, basé sur la réalisation de ce but - ce qui n'est pas une mince affaire dans les événements à forte affluence. C'est ce qui résume l'argument de ce livre. Si le virus Ebola peut si facilement développer son propre nouveau style de danse, alors nous ne devrions pas être surpris si des modifications locales aux techniques du corps ont aidé à mettre fin au virus Ebola en se répandant aussi rapidement que le coup de coude a remplacé la poignée de main comme salutation.

Ce chapitre a été traduit par Elfi Kashori Martial dans le cadre d'une initiative qui vise à rendre les écrits sur l'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest plus accessibles à ceux qui travaillent pour arrêter la dixième épidémie en RDC. Martial est un boursier de YALI-Mandela Washington Fellowship 2019 dans le Leadership Civique. Il a 5 ans d'expérience en tant que formateur en anglais et traducteur des documents. Il est passionné par le leadership et la consolidation de la paix et veut contribuer à rendre le monde meilleur.

REFERENCES

Abramowitz, S. A. et al. (2015) 'Community-centered responses to Ebola in urban Liberia: the view from below', *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9 April, doi: 10.1371/journal.pntd.0003706.

Alldrige, T. (1901) *The Sherbro and Its Hinterland*, London: Macmillan.

Baize, S. et al. (2014) 'Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea – preliminary report', *N. Engl. J. Med.*, 16 April, PubMed PMID: 24738640.

Bausch, D. G. and L. Schwarz (2014) 'Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: where ecology meets economy', *PLoS Negl. Trop. Dis.*, 8(7): e3056, Doi: 10.1371/ journal.pntd.0003056.

Berger, J. and G. Turow (eds) (2011) *Music, Science and the Rhythmic Brain: Cultural and clinical implications*, New York and London: Routledge.

Brooks, F. (1995 [1975]) *The Mythical Man-month*, Addison-Wesley.

Calain, P. and M. Poncin (2015) 'Reaching out to Ebola victims: coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice?', *Social Science and Medicine*, 147: 126–33, dx.doi.org/10.1016/j.socsciemed.2015.10.063.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2014) 'Estimating the future numbers of cases in the Ebola epidemic – Liberia and Sierra Leone, 2014–2015', *MMWR (Mortality and Morbidity Weekly Report)*, 26 September.

CLEA (2014) *Community-Led Ebola Action field guide for community mobilisers*, Freetown, Community Mobilization Action Consortium (SMAC), GOAL and Restless Development.

Cohen, E. (2014) 'Woman saves three relatives from Ebola', *CNN News*, 26 September.

Collins, R (2004) *Interaction Ritual Chains*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Dant, T. (2005) *Materiality and Society*, Maidenhead: Open University Press.

Douglas, Mary (1986) *How Institutions Think*, London: Routledge and Kegan Paul.

——— (1992) *Risk and Blame: Essays in cultural theory*, London: Routledge.

——— (1993) *In the Wilderness: The doctrine of defilement in the book of Numbers*, Oxford: Oxford University Press.

——— (2004) 'Traditional culture: let's hear no more about it', in V. Rao and M. Walton (eds), *Culture and Public Action*, Stanford, CA: Stanford University Press, pp. 85–108.

——— (2007) *Thinking in Circles: An essay on ring composition*, New Haven, CT, and London: Yale University Press.

Durkheim, É. (1995 [1912]) *Elementary Forms of Religious Life*, trans. K. Fields, New York: Free Press.

Durkheim, É. and M. Mauss (1963 [1902/03]) *Primitive Classification*, trans. R. Needham, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Fairhead, J. et al. (2003) *African-American Exploration in West Africa: Four nineteenth century diaries*, Bloomington: Indiana University Press.

Fallah, M., L. Skrip, S. Gertler, D. Yamin and A. Galvani (2015) 'Quantifying poverty as a driver of Ebola transmission', *PLOS Neglected Tropical Disease*, 31 December 31, doi: 10.1371/journal.pntd.0004260.

Ferme, M. C. (2001) *The Underneath of Things: Violence, history and the everyday in Sierra Leone*, Berkeley: University of California Press.

Fithen, C. and P. Richards (2005) 'Making war, crafting peace: militia solidarities and demobilization in Sierra Leone', in P. Richards (ed.), *No Peace, No War: Learning to live with violent conflict*, Oxford: James Currey, pp. 117–36.

Focus 1000 (2014a) 'Study on public knowledge, attitudes, and practices relating to Ebola Virus Disease (EVD) prevention and medical care in Sierra Leone', Report KAP-1, September, Freetown, Sierra Leone.

——— (2014b) 'Follow-up study on public knowledge, attitudes, and practices relating to Ebola Virus Disease (EVD) prevention and medical care in Sierra Leone', Report KAP-2, December, Freetown, Sierra Leone.

Geertz, C. (1983) 'Common sense as a cultural system', in *Local Knowledge: Further essays in interpretive anthropology*, New York: Basic Books, pp. 73–93.

Gire, S. K. et al. (2014) 'Genomic surveillance elucidates Ebola virus origin and transmission during the 2014 outbreak', *Science*, 28 August.

Henao-Restrepo, A. M. et al. (2015) 'Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial', *Lancet*, 386(9996): 857–66, published online 3 August.

Hewlett, B. S. and B. L. Hewlett (2008) *Ebola, Culture and Politics: The anthropology of an emerging disease*, Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Hobart, M. (ed.) (1993) *An Anthropological Critique of Development: The growth of ignorance*, London: Routledge.

James, W. (2003) *The Ceremonial Animal: A new portrait of anthropology*, Oxford: Oxford University Press.

Jedrej, C. (1974) 'An analytical note on the land and spirits of the Sewa Mende', *Africa: Journal of the International African Institute*, 44(1): 38–45.

——— (1976a) 'Structural aspects of a West African secret society', *Journal of Anthropological Research*, 32(3): 234–45.

——— (1976b) 'Medicine, fetish and secret society in a West African culture', *Africa: Journal of the International African Institute*, 46(3): 247–57.

Kamins, A. et al. (2011) 'Uncovering the fruit bat bushmeat commodity chain and the true extent of fruit bat hunting in Ghana, West Africa', *Biological Conservation*, 144(12): 3000–8, doi: 10.1016/j.biocon.2011.09.003.

Karan, A. and T. Pogge (2015) 'Ebola and the need for restructuring pharmaceutical incentives', *J. Glob. Health*, published online 11 February, doi: 10.7189/jogh.05.010303.

Kuper, A. (1998) *Culture: The anthropologists' account*, Cambridge, MA, and London: Harvard University Press.

Lamontagne, F., C. Clément, T. Fletcher, S. T. Jacob, W. A. Fischer II and R. A. Fowler (2014) 'Doing today's work superbly well: treating Ebola with current tools', *New England Journal of Medicine*, 24 September, updated 25 September, NEJM.org., doi: 10.1056/NEJMp1411310.

Lovejoy, P. (2005) 'Kola in the history of West Africa', in *Ecology and Ethnography of Muslim Trade in West Africa*, ch. 4, Trenton, NJ, and Asmara, Eritrea: Africa World Press, pp. 87–127.

Mauss, M. (1973 [1935]) 'Les techniques du corps', *Journal de psychologie*, 32: 271–93, trans. B. Brewster and published as 'Techniques of the body' in *Economy and Society*, 2(1): 70–88, 1973.

McFeat, T. (1972) *Task Group Cultures*, Oxford: Pergamon.

Ministry of Social Welfare, Gender and Children's Affairs, UN Women, Statistics Sierra Leone and Oxfam (2014) Report of the multi-sector impact assessment of gender dimensions of the Ebola Virus Disease (EVD) in Sierra Leone, Freetown, 31 December.

Mogelson, L. (2015) 'When the fever breaks', Letter from West Africa, *New Yorker*, 19 January.

Mokuwa, A. (2015) 'Management of rice seed during insurgency: a case study of Sierra Leone', PhD thesis, Wageningen University, Netherlands.

Mokuwa, E. Y. (2014) 'Speaking truth to power? Using the focus group to make a qualitative assessment of a field experiment in rural development, Report to the International Initiative on Impact Evaluation (3IE), revised after peer review in August 2014; to be submitted for publication.

Moon, S. et al. (2015) 'Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM independent panel on the global response to Ebola', *Lancet*, 22 November, dx.doi.org/10.1016/501406736(15)00946-0.

Nuijten, E. and P. Richards (2011) 'Pollen flows within and between rice and millet fields in relation to farmer variety development in The Gambia', *Plant Genetic Resources: Characterization and Utilization*, doi: 10.1017/514992621110000481.

Nuijten, E., R. van Treuren, P. C. Struik, A. Mokuwa, F. Okry, B. Teeken and P. Richards (2009) 'Evidence for the emergence of new rice types of interspecific hybrid origin in West-African farmer fields', *PLOS ONE*, 4(10), 6 October.

O'Carroll, L. (2015) 'Ebola study finds women in Guinea who appear immune to the virus', *Guardian*, 15 October.

Oosterhoff, P., E. Y. Mokuwa and A. Wilkinson (2015) *Community-based Ebola Care Centres: A formative evaluation*, Ebola Response Anthropology Platform, London School of Hygiene and Tropical Medicine and Institute of Development Studies at the University of Sussex.

Park, D. J. et al. (2015) 'Ebola virus epidemiology, transmission, and evolution during seven months in Sierra Leone', *Cell*, 161: 1516–26, 18 June.

Parsons, B. (1997) 'Change and development in the British funeral industry during the 20th century, with special reference to the period 1960–1994', PhD thesis, University of Westminster.

Picton, P. (2000) *Neural Networks*, 2nd edn, Basingstoke: Palgrave.

Richards, P. (1985) *Indigenous Agricultural Revolution: Ecology and food production in West Africa*, London: Hutchinson.

——— (1986) *Coping with Hunger: Hazard and experiment in a West African rice farming system*, London: Allen and Unwin.

——— (2015) 'A matter of grave concern? Charles Jedrej's work on Mende sodalities, and the Ebola crisis', *Critical African Studies*, 13 November, doi: 10.1080/21681392.2016.1099021.

Richards, P., M. De Bruin-Hoekzema, S. G. Hughes, C. Kudadjie-Freeman, S. S. Offei, S. Kwame, C. Paul and A. Zannou (2009) 'Seed systems for African food security: linking molecular genetic analysis and cultural knowledge in West Africa', *International Journal of Technology Management*, 45: 196–214.

Richards, P., J. Amara, M. C. Ferme, P. Kamara, E. Mokuwa, I. A. Sheriff, R. Suluku and M. Voors (2015) 'Social pathways for Ebola Virus Disease in rural Sierra Leone, and some implications for containment', *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 17 April, doi: 10.1371/journal.pntd.0003567.

Scarpino, S., A. Iamarino et al. (2014) 'Epidemiological and viral genomic sequence analysis of the 2014 Ebola outbreak reveals clustered transmission', *Clinical Infectious Diseases*, 60(7): 1079–82, 18 December.

Schlanger, N. (ed.) (2006) *Marcel Mauss: Techniques, technology and civilisation*, New York/Oxford: Durkheim Press/Berghahn Books.

Sharma, A. et al. (2014) 'Evidence for a decrease in transmission of Ebola virus – Lofa County, Liberia, June 8–November 1, 2014', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention, 21 November, 63(46): 1067–71.

Simmel, G. (1906) 'The sociology of secrecy and of the secret societies', *American Journal of Sociology*, 11: 441–98.

Stadler, T., D. Kühnert, D. A. Rasmussen and L. du Plessis (2014) 'Insights into the early epidemic spread of Ebola in Sierra Leone provided by Viral Sequence Data', *PLOS Currents Outbreaks*, 1, 6 October, doi: 10.1371/currents.outbreaks.02bc6d927ecee7bbd33532ec8ba6a25f.

Sterne, J. (2003) 'Bourdieu, technique and technology', *Cultural Studies*, 17(3/4): 367–89.

Tawney, R. H. (1977 [1926]) *Religion and the Rise of Capitalism*, Harmondsworth: Penguin.

Van der Niet, A. G. (2009) 'Bodies in action: the influence of culture on body movements and skills in football and mundane daily life in post conflict Sierra Leone', Thesis, Research Masters Degree in African Studies, Leiden University.

Weber, M. (1930) *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, trans. T. Parsons, London and New York: Routledge.

Weitz, J. S. and J. Dushoff (2015) 'Modeling post-death transmission of Ebola: challenges for inference and opportunities for control, Nature, *Scientific Reports*, 5, article no. 8751, 4 March, doi: 10.1038/srep08751. WHO (World Health Organization) (2014a) 'Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas', Geneva: WHO, www.WHO/EVD/Guidance/socMob/14.1.

——— (2014b) 'Protocol on safe and dignified burial', apps.who.int/iris/bitstream/10665/137379/1/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf?ua=1.

Zamoyski, A. (2001) *Rites of Peace: The fall of Napoleon and the Congress of Vienna*, London: HarperPress.