

Ebola: face à la rumeur.

Etude des rumeurs et de leur gestion par
l'organisation Médecins Sans Frontières durant
l'épidémie à virus Ebola 2013-2015.

Mémoire de Master I

Marine Decaillet

Sous la direction de Mme Catherine Déchamp-Le Roux.

5/28/2015

Depuis la fin 2013, une épidémie à virus Ebola d'une ampleur et d'une gravité sans précédent affecte plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Urgence de santé publique de portée internationale, cette épidémie s'est accompagnée de nombreuses rumeurs qui ont gêné la réponse apportée par les gouvernements et les organisations humanitaires, au premier plan desquelles MSF. Ce travail tente une analyse des rumeurs apparues autour de l'épidémie d'Ebola 2013-2015 et de la façon dont l'organisation Médecins Sans Frontières a intégré ce phénomène dans sa réponse à l'épidémie.

Remerciements

Je remercie vivement ma directrice de mémoire, Mme Catherine Déchamp-Le Roux pour son soutien, ses encouragements et ses recommandations durant la production de ce mémoire.

Je souhaite aussi remercier Mme Yasmine Al-Kourdid du département de promotion de la santé du centre opérationnel bruxellois de Médecins Sans Frontières pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer un stage au sein de cette organisation, mais aussi pour son soutien, sa confiance, ses commentaires et son accueil chaleureux.

J'aimerais également remercier tout le personnel de Médecins Sans Frontières pour m'avoir ouvert leur porte, ainsi que toutes les personnes qui ont gentiment accepté de prendre le temps de répondre à mes questions et de participer aux entretiens. Leurs contributions m'ont été essentielles.

Je souhaite aussi remercier Audrey Magis pour nos vives discussions au bureau, pour sa sympathie et son soutien.

À Haroun Elghazi pour ses relectures et nombreux commentaires tout au long de la rédaction de ce travail.

Enfin, je souhaite remercier tous mes proches et ceux qui ont contribué à me garder sur le droit chemin dans les moments difficiles et tout particulièrement mon père pour son infinie patience, ses relectures, ses commentaires et corrections et pour avoir supporté mes interminables discours sur le sujet.

Liste des abréviations, sigles et acronymes

- AFP : Agence France-Presse.
- CDC : Center for Disease Control (Centre de prévention des maladies).
- CTE : Centre de traitement Ebola.
- EBC : Espace Bruno Corbé (Centre de Formation de MSF Bruxelles)
- FAQ : Frequently Asked Question (Foire aux questions).
- FHV : Fièvre Hémorragique Virale.
- FHVE : Fièvre Hémorragique Virale Ebola.
- HP : Health promotor (Promoteur de la santé).
- MDM : Médecins Du Monde.
- MOH : Ministry Of Health (ministère de la santé).
- MSF : Médecins Sans Frontières.
- OCB : Operational Center of Brussels (Centre opérationnel de Bruxelles).
- OCP : Operational Center of Paris (Centre opérationnel de Paris).
- ONG : Organisation Non Gouvernementale.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONU : Organisation des Nations Unies.
- PPE : Personal Protective Equipment (Equipement de protection personnel – Combinaison Ebola)
- SIDA : Syndrome d’ImmunoDéficiency Acquis
- UNICEF : United Nations International Children Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l’Enfance.)
- VIH : Virus de l’Immunodéficiency Humaine.
- WATSAN : Water and Sanitation (Eau et Assainissement)

Sommaire

Remerciements.....	P 1
Liste des abréviations, sigles et acronymes.....	P 2
Sommaire.....	P 3
Introduction.....	P 4
Méthodologie.....	P 6
Chapitre 1 : Contexte.	P 10
1.1) <i>Petite histoire des épidémies à virus Ebola.....</i>	p 10
1.2) <i>Rappel du contexte politique et social des pays concernés.....</i>	p 12
1.3) <i>La maladie à virus Ebola (présentation selon le modèle biomédical).....</i>	p 14
1.4) <i>La rumeur.....</i>	p 17
1.5) <i>Anthropologie de la santé.....</i>	p 21
Chapitre 2 : Rumeurs concernant Ebola, causes et conséquences.	P 25
2.1) <i>Présentation des rumeurs.....</i>	p 25
2.2) <i>Les causes de la rumeur : une réaction humaine aux épidémies mortelles ?</i>	p 37
2.3) <i>Conséquences des rumeurs.....</i>	p 40
Chapitre 3 : MSF, Gestion des rumeurs : stratégies et mesures.	P 46
3.1) <i>Présentation de l'organisation.....</i>	p 46
3.2) <i>MSF, une organisation en première ligne ?.....</i>	p 48
3.3) <i>Description des stratégies et mesures mises en œuvre.....</i>	p 53
3.4) <i>La rumeur au sein du centre opérationnel Bruxellois.....</i>	p 70
Chapitre 4 : Discussions	P 84
4.1) <i>Discussion autour des stratégies et mesures de gestion de la rumeur par MSF.....</i>	p 84
4.2) <i>Le rôle de l'anthropologue et les outils de l'anthropologie.....</i>	p 93
Conclusions.	P 98
Bibliographie.	P101
Annexes.	P107

Introduction

Déclarée « Urgence de santé publique de portée internationale » en Août 2014 par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) l'épidémie en cours de maladie à virus Ebola (dite épidémie 2013-2015) est la plus vaste et la plus meurtrière des épidémies à Ebola observées depuis l'identification du virus en 1976. Démarrée en République de Guinée (Guinée-Conakry) fin décembre 2013, cette vingt troisième flambée épidémique de la maladie humaine à virus Ebola est la première à affecter les populations d'Afrique de l'Ouest. Pour la première fois également, des cas confirmés ont été enregistrés hors d'Afrique, sur deux continents différents, en Europe et aux Etats-Unis. A ce jour, en dépit des efforts développés, l'épidémie n'est toujours pas maîtrisée.

D'une ampleur et d'une gravité sans précédent, cette épidémie d'une maladie pour laquelle il n'existe encore ni vaccin ni traitement étiologique a suscité de très vifs émois et l'émergence de nombreuses rumeurs dans les pays directement touchés comme au-delà.

Au départ, intriguée par le phénomène de la rumeur en santé et choquée par les ravages de l'épidémie, il nous semblait intéressant dans le cadre de la préparation de ce mémoire de master, de chercher à mieux comprendre les rumeurs autour d'Ebola. Tenter de mieux connaître leurs natures et spécificités, leurs origines et leurs conséquences directes, paraissait être une bonne approche pour « *donner du sens à des comportements jugés aberrants du point de vue de la logique épidémiologique médicale* »¹ généralement perçus comme nés d'un manque d'information, voire de l'ignorance des populations locales. Après avoir replacé le sujet dans son contexte, le chapitre II de ce mémoire présentera les résultats de nos observations sur les rumeurs autour d'Ebola.

La lenteur de la réaction initiale- tant des gouvernements des pays concernés au premier chef que de la communauté internationale- a généré et continuera de susciter nombre de débats et controverses. Si l'OMS est souvent critiquée pour ses silences et son inaction dans la phase initiale de l'épidémie, le rôle joué par l'organisation humanitaire Médecins sans Frontières (MSF) dans l'identification du risque épidémique, la mise en place et le développement de la réponse sur le terrain est, lui, le plus souvent salué. En dépit des moyens considérables mobilisés pour porter secours aux populations de Guinée, de Sierra Leone et du Liberia et pour assister des gouvernements dépassés par l'ampleur de l'épidémie, l'organisation a dû faire face à de nombreuses résistances de la part des populations concernées. Des rumeurs les accusaient d'inoculer volontairement le virus, de dissimuler des intérêts mercantiles, ou plus largement, niaient l'existence même de la maladie. Elles ont eu pour conséquences de rendre plus complexe la mise œuvre des procédures visant à endiguer l'épidémie.

¹ Alain Epelboin, « *L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ?*, Bulletin Amades [En ligne], 78 | 2009. URL : <http://amades.revues.org>

Puisque les rumeurs concernant la maladie affectent le travail de l'ONG et l'efficacité de la réponse il semblait pertinent, dans un second temps, de questionner les stratégies mises en place pour gérer ce phénomène social. Dans la mesure où il ne nous était pas possible d'aller directement sur le terrain, un rapprochement par observation participante au sein de MSF est apparu comme une option judicieuse. Par ailleurs, un questionnement sur l'existence de rumeurs au sein même de MSF et de son siège Bruxellois s'est imposé. Le chapitre III de ce mémoire présentera l'organisation, le rôle qu'elle a eu dans la lutte contre l'épidémie, puis il tentera de montrer quelles stratégies et mesures sont mises en œuvre par MSF pour réduire l'apparition, la diffusion et l'impact de ces rumeurs dans les pays touchés.

Au départ, ce mémoire visait à répondre à trois grands questionnements:

- 1- Quelles sont les rumeurs autour de l'épidémie d'Ebola de cette année ? Quelles sont leurs conséquences et leurs causes ?
- 2- Comment l'organisation Médecins Sans Frontières a-t-elle intégré ce phénomène dans sa réponse à l'épidémie ?
- 3- Que sait le personnel du Centre opérationnel de Bruxelles des rumeurs concernant Ebola ? Comment les expliquent-ils ? Il y a-t-il des rumeurs au sein même de MSF Belgique ?

Au fil de ce travail, ces problématiques principales ont évolué. Des questions sur le rôle même de l'anthropologie de la santé et des anthropologues dans la réponse humanitaire sont apparues; en particulier sur les relations entre l'anthropologie et ceux qui du côté de la médecine et de la santé publique, angoissés et pressés, souhaitent trouver des recettes toutes faites. Aussi, dans le quatrième et dernier chapitre, avec la discussion des résultats de nos observations, nous tenterons une réflexion sur le rôle de l'anthropologue dans la réponse aux rumeurs et aux crises sanitaires.

Méthodologie

La rumeur, phénomène social complexe, est difficilement quantifiable. Une approche plus qualitative que quantitative a donc été préférée pour ce travail. Le sujet y est abordé selon une démarche inductive.

La méthodologie relève d'un usage croisé des techniques de recueils de données:

- En premier lieu, une lecture de la littérature scientifique (multi-disciplinaire) sur le phénomène de la rumeur, la maladie à virus Ebola et les contextes dans laquelle elle apparaît mais aussi sur l'anthropologie de la santé en général.
- Ensuite, une compilation des articles journalistiques disponibles sur internet faisant directement ou indirectement références aux rumeurs concernant l'épidémie à virus Ebola de 2013-2015.

L'obtention du statut de stagiaire au sein du siège de Médecins Sans Frontières à Bruxelles, devenu notre terrain, a permis de mettre en pratique les techniques d'observation directe et participante et de nous rendre accessible de nombreuses données internes à l'organisation.

Afin d'obtenir une image des représentations et opinions concernant la rumeur et ses modes de gestions, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès du personnel de MSF. Ils nous ont, non seulement permis de confirmer la réalité des rumeurs en Afrique de l'Ouest rapportées par les médias, mais aussi d'observer si des rumeurs existaient au sein même de l'organisation.

L'entretien semi-directif a été préféré à d'autres formes pour sa flexibilité et sa capacité à libérer la parole. Un premier guide d'entretien a été établi et sa pertinence testée à l'aide de deux entretiens exploratoires. Une version définitive a ensuite été produite.² Les questions visaient à observer comment les participants : expliquent le rôle de MSF dans la lutte contre Ebola, ont vécu ce contexte d'urgence³, expliquent l'émergence et la propagation de rumeurs et apprécient la gestion de ces rumeurs par l'organisation.

A partir de la population parente (le personnel de MSF Belgique), un échantillon non statistiquement représentatif a été choisi de façon raisonnée. Afin de refléter la diversité des points de vue et des opinions des membres du siège Bruxellois et dans le but d'observer la présence potentielle de rumeurs autour d'Ebola, nous avons fait appel autant à du personnel ayant une expérience concrète de cette épidémie de fièvre hémorragique qu'à du personnel n'ayant pas directement travaillé sur des projets

² Annexe n°II.

³ Dans les questions concernant le vécu de la « situation Ebola » au sein du siège, nous espérions observer l'existence ou non des rumeurs au sein même du siège.

concernant le virus. L'organisation ayant en son sein une répartition de 60% de femmes et 40% d'hommes, nous avons souhaité respecter celle-ci dans notre échantillon. Aucune autre distinction entre les participants n'a été faite.

Les participants ont principalement été sollicités par e-mail. Sur la trentaine de personnes contactées, nous avons obtenu 10 non réponses. Le manque de temps et de disponibilité est la raison principale avancée au refus de participer.

Les entretiens ont eu lieu au sein même du siège et selon les disponibilités du personnel. Au total, dix-neuf entretiens, d'une durée moyenne d'une heure ont été réalisés et retranscrits⁴. Afin de respecter la confidentialité des propos recueillis, tous les noms des participants ont été modifiés lors de la retranscription.

Le terrain :

Au départ, nous souhaitions prendre contact avec plusieurs ONG dans le but de nous entretenir avec du personnel ayant été dans chacun des trois pays touchés par le virus Ebola. Pour cela, nous avons d'abord sollicité par courrier électronique trois grandes organisations: La Croix-Rouge de Belgique, Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières. La Croix-Rouge, bien qu'intéressée par le travail, nous a fait savoir qu'ils n'étaient pas actifs sur le terrain et que par conséquent, ils n'étaient pas en mesure de répondre à nos questions. Médecins du Monde n'a jamais répondu à nos sollicitations. Suite à une première réponse positive de la part de Médecins Sans Frontières, un deuxième contact avec le centre opérationnel de Bruxelles a eu lieu en Novembre 2014.

La direction de MSF et tout particulièrement le département de promotion de la santé ont alors exprimé un grand intérêt pour notre travail. Après discussions, le département médical nous a offert la possibilité d'obtenir le statut de stagiaire afin d'avoir accès aux données internes de l'organisation et d'être au plus près de ses équipes.

Le stage s'est déroulé du 15 décembre 2014 au 1er avril 2015 au siège de MSF Belgique qui est véritablement devenu notre terrain. Ce stage nous a permis de mettre en pratique plusieurs techniques d'observation directe. En tant que simple observateur nous avons pu assister à trois réunions organisées par MSF; chacune de ces réunions a été l'occasion d'une prise intensive de notes dans notre journal de terrain. La première visait à tester sur le personnel de MSF la pertinence des techniques de promotion de la santé utilisées sur le terrain. La seconde réunissait par vidéoconférence les directeurs opérationnels basés à Bruxelles et deux anthropologues sur le terrain. Enfin, la troisième

⁴ Dans le cadre des limites de temps et de disponibilités des participants, ce nombre nous a paru satisfaisant, peu de nouveaux éléments faisant surface au cours des derniers entretiens.

réunion à laquelle nous avons assisté concernait à la fois la gestion des centres d'isolement Ebola au Libéria et les futurs protocoles relatifs aux essais cliniques.

Le statut de stagiaire nous a aussi donné la possibilité d'appliquer les méthodes d'observation participante et de collecter activement des données internes à l'organisation. Ainsi nous avons participé à une formation intensive spécifique à Ebola de deux jours visant à former des personnes (membres de MSF et d'autres ONG) en partance vers un des pays concernés. Nous rendrons compte de cette expérience dans la partie *description des stratégies* de notre mémoire.

Notre présence au siège de MSF deux jours par semaine, nous a aussi permis de créer des liens avec le personnel auprès de qui nous avons pu obtenir des réponses à nos questions lors de discussions informelles. MSF a également mis à notre disposition les rapports hebdomadaires concernant l'évolution de la situation Ebola dans les trois principaux pays et le carnet d'adresse électronique de l'ensemble de son personnel.

Le statut de stagiaire nous a permis d'être rapidement intégrée dans l'organisation et notre présence n'a jamais été remise en question. L'affectation à un premier bureau puis à un second a contribué à cette intégration. Le personnel de MSF s'est montré accueillant et intéressé par notre champ de travail comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« Juste au niveau de l'anthropologie en général chez MSF, je suis content que tu puisses faire ce stage, parce que l'anthropologie chez MSF ça manque. On a besoin de gens comme toi qui rapprochent ce qu'on est nous : une ONG européenne dans la culture et les soins que l'on donne. »

[Extrait de l'entretien avec Martin]

L'usage du tutoiement, quels que soient l'âge et la fonction des personnes, est la norme au sein de l'OCB. Afin de ne pas créer une distance inutile avec le personnel, nous avons opté pour l'utilisation de ce pronom personnel. De façon générale, dans les bureaux de l'OCB la langue française prédomine; l'anglais et, dans une moindre mesure, le néerlandais y sont également parlés. Nombre des membres du personnel échangent dans une langue qui n'est pas leur langue maternelle. Dans ce contexte, le langage des interviewés est souvent très direct et relève plutôt du langage quotidien.

Difficultés de l'enquête.

Les quelques difficultés auxquelles nous avons dû faire face sont principalement liées à des questions de disponibilité des participants ainsi qu'à des problèmes de réservation de salle au sein du siège qui ont eu pour conséquences d'interrompre momentanément plusieurs entretiens. Enfin, durant la durée de notre stage, le siège de MSF a déménagé d'un local excentré vers de nouveaux bureaux en plein centre de Bruxelles ; ce qui a eu comme conséquence de réduire pendant un court laps de temps –une semaine- la disponibilité du personnel.

Durant la formation de deux jours pour ceux concernés par un premier départ sur un terrain Ebola, nous nous sommes aussi questionnée sur notre position. Nous y étions présentée comme étudiante en anthropologie venant pour une simple observation. Cependant nous avons rapidement été intégrée aux activités du groupe. Cette position quelque peu ambiguë nous paraissait source de confusion. Nous ne savions plus véritablement qu'elle position adopter, celle de simple observateur ou celle d'un observateur participatif. Après hésitation, nous avons fait le choix de nous intégrer complètement au groupe et d'agir selon les principes de l'observation participante.

Enfin, ce travail a suscité de l'intérêt et nombre de demandes de réflexion sur des aspects particuliers du contexte et/ou de la problématique. Ces demandes ont eu pour conséquence d'ouvrir simultanément plusieurs fronts de recherche, ce qui a demandé un effort régulier de recentrage sur les questions premières.

Chapitre I : Contexte.

Pour commencer, il nous faut d'abord rendre compte du contexte et énoncer les concepts principaux auxquels nous nous référons. Dans un premier temps nous présenterons une courte histoire des épidémies à virus Ebola et la maladie elle-même (selon une approche biomédicale). Nous ferons ensuite une lecture la littérature entourant le phénomène de la rumeur, puis nous soulignerons le rôle de l'anthropologie de la santé et ses applications possibles dans le contexte des épidémies et crises sanitaires et humanitaires.

1.1) Petite histoire des épidémies à virus Ebola

En 1976, une épidémie de fièvres hémorragiques particulièrement sévères survient dans une région reculée d'Afrique centrale. Sur les 318 personnes atteintes, près de 9 sur 10 décèdent. La même année, l'agent responsable de la maladie, un filovirus jusque-là inconnu, est identifié par le Dr Peter Piot de l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers. Cet agent sera nommé virus Ebola, du nom de la rivière qui traverse la zone touchée, aux confins du Zaïre (depuis 1997 République Démocratique du Congo-RDC) et du Soudan.

Jusqu'à la fin des années 80, la maladie n'est plus observée. Mais au milieu des années 90, trois flambées épidémiques distinctes sont enregistrées au Zaïre (1995) et au Gabon (1995-96). Des cas isolés sont également décrits en Côte d'Ivoire (1994) et Afrique du Sud (1996).

Les années 2000 voient enregistrer pas moins de 10 nouvelles flambées à Ebola, en Ouganda (2000, 2007), au Congo-Brazzaville (2001, 2003, 2003 2005) en République Démocratique du Congo (2007, 2009), au Gabon (2001) et au Soudan (2004).

En 2011, un cas isolé est signalé en Ouganda et en 2012, deux petites flambées sont signalées en Ouganda et au Soudan. A l'été 2014, une épidémie frappe à nouveau la RDC.

Si l'on excepte les cas isolés mentionnés et l'épidémie survenue depuis la fin 2013 en Guinée, au Sierra Leone et au Libéria, la maladie est toujours apparue dans des régions forestières reculées, sous la forme de « petites » flambées épidémiques touchant de quelques dizaines à quelques centaines d'individus appartenant aux mêmes familles ou communautés villageoises. Au total, sur l'ensemble des épidémies survenues entre 1976 et 2012, moins de 2400 cas ont été recensés, occasionnant 1590 décès (taux de létalité moyen : 66%).

Début Mai 2015, en Afrique de l'Ouest, près de 26636 cas (confirmés, probables ou suspectés) de cette maladie et plus de 10 980 décès avaient été enregistrés ; pour l'essentiel concentrés sur la Sierra Leone (48% des cas, 36% des décès), le Libéria (39% des cas, 42% des décès) et la Guinée (13% des

cas, 21% des décès). A cette date, le taux de létalité moyen sur l'ensemble de la zone concernée était voisin de 40%⁵.

L'ampleur de cette épidémie s'explique en partie par la géographie, cette flambée s'étant déclarée dans un espace connu pour être un carrefour commercial entre les trois pays principalement touchés :

« Clairement, à la question : qu'est ce qui fait la différence entre cette épidémie et les précédentes ? Une des premières choses, c'est que c'était très vite à un endroit qui était un carrefour commercial [...] le triangle entre les trois pays qui forment la région entre la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, juste dans ce point-là qui est un carrefour commercial. C'est parti de là, c'est remonté très facilement sur Conakry, c'est parti vers Monrovia, dans Loufa et de là à Monrovia et c'est descendu très rapidement vers Freetown. [...] la diffusion a été beaucoup plus importante. [...] Je crois que ça, ça a participé. Le fait que ce soit tombé sur un endroit commercial, où il y avait beaucoup d'échanges, et à une saison où il y avait beaucoup de trafic, fait que ça a contribué à la dissémination. » [Extrait d'entretien avec Julien]

La géographie n'explique cependant pas à elle seule tous les facteurs et caractéristiques qui font la particularité de cette épidémie et de nombreuses zones d'ombres persistent comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« Il y a des questions non répondues, qui sont de dire : est-ce que le virus actuel est différent de ce qu'il était ? Est-ce qu'il s'est adapté et (plus) transmissible ? Parce qu'avant il était fulgurant, il tuait tout. [...] Là, une des différences, (c'est) déjà : comment c'est arrivé en Afrique de l'Ouest, c'est LA grosse interrogation. [...] l'autre chose qui est très différente, c'est qu'en Ouganda ou dans le Congo tu as souvent eu des signes hémorragiques, ce qui est une exception dans tout le bassin de l'Afrique de l'Ouest. Ça c'est des questions auxquelles il faudra répondre après. » [Extrait d'entretien avec Julien]

Tant par la vaste zone géographique concernée, l'atteinte des espaces urbains et une symptomatologie atypique que par le nombre de cas et de décès, l'épidémie en cours depuis Décembre 2013 en Afrique de l'Ouest est véritablement sans précédent.

⁵ OMS, *Ebola situation report*, 13 mai 2015. URL : <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report-13-may-2015>

1.2) Rappel du contexte politique et social des pays concernés

L'Afrique de l'Ouest, pour la première fois en 2013-2015 concernée par une épidémie à virus Ebola, est une vaste région géographique formée de 13 pays côtiers et sahéliens et une communauté de peuples très divers.

L'histoire pré-coloniale de la région est marquée par la succession jusqu'au 16^{ème} siècle de grands empires (Ghana, Mali, Songhai) morcelés par la suite en royaumes plus ou moins étendus et en cités (Tombouctou, Gao...). Après l'effondrement de l'empire Songhai, la région a été profondément affectée par les traites négrières, principalement la traite atlantique et le commerce d'esclaves à destination des Amériques et de la Caraïbe. La conférence de Berlin en 1885 marque elle le début d'un processus de colonisation de la région par des puissances européennes (France, Royaume-Uni, Allemagne, Portugal) qui durera jusqu'au milieu des années 60. (NB : le Libéria est un pays indépendant depuis 1847 et le Cap-Vert et la Guinée Bissau, anciennes colonies portugaises n'accéderont à l'indépendance seulement dans les années 80). Depuis, engagés dans un processus de décolonisation, les pays de la région ont tous connu une grande instabilité politique et pour nombre d'entre eux des conflits internes voire des guerres civiles que la création en 1975 de la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest n'a pas véritablement pu enrayer.

Peuplée de près de 350 millions d'habitants, la région connaît un très fort taux d'accroissement démographique, supérieur à 2% par an, qui conduit en moyenne à un doublement de la population en 20 à 30 ans.⁶ A la natalité très forte viennent s'ajouter des migrations importantes entre les pays, essentiellement vers les pays côtiers. S'il s'agit pour l'essentiel de migrations économiques et d'exode rural, les conflits et guerres civiles ont également provoqué de nombreux déplacements de population. Entre les pays et entre les régions d'un même pays, la mobilité saisonnière ou temporaire contribue également à un brassage des populations qui peut favoriser la propagation de certaines affections (cf SIDA).

Au plan économique, les pays de cette région sont parmi les plus pauvres du monde et pour l'essentiel dépendants de ressources agricoles (cacao, hévea..) et naturelles (pétrole, gaz, diamant, or, phosphates, bauxite...). Liée à ces ressources aux prix très fluctuants sur le marché mondial, la croissance économique est souvent en dent de scie même si elle reste relativement forte depuis le début des années 2000 (supérieure à 6% en 2012 et 2013).⁷

Au plan social, comme en attestent les données du Programme des Nations Unies pour le Développement-PNUD, malgré d'indéniables progrès au cours des dernières décennies, les niveaux d'éducation et de santé et l'indice de développement humain restent parmi les plus bas du monde.

⁶ Source : FNUAP.

⁷ Source : Banque Mondiale.

Comme dans le reste de l'Afrique Sub-Saharienne, le taux de pauvreté (seuil à 1,5 US\$ par jour et par personne) a baissé au cours des dernières décennies mais demeure encore très élevé, généralement très supérieur à 50% de la population.⁸

Au plan culturel, la région est caractérisée par l'existence de très nombreux groupes ethniques et, même si les langues officielles restent celles des colonisateurs (français, anglais, portugais), par une très grande diversité des langues et dialectes effectivement parlés. Bien que les situations en matière religieuse soient très variables d'un pays à l'autre, avec cependant une prédominance de l'islam et du christianisme, partout l'influence de la religion, y compris dans ses variantes intégristes, paraît très forte et contribue, avec la quête d'une identité africaine et d'un retour à la « tradition », à un certain conservatisme des valeurs. Malgré les migrations, l'urbanisation et autres bouleversements sociaux en cours, les individus continuent généralement d'être liés par d'intenses solidarités et obligations familiales et sociales. Au-delà de leur aspect financier, ces solidarités et obligations, notamment en cas de mariage, de maladie ou de décès conduisent à de fréquents déplacements entre villes et zones rurales.

L'histoire ancienne et plus récente des pays de la région expliquent en grande partie le climat de défiance vis à vis non seulement des étrangers occidentaux, des « blancs », mais aussi des autorités nationales et locales. Comme le souligne Alain Epelboin pour la Guinée mais qui paraît être en fin de compte vrai pour toute la région, les populations d'Afrique de l'Ouest ont une tradition de méfiance voire d'opposition et de résistance aux pouvoirs en place et à ceux venus d'ailleurs. Cela conduit même Cheikh Ibrahima Niang, anthropologue de l'université de Dakar au Sénégal, à qualifier l'épidémie en cours « d'épidémie post-coloniale ». L'urbanisation ultra-rapide et la transformation des modes de vie comme la forte proportion de jeunes dans la population et la difficulté pour eux, y compris pour les diplômés, de trouver un emploi (formel ou informel) rémunérateur contribuent à renforcer les tensions sociales et à créer un climat social troublé, explosif ; ce que d'aucuns appellent une « poudrière sociale ».

La Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, respectivement peuplés de 11, 4 et 6 millions d'habitants, ne font pas exception dans ce tableau.

S'ils diffèrent par certains aspects de leur géographie et de leur peuplement, de leur histoire ou par certaines caractéristiques (entre autres par la religion dominante, Islam en Guinée et Sierra Leone, Christianisme au Libéria) ces trois pays ont beaucoup en commun. Pauvres parmi les plus pauvres, ils occupent par exemple les dernières places du classement mondial de l'indice de développement humain 2013, respectivement à la 180^{ème}, 176^{ème} et 184^{ème} place sur la liste des 188 pays concernés.⁹ Ils ont également en commun une histoire récente très troublée, notamment marquée par la guerre

⁸ Source : PNUD

⁹ Ibid.

civile de Sierra Leone (1991-2002) qui a causé la mort de près de 200 000 et le déplacement de plus de 2 millions de personnes, certaines toujours réfugiées en Guinée. Dans ces trois pays, l'administration publique souffre de nombreux maux et reste peu efficace quand elle n'est pas largement discréditée. Les structures de santé, affaiblies par un financement très insuffisant et le manque de ressources humaines qualifiées, restent peu performantes. Avec une dépense publique de santé per capita très faible, de l'ordre de quelques dollars US par an et par personne et une capacité à payer très limitée des populations, les systèmes de santé peinent à offrir des services préventifs et des soins de qualité à plus qu'à une minorité. Pris par bien d'autres priorités, les pouvoirs publics négligent quelque peu la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles et doivent faire appel à la solidarité et l'aide internationale en cas de problème.

Sur fond de mondialisation et de transformations sociales radicales et à pas forcés, les différents modèles explicatifs (bio-médical, religieux, traditionnel...) co-existent et les influences religieuses, culturelles ou traditionnelles sont promptes à se manifester. Les patients et leurs familles, face au « bon choix », souvent peu ou mal informés, sont hésitants et les parcours thérapeutiques en deviennent sinueux.

La zone forestière d'où est partie l'épidémie en cours est à la rencontre de ces trois pays et le lieu d'intenses échanges économiques et sociaux tant transfrontaliers que nationaux. Cette région très affectée par les guerres civiles et les violents combats des années 2000 connaît une instabilité politique et sociale particulière, fréquemment accompagnée d'affrontements entre groupes, principalement sur une base ethnique ou religieuse mais aussi parfois économique (par exemple, agriculteurs contre éleveurs). Comme le souligne Alain Epelboin dans son rapport sur l'épidémie en Guinée, la défiance vis à vis des pouvoirs et autorités qui accompagne «-un ressenti d'humiliation, de discrimination, voire d'oppression» y est très marquée.

1.3) La Maladie à virus Ebola: (Présentation selon le modèle biomédical).

La maladie à virus Ebola, parfois appelée Fièvre Hémorragique à Virus Ebola (FHVE), est une maladie grave, souvent mortelle, touchant l'homme et les primates.

La FHVE se distingue par de nombreux aspects des autres fièvres hémorragiques virales (fièvre jaune, dengue, fièvre de la vallée du Rift, fièvres hémorragiques Congo-Crimée, Lassa...). Tout comme la fièvre de Marburg, l'agent responsable est un filovirus de la famille des Filoviridae. Les virus du genre Ebolavirus appartiennent à cinq espèces répertoriées : Zaïre, Soudan, Reston, Forêt de Taï et Bundibugyo. La flambée en cours (2013-2015) est liée au virus de l'espèce Ebola Zaïre.

Le réservoir naturel des Ebolavirus est très probablement constitué par des chauves-souris frugivores (porteuses saines) vivant dans les forêts tropicales. Le virus peut également affecter d'autres mammifères sauvages, notamment des porcs-épics, des singes, des antilopes et des primates non-humains (chimpanzés, gorilles).

Le virus Ebola peut résister hors de ses hôtes et garder son pouvoir infectieux pendant plusieurs jours, tant en milieu humide/liquide que sur des matières sèches et tant à température ambiante qu'au froid. Il est sensible à la chaleur (> à 60°C), aux ultraviolets ainsi qu'à certains agents chimiques (détergents, eau de Javel, méthanol...).

Le patient zéro (patient index) est généralement contaminé lors de la manipulation (ou de l'ingestion de leur viande) d'animaux sauvages porteurs sains, malades ou morts. Si ce mode de contamination reste rare, il est nécessaire au démarrage de l'épidémie. Dans le cas de la flambée en cours (2013-2015), les épidémiologistes pensent que ce premier patient est un enfant de 2 ans, originaire de la localité de Méliandou (préfecture de Guéckédou, région de Nzérékoré) en Guinée mais l'origine animale du virus n'a pas été retrouvée.¹⁰

Au-delà, la transmission est interhumaine, lors de contacts directs non protégés avec des liquides corporels (vomissements, excréments, urine, salive, larmes, sueur, sperme, lait maternel, sang...) d'une personne infectée ou par contact avec des matériaux (vêtements, draps...) contaminés par ces liquides. Un des modes de transmission fréquemment évoqué est la pratique de rites funéraires consistant à toucher, laver et préparer les corps des défunts. La pratique de ces rites est généralement considérée comme un mode de diffusion important de la maladie puisque la charge virale atteint son paroxysme au moment de la mort et dans les jours qui suivent. La transmission nosocomiale (à l'occasion d'une hospitalisation, par des personnels soignants ou par d'autres patients) est toujours possible et fréquente si les procédures de prévention de cette transmission ne sont pas strictement appliquées. Dans les structures sanitaires manquant de ressources pour lutter contre le virus, ce mode de transmission est tout particulièrement récurrent. Un pourcentage élevé de malades dans le personnel soignants est d'ailleurs un facteur permettant aux épidémiologistes de distinguer la présence potentielle d'Ebola d'autres Fièvres hémorragiques ou virus.

Suite à l'exposition, pendant la période asymptomatique, qui peut durer de 2 à 21 jours, le patient infecté n'est pas contagieux. La contagiosité apparaît avec les premiers symptômes et augmente par la suite si le patient ne développe pas une bonne réponse immunitaire. Si la réponse immunitaire est suffisante, la concentration de virus dans les liquides corporels diminue progressivement jusqu'à la

¹⁰ OMS, *Alerte au niveau (GAR)*, Septembre 2014 URL : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr>

guérison complète. On note néanmoins que le sperme peut rester contagieux « jusqu'à sept semaines après la guérison clinique »¹¹.

En moyenne, les premiers symptômes apparaissent entre 4 et 9 jours après la contamination. Ils consistent généralement en des symptômes non spécifiques et peuvent associer fatigue, fièvre de type grippal, maux de tête et de gorge, douleurs musculaires, articulaires et/ou abdominales, éruptions cutanées, nausées et vomissements, diarrhées...etc. Au-delà des fréquentes conjonctivites hémorragiques, des hémorragies (internes et/ou externes) peuvent également apparaître avec rejet de sang possible par tous les orifices naturels. Pour les femmes enceintes, la perte du fœtus est habituelle à ce stade et s'accompagne de saignements importants. L'aggravation des symptômes, notamment des troubles de la coagulation sanguine, la survenue de défaillances viscérales (hépatiques, rénales) et du système nerveux signe l'entrée dans la phase terminale de la maladie, le décès des malades étant du à une défaillance généralisée des organes et un choc terminal.

Le taux de létalité (% des décès rapportés au nombre de cas) de la maladie à virus Ebola peut varier fortement d'une flambée à l'autre et, dans le cas de l'épidémie 2013-2015 d'une zone à l'autre. En moyenne autour de 50%, ce taux de létalité a pu varier de 25 % (Ouganda, 2008) à 90 % (Zaïre, 2003). A ce jour, le taux de létalité observé au cours de l'ensemble de l'épidémie 2013-2015 est de 41%.¹²

Le diagnostic purement clinique est difficile, les symptômes, surtout au début, n'étant pas spécifiques et pouvant s'apparenter à ceux de nombreuses autres maladies, fréquentes dans les zones concernées (paludisme, typhoïde, choléra...). Bien évidemment, la maladie est plus facilement suspectée après la confirmation biologique d'un ou plusieurs autres cas opérée dans le cadre de l'investigation épidémiologique de plusieurs cas rapprochés de décès inexpliqués. La confirmation biologique demande du temps et des moyens techniques ainsi que des savoirs faire particuliers très rarement disponibles dans les zones concernées. Des tests rapides sont à l'étude mais pas encore utilisables à large échelle. Enfin, la manipulation des échantillons prélevés est à hauts risques et doit être faite en observant des précautions très strictes.

Il n'existe à ce jour aucun vaccin permettant de prévenir l'apparition de la maladie ou de bloquer/réduire sa transmission. Il n'existe également aucun traitement s'attaquant au virus et permettant de guérir les malades. Cependant des essais cliniques sont actuellement en cours pour vérifier l'efficacité de traitements antiviraux et de candidats vaccins. Sur le terrain et hors de ces essais cliniques, on dispose seulement de moyens et médicaments permettant de traiter les symptômes de la maladie et par là d'en atténuer la létalité.

¹¹OMS, *Ebola situation report*, 13 mai 2015. URL : <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report-13-may-2015>

¹² *Ibid.*

L'essentiel des efforts sur le terrain se concentre donc sur l'isolement et la prise en charge des personnes atteintes et la prévention de la transmission du virus par tout un ensemble de mesures d'hygiène et de santé publique tant dans la société qu'au sein même des centres médicaux. C'est la mise en place de ces centres et la mise en œuvre des mesures d'hygiène et de santé publique qui constitue aujourd'hui la réponse organisée aux flambées épidémiques, la gestion de l'épidémie.

Si ces mesures visant à gérer et finalement éteindre la flambée épidémique sont relativement bien connues et efficaces, elles n'en restent pas moins difficiles à mettre en œuvre. Elles impliquent en effet de déployer des moyens et des efforts importants et soutenus dans des contextes difficiles, particulièrement troublés. La mise en œuvre de telles mesures suppose également un consentement et une participation active de la population concernée et des changements, au moins temporaires, de comportements, habitudes, pratiques et rituels, pas nécessairement «traditionnels», mais très ancrés dans la culture et la société locale.

1.4) La rumeur

La rumeur est un phénomène social.¹³ Sous des formes souvent différentes, parfois récurrentes, elle semble apparaître de façon « mystérieuse » et « spontanée » dans le corps social. Bien que cette appellation ne fasse pas l'unanimité, elle a parfois été qualifiée de « *plus vieux média du monde* »¹⁴. Plus généralement, les chercheurs s'accordent à dire que sa définition ne fait pas consensus. Jean-Noël Kapferer explique : « *Chacun croit savoir reconnaître une rumeur quand il en rencontre une, mais personne n'arrive à en donner une définition satisfaisante.* »¹⁵ Françoise Reumaux fait même du caractère indéfinissable de la rumeur un de ses critères de définition.¹⁶ Dans un article portant sur la rumeur, le ragot et la légende urbaine, Nicholas DiFonzo et Prashant Bordia racontent : « *Ainsi les participants à un colloque interdisciplinaire sur la rumeur et la légende n'ont pu se mettre d'accord sur ce qui les distingue, pas plus que les spécialistes de la rumeur et du ragot, réunis à un colloque de psychologie sociale n'ont pu décider des caractéristiques de l'une ou de l'autre. Voilà quelque temps déjà que ce flou conceptuel a été mis en évidence. Et même si la notion de rumeur est désormais mieux définie, des ambiguïtés demeurent.* »¹⁷ Les critères de définitions de la rumeur forment un cadre trop perméable pour en dessiner les frontières exactes. Elle est donc difficilement définissable malgré tout l'engouement pour le sujet depuis la seconde guerre mondiale.¹⁸

¹³ Selon la définition d'Emile Durkheim dans *Les Règles de la méthode sociologique*, Nouvelles Edition, Flammarion, Paris, 2010, p.108.

¹⁴ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

¹⁵ Ibid., p 10.

¹⁶ Reumaux, Françoise, *traits invariants de la rumeur*, in. Communication, 52,1990, pp 141-159

¹⁷ DiFonzo Nicholas et Bordia Prashant, « *Rumeurs, ragots et légendes urbaines* » Contextes, fonctions et contenus, Diogène, 2006/1 n°213, p 23-45.

¹⁸ Froissart, Pascal, *La Rumeur*, Paris, Belin, 2002.

En 1947, Allport et Postman, deux psychosociologues considérés comme les pères fondateurs de la recherche dans le domaine, la définissent comment étant une : « *proposition liée aux événements du jour destinée à être crue, colportée de personne en personne, d'habitude par le bouche à oreille, sans qu'il existe de données concrètes permettant de témoigner de son exactitude.* »¹⁹ La transmission de bouche à oreille est pour eux un élément important, base de leur protocole expérimental. Dans *La rumeur d'Orléans*, Edgard Morin accorde une importance similaire à ce mode de transmission. L'auteur définit une rumeur comme étant « à l'état pur » si « *l'information circule toujours de bouche à oreille, en dehors de la presse, de l'affiche, même du tract ou du graffiti.* »²⁰ Pourtant l'existence de rumeurs propagées par usage de tracts ou par internet est largement reconnue par les chercheurs. C'est le cas du « tract de Villejuif ». Apparue en 1976 sous la forme d'une page dactylographiée, puis photocopiée à grande échelle, ce document recense une liste d'additifs alimentaires –dont l'acide citrique- prétendument cancérigènes et attribué à l'hôpital de Villejuif en France. Malgré des démentis répétés de la part de l'hôpital, le tract a continué à se propager, y compris dans toute l'Europe. Une copie électronique existe désormais et réapparaît épisodiquement sur internet.²¹ La rumeur n'est donc pas limitée dans ses modes de transmission au bouche à oreille ni même au tract.

Si les spécialistes de la communication, les psychologues et les sociologues se sont fortement intéressés à la rumeur, c'est qu'elle est par nature un acte d'échange entre humains. Shibutani dit : « *Les rumeurs sont des nouvelles improvisées résultants d'un processus de discussion collective.* »²² Cette définition a le mérite de replacer ce phénomène dans un processus de dynamique sociale.

Dans la définition de la rumeur donnée par Allport et Postman, les auteurs précisent qu'elle est « *liée aux événements du jour* ». D'autres spécialistes ont eux-aussi souligné ce rapport à l'actuel, au présent. Robert H. Knapp la définit comme étant : « *Une déclaration destinée à être crue, se rapportant à l'actualité et répandue sans vérification officielle.* »²³ Peterson et Gist la présentent comme « *Un compte rendu ou une explication non vérifiés, circulant de personne à personne et portant sur un objet, un événement ou une question d'intérêt public.* »²⁴ La rumeur, bien qu'elle puisse réapparaître à des moments et des endroits différents, est avant tout, ancrée dans le présent.

Edgar Morin a posé une deuxième condition pour qualifier un récit de « *rumeur à l'état pur* ». Lorsqu'il parle de la rumeur de la traite des blanches, l'auteur dit : « *Il n'y a aucune disparition dans la ville et plus largement aucun fait qui puisse servir de point de départ ou d'appui à la rumeur* »²⁵ La véracité d'une rumeur est souvent fortement questionnée, pourtant les « rumeurs fondées » comme on

¹⁹ Allport G.W, Postman L, *An analysis of rumor*, Public Opinion Quarterly, 10, hiver 1946-1947, P501-5071

²⁰ Morin, Edgar, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil, 1969.

²¹ Kapferer, Jean-Noël, *A Mass Poisoning rumor in Europe*, The public Opinion Quarterly, Oxford University Press, vol 53, n°4, winter, 1989, p.467-481.

²² Shibutani T, *Improvised News : A Sociological study of Rumor*, Indianapolis, Bobbs Merrill, 1966.

²³ Knapp, R, *A psychology of rumor*, The Public Opinion Quarterly, 8 (1), 1944, p.22-37.

²⁴ Peterson W, Gist N, *Rumor and Public Opinion*, American Journal of Sociology, 57, 1951, p.159-167.

²⁵ Morin, Edgar, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil, 1969.

les nomme, existent. Pour en citer quelques exemples, Kapferer rappelle les bruits qui entouraient la maladie de Ronald Reagan ou encore de George Pompidou et qui s'avéraient être juste. L'auteur conclut : « *En réalité, c'est parce qu'elle peut se révéler exacte que la rumeur gêne.* »²⁶

Paicheler et Quemin dans un article de Science Sociale et Santé définissaient la rumeur en une phrase : « *C'est un récit qui s'éloigne des vérités établies.* »²⁷ Cette définition pose cependant une question fondamentale : *établies* par qui ? Plusieurs des rumeurs présentées jusqu'ici pointent son caractère « non vérifié ». Dans nos sociétés l'information est généralement officialisée, vérifiée voire établie par le groupe, les individus ou les réseaux directement liés aux institutions de pouvoir. La rumeur « non vérifiée » est donc comme le dit Pascal Froissard un : « *produit de communication informelle.* »²⁸ Kapferer dit : « *Ce qui caractérise la rumeur n'est pas son caractère vérifié ou non, mais sa source non officielle.* »²⁹ . La rumeur s'inscrit très fréquemment en opposition au discours formel et officiel ; elle apparait alors comme un contre-pouvoir. D'ailleurs, elle paraît crédible parce que véhiculée dans des milieux familiers (proches, groupe social d'appartenance etc.) ou les rapports de confiance sont forts. Plus un pouvoir tente de la démentir, de la discréditer, plus elle se diffuse, s'impose dans le corps social. Ce que des chercheurs ont appelé « *l'effet boomerang* » du démenti.

Nous avons dit que la rumeur est inscrite dans le présent. En effet, si elle est un énoncé à caractère généralement informatif, c'est qu'elle répond à une situation singulière apparue à un moment donné. Mais il ne s'agit pas simplement d'une information. Il faut qu'elle se propage. Françoise Reumaux propose comme explication : « *C'est en effet parce que la rumeur touche symboliquement un point sensible de l'imaginaire, qu'elle peut se développer en faisant écho.* » Elle ajoute ensuite : « *Il nous semble donc clair que la géographie des rumeurs, loin de se réduire à une géographie physique, se double d'une géographie symbolique qui n'est elle-même que l'expression particulière d'une géographie sociétale.* » Enfin, elle précise que le travail nécessaire à une meilleure compréhension de la rumeur consiste donc à :³⁰ « *présenter les variables et les figures et qui traduit la réceptivité des groupes sociaux à tel ou tel message, selon qu'il est ou non porteur d'éléments utilisables par l'imaginaire collectif à un moment de son histoire.* » La rumeur se doit de résonner en nous. Pour cela elle vient frapper à la porte de « *l'imaginaire collectif* »³¹. La construction de ce dernier est inscrite dans l'histoire des expériences collectives. Il existe *en* l'individu, mais est généralement largement partagé par le groupe. Ainsi, la rumeur apparait dans un contexte d'actualité, mais elle résonne en nous

²⁶ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

²⁷ Paicheler Geneviève, Quemin Alain. *Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du Sida*. In. Science Sociale et Santé. Volume 12, n°4, 1994.Pp41-72.

²⁸ Froissard, Pascal, *La rumeur*, Paris, Belin, 2002.

²⁹ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

³⁰ Reumaux Françoise, *Traits invariants de la rumeur*, In. Communications, 52,1990. Pp 141-159.

³¹ L'imaginaire collectif est défini par Florence Giust-Desprairies comme : « l'ensemble des éléments qui, dans un groupe donné, s'organisent en une unité significative pour le groupe, à son insu. » Floren Giust-Desprairies , *L'imaginaire collectif*, Col. Sociologie clinique. Ed. Erès, 2003.

de par nos expériences, notre histoire collective. D'une certaine manière elle est un pont entre le présent et le passé d'une société ou d'un groupe donné.

Résumons : La rumeur est un énoncé à caractère généralement informatif. Elle utilise tous les « canaux de communication »³² possibles. Elle s'inscrit dans un processus de dynamique sociale. Elle est ancrée dans le présent, elle répond à l'actualité ou encore à l'évènement. Elle peut être fondée ou non. Elle est un discours parallèle voire résolument opposé au discours officiel. Enfin, pour se propager, elle résonne en nous et frappe l'imaginaire collectif de la société ou du groupe dans laquelle elle apparaît.

Les contextes de crises, qu'elles soient politiques, économiques ou sanitaires sont propices à l'émergence de rumeurs. La peur, la confusion, la multiplicité et la rapidité des enchaînements événementiels qu'entraînent ces situations, suscitent le plus souvent une forte demande d'information. Pascal Froissard dit : « règle n°1 la catastrophe attire la rumeur comme elle attire l'information, ni plus ni moins [...] ; règle n°2, toute catastrophe génère un double discours, rationnel et irrationnel, objectif et subjectif, scientifique et folklorique. »³³ Les épidémies, étendues dans le temps ou rapides, font partie de ces contextes qui provoquent l'apparition des rumeurs. Le cas du VIH/Sida dont l'épidémie s'étend maintenant sur plusieurs décennies en est l'exemple. En Février 2001, alors que les campagnes de prévention contre le Sida poursuivent leur cours, une rumeur avertit les utilisateurs de salles de cinéma que des aiguilles contaminées par le virus du VIH auraient volontairement été placées sur les sièges dans le but de contaminer les spectateurs.³⁴ Cette rumeur avait déjà circulé aux Etats-Unis ainsi qu'au Canada et elle se propagea rapidement à travers l'Europe. Depuis les années 80 jusqu'à aujourd'hui des rumeurs sur l'origine de la maladie sont régulièrement apparues, le virus étant jugé par certain « trop parfait » pour être le produit de la nature et forcément l'œuvre de l'homme.³⁵ Dans le cas du virus Ebola, des propos accusant les gouvernements d'avoir volontairement introduit le pathogène sur le territoire dans le but de nuire aux populations opposées au pouvoir central ont été rapportées par l'anthropologue Barry Hewlett dès le début des années 2000.³⁶

Dans l'article *A psychology of rumor* Robert Knapp a émis cinq préconisations pour empêcher la propagation des rumeurs³⁷ :

- 1) « En premier lieu, il convient que le public conserve une totale confiance dans les médias officiels. »

³² L'expression « canal de communication » est utilisée dans la recherche sur la communication pour définir un média de transmission de l'information.

³³ Froissard, Pascal, *La rumeur*, Paris, Belin, 2002

³⁴ AUTEUR INCONNU, *Sida, la rumeur d'Issy-les-Moulineaux*, février 2001. URL :

<http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20010227.OBS1925/sida-la-rumeur-d-issy-les-moulineaux.html>

³⁵ Paicheler Geneviève, Quemini Alain. *Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du Sida*. In. Science Sociale et Santé. Volume 12, n°4, 1994.Pp41-72.

³⁶ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

³⁷ Knapp, R, *A psychology of rumor*, The Public Opinion Quarterly, 8 (1), 1944, p.22-37.

- 2) « *En deuxième lieu, il faut que le public garde une foi totale dans ses dirigeants.* »
- 3) « *Lorsqu'un événement survient, il importe de diffuser le plus vite possible le maximum d'informations.* »
- 4) « *Diffuser des informations ne garantit pas qu'elles soient reçues: il convient donc d'en assurer la bonne réception par tous.* »
- 5) « *Puisque l'ennui déclenche une avidité pour les moindres bruits [...] il est important de maintenir la population à l'abri de l'oisiveté, par le travail ou l'organisation du temps libre.* »

A l'inverse un contexte favorisant l'apparition et la propagation des rumeurs répondrait donc aux critères suivants :

- Le public n'a plus aucune confiance dans les médias officiels.
- Le public n'a plus foi en ses dirigeants.
- En cas d'évènements particulier l'information circule lentement.
- La population a suffisamment de temps pour communiquer sur le sujet ou le sujet est d'une importance telle que les propos le concernant ne peuvent pas être occultés par les préoccupations quotidiennes.

Chacune de ces circonstances se retrouve dans les trois principaux pays touchés par le virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Le caractère inconnu jusqu'alors de ce virus dans cette région du monde, la diversité de ces modes de transmissions et la rapidité avec laquelle il tue ont suscité de nombreuses peurs et angoisses qui peuvent être grandement atténuées par l'information et une meilleure connaissance de la maladie. Or, en Sierra Leone, en Guinée comme au Libéria, de nombreux anthropologues ont souligné l'existence de conflits et généralement d'un rapport de méfiance – relevant de l'histoire de chacun de ces pays- entre les populations et leurs gouvernements, mais aussi envers les organisations, humanitaires ou non, internationales.^{38 39} La lenteur de la réaction des pays concernés n'a fait qu'exacerber les tensions déjà présentes. La crédibilité de l'information circulant par voie officielle a donc été mise à mal. En Afrique de l'Ouest les moyens de communication sont nombreux – en dehors de quelques zones véritablement isolées- ; le recours massif aux messages diffusés sur les ondes radio ou par téléphones portables a d'ailleurs été salué.⁴⁰ Cependant, ces outils permettent la diffusion de messages ayant de multiples origines et portés par des intérêts divers. Cela résulte fréquemment en l'envoi de messages contradictoires. Enfin, l'ampleur, la gravité de la maladie et ses conséquences sur l'ensemble de la société impliquent que les populations pouvaient difficilement se soustraire à ces peurs et angoisses. Les conditions étaient donc réunies pour faire de

³⁸ Niang Cheick Ibrahima, *Ebola : une épidémie postcoloniale*, Politique étrangère, 2014/4 Hiver, p.97-109.

³⁹ Epstein, Helen. « *Ebola in Liberia : an epidemic or Rumors.* » Décembre 2014. URL : <http://www.nybooks.com/articles/archives/2014/dec/18/ebola-liberia-epidemic-rumors/>

⁴⁰ Epelboin, Alain, *Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola en 2014 en Guinée Conakry*. [Research report] OMS. 2014.

l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest un contexte tout particulièrement propice à l'émergence de rumeurs.

1.5) L'anthropologie de la santé

L'anthropologie de la santé est une sous-discipline de l'Anthropologie développée au cours des années 1960 aux Etats-Unis. Elle naît d'une volonté de faire sens de la maladie tant sur le plan biologique que sur le plan social. Appelée *Medical Anthropology* dans les pays anglophone, elle prend le nom d'anthropologie de la santé en France, et cela dans le but : « *de ne pas limiter la perspective aux traitements des maladies, mais de prendre en compte l'ensemble des composantes sociales et culturelles qui interviennent dans la santé.* »⁴¹

Au fil des années, les différentes approches de l'anthropologie de la santé ont donné naissance à plusieurs courants théoriques. Un premier courant *interprétatif* est préoccupé par le sens. Les représentations de la maladie y sont vues comme une réalité culturellement construite et non comme étant extérieures à la culture. Un deuxième courant dit *empiriste* voit dans les représentations de la maladie l'expression de croyances populaires. Enfin, le courant *critique* veut mettre en lumière les relations de pouvoir en jeu exprimées au travers de ces représentations. Plus largement on peut dire que : « *La tâche de l'anthropologie de la maladie est de reconnaître, dans n'importe quelle société, la part de social de toute maladie.* »^{42 43}.

Ce domaine de recherche révèle comment les individus construisent les discours explicitant leurs rapports au corps, aux organes, à la souffrance, à la maladie ou encore à son traitement. Il permet aussi de déconstruire l'idée d'une opposition entre les représentations « savantes » et trop rapidement jugées objectives, souvent réservées à la médecine et aux médecins, d'une représentation dite « profane » qui serait le propre des patients. Etudiant les « itinéraires thérapeutiques » de ces derniers, Olivier de Sardan souligne que le « *pluralisme médical est de règle* ». C'est-à-dire que les patients font le choix d'un traitement en fonction de plusieurs modèles explicatifs, motivés par différents systèmes de références, tout en négociant les termes de leur traitement en fonction de chacun de ces modèles. L'auteur ajoute : « *les représentations et pratiques populaires en matière de santé ne doivent donc pas être vues du point de vue de la « tradition » ou du patrimoine culturel (c'est en général pourtant ce*

⁴¹ Sardan, Olivier de, *Anthropologie de la santé*, In. Le dictionnaire des sciences humaines. S. Mesure & P Savidan, Paris, PUF, 2006, pp.1039-1041

⁴² O. Taïeb, F. Heidenreich, T. Baubet, M.R. Moro, *Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle, Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 35, Issue 4, Pages 173-185.

⁴³ Il existe des subtilités qui peuvent différencier « anthropologie de la maladie » et « anthropologie de la santé » mais dans le cadre de leurs rôles, on estime qu'elles peuvent ici être utilisées de manière interchangeable.

que les médecins ou les médias demandent aux anthropologues), mais aussi sous l'angle de l'adaptation, du bricolage, du changement et de la modernité. »⁴⁴

Enfin, cette sous-discipline a aussi le potentiel de nous révéler « la violence structurelle »⁴⁵ ; ou comment l'histoire, le politique et l'économique peuvent fonctionner comme structures coercitives influant directement sur les états de santé et être des sources d'inégalités sévères dans l'accessibilité des soins au niveau mondial.

Plus récemment, l'anthropologie de la santé a dû répondre à une demande toujours croissante d'institutions internationales et d'organisations cherchant à comprendre des pratiques qui leur étaient étrangères. Si le travail de l'anthropologue ne peut jamais se réduire à la production d'un catalogue ethnographique de l'altérité et de recettes pour l'action, la collaboration avec ces institutions a permis l'émergence d'une anthropologie appliquée, pragmatique, où l'anthropologue participe de façon active à la réponse aux crises sanitaires. Selon Alain Epelboin, l'anthropologue y est un « traducteur culturel »⁴⁶, mais son rôle est multiple. Il doit : « décaler le regard, penser la culture des soignés autant que celles des soignants, amener ces derniers à comprendre (ce qui ne signifie pas approuver) le point de vue de l'autre, à s'imaginer à sa place. » Mais il est aussi : « un révélateur d'émotions et d'angoisses latentes des personnels médico-sociaux, verbalisés ou non, et de dysfonctionnements de l'institution qui passent inaperçus en cas de proximité sociale et culturelle à l'autre. »⁴⁷ Si le contexte permet aux anthropologues de faire leur travail selon les règles déontologiques et méthodologiques de la discipline, ils sont en mesure de proposer des « recommandations compréhensives »⁴⁸, c'est-à-dire des recommandations de santé publique selon une approche empathique et compréhensive des patients, en les intégrant à la réponse et en faisant valoir leurs connaissances et leurs propres capacités d'action.

Le recours aux anthropologues dans la réponse aux épidémies d'Ebola a généralement été tardif. Il a souvent été le produit d'un constat : celui des nombreuses réticences des populations aux mesures de contrôle des épidémies. Leurs travaux, loin d'avoir résolu tous les conflits entre populations locales et intervenants dans la réponse ont pourtant fourni des informations précieuses. Pour Barry Hewlett, en contexte Ebola, l'anthropologue a la possibilité d'« humaniser la réponse ». Son travail en Afrique centrale au début des années 2000 a aussi permis de montrer que les populations locales n'étaient pas

⁴⁴ Sardan, Olivier de, *Anthropologie de la santé*, In. Le dictionnaire des sciences humaines. S. Mesure & P Savidan, Paris, PUF, 2006, pp.1039-1041

⁴⁵ Farmer, Paul, *Infections and inequalities, the modern plagues*, Londres, University of California press, 2001 (1999).

⁴⁶ Epelboin, Alain, *l'anthropologue dans la réponse aux épidémies : sciences savoir-faire ou placebo ?* Bulletin Amades, 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 06 novembre 2014. URL : <http://amades.revues.org/1060>

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

complètement démunies ni ignorantes face aux fièvres hémorragiques virales. Elles avaient leurs propres concepts pour définir une épidémie et même des stratégies très proches de celle du modèle biomédical pour limiter la propagation de la maladie.⁴⁹ Faire valoir ces savoirs et les porter aux oreilles des acteurs internationaux aux pratiques purement biomédicales apparaît nécessaire pour instaurer de bonnes relations entre les populations locales et les institutions officiellement chargées de la réponse. Dans un rapport pour l’OMS, Alain Epelboin cite plusieurs contributions de l’anthropologie de la santé dans la réponse à l’épidémie de FHV Ebola. Selon lui, la discipline peut : (i) produire une « épidémiologie fine » et améliorer les connaissances des chaînes de transmission de la maladie ; (ii) identifier les comportements des populations locales dans leur diversité psychologique, sociales et culturelles et proposer des interventions appropriées ; (iii) aider à faire face aux rumeurs et terreurs que provoquent les épidémies d’Ebola ou de Marbourg et (iv) aider à trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaires et des approches empathiques.⁵⁰ On soulignera que des recommandations pratiques, très concrètes, peuvent être le produit du travail anthropologique. Par exemple, l’instauration de barrières transparentes permettant une meilleure visibilité autour des centres de gestions des malades a permis d’atténuer des tensions et une attention toute particulière à l’exclusion du vocabulaire des « soignants » de termes couramment utilisés durant les campagnes de promotion de la santé tels que « isolement » ou « incurable » ont permis de limiter certains malentendus.

Si les anthropologues ont généralement beaucoup appris et apprennent encore de l’épidémie d’Ebola 2013-2015 toujours en cours, de nombreuses zones d’ombres restent à explorer, ne serait-ce que dans le but de comprendre et peut-être d’atténuer les réticences des populations face à la réponse internationale ou locale apportée. La gestion des rumeurs fait partie de ces zones d’ombre. Dans un travail aux multiples collaborateurs abordant la rumeur du « vol de sang » et ses implications sur les essais cliniques en Afrique subsaharienne les auteurs disent : « *Cependant, aucune recherche approfondie sur la façon d’aborder ou d’éviter ces rumeurs n’est connue à ce jour, en faire donc des recommandations à ce point serait vain.* »⁵¹ Ce travail n’a bien entendu pas la prétention de s’atteler à une telle tâche, bien que l’étude de la rumeur et les façons d’y répondre soit un sujet passionnant. Nous souhaitons seulement observer comment celles-ci ont été prises en compte dans le cadre d’un contexte bien spécifique : celui du personnel du siège de Médecins Sans Frontières Belgique et durant les quelques mois où ce terrain nous a été accessible.

⁴⁹ Hewlett Barry S, Hewlett Bonnie L, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

⁵⁰ Epelboin, Alain, *Approche anthropologique de l’épidémie de FHV Ebola en 2014 en Guinée Conakry*. [Research report] OMS. 2014.

⁵¹ Grietens, Peeters Koen, *Doctors and Vampires in Sub-Saharan Africa : Ethical challenges in clinical trial Research*. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene., 91(2), 2014, pp213-215.

Chapitre II : Rumeurs concernant Ebola, causes et conséquences.

2.1) Présentations des rumeurs.

Les rumeurs concernant Ebola sont nombreuses et diverses. Ce phénomène étant par nature « vaporeux », il a parfois été difficile de le distinguer des bruits, des ragots voire de convictions personnelles propres aux individus. Pour ce travail, c'est la répétition de propos identiques apparaissant dans différentes zones géographiques qui a été choisie comme critère afin de démarquer la rumeur des autres concepts qui lui sont proches.

A partir d'articles journalistiques disponibles en ligne ainsi que d'entretiens et de travaux anthropologiques effectués sur ce terrain, une sélection des rumeurs les plus récurrentes a été réalisée. Peu de journaux ou documents véhiculent directement la rumeur, ne considérant pas les propos comme véridiques mais attestant plutôt de l'existence et de la présence de tels discours dans les pays concernés. Les seules sources disponibles propageant directement les rumeurs ont pour support les plateformes numériques.

Au départ, les rumeurs, ici compilées, avaient été divisées en six catégories :

- 1) Rumeurs concernant la réalité et la gravité de la maladie.
- 2) Rumeurs sur l'origine et la transmission de la maladie.
- 3) Rumeurs de traitements.
- 4) Rumeurs concernant les organisations actives dans la lutte contre la maladie.
- 5) Rumeurs sur les procédures de prévention, de dépistage, d'isolement et de traitement des corps.
- 6) Rumeurs conspirationnistes.

Il est rapidement apparu que cette classification n'était pas pertinente puisque nombre des rumeurs observées pouvaient tout autant être placée dans l'une ou l'autre des catégories. Les rumeurs autour d'Ebola s'inscrivent en fait dans une logique de mise en récit complexe et globale tentant de faire sens non seulement de l'origine de la maladie mais aussi de ses modes de transmission et des procédures de prises en charges des patients par les organisations gouvernementales ou non. Tout ce passe comme si chaque receveur de la rumeur pouvait choisir la partie du récit/la rumeur qui fait le plus sens à ses yeux ; comme s'il pouvait rejeter tout ou partie de la rumeur selon qu'elle lui semble plausible ou en associer plusieurs dans un récit complexe et complet .

Finalement, trois typologies principales sont apparues, autour desquelles les six différents types initialement répertoriés s'axent :

- 1) Les rumeurs concernant le déni de la maladie.

- 2) Les rumeurs « accusatrices ». ⁵²
- 3) Les rumeurs de traitement.

Les Rumeurs de déni :

Nier la maladie c'est dire: « *Ebola n'existe pas* » ou « *Ebola, ce n'est pas ici* »

Les rumeurs niant l'existence du virus et la réalité de la maladie ont été fréquentes dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Certains de nos enquêtés ont émis l'hypothèse que ce déni aurait pour origine « les difficultés des populations » à accepter l'ampleur et l'atrocité du désastre social, économique, structurel et personnel que représente la maladie. Que ce soit ou non le cas, le déni a représenté un obstacle important dans la réponse apportée à l'épidémie et les journaux y ont souvent fait référence, permettant indirectement à la rumeur de continuer à se propager.

Un article du Washington Post daté du 18 Juillet 2014 présente ainsi les propos tenu par un chauffeur Sierra Léonais à son passager: « *Je ne crois pas en l'Ebola.* »⁵³. A Monrovia, au Libéria, après l'attaque d'un centre d'isolement par des hommes armés, un jeune du quartier affirmait à un reporter de l'AFP : « *Cette affaire d'Ebola, on n'y croit pas* ». ⁵⁴ En Guinée c'est la BBC qui relaie des propos datant de Novembre 2014 faisant référence à la rumeur : « *Nous n'avons pas Ebola ici, je ne sais pas ce qui tue tous ces gens- mais Ebola n'est pas réel* ». ⁵⁵

De nombreuses campagnes d'informations en Sierra Leone et au Liberia affichant des écriteaux : « *Ebola est réel* » témoignent de la volonté de lutter contre ces propos :

⁵² Une tendance générale dans les rumeurs observées est de désigner un coupable. En fonction des individus désignés ou du type de discours nous avons opté pour une sous-catégorisation du type « rumeur accusatrice » se référant à la première catégorie présentée.

⁵³ Hogan, C, « *There is no such thing as Ebola*, The Washington Post, 18 juillet 2014. URL : <http://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2014/07/18/there-is-no-such-thing-as-ebola/>.

⁵⁴ Auteur inconnu (éditorial, auteur non précisé), « *Libéria, un centre d'isolement attaqué à Monrovia, 17 malades en fuite* » Le Nouvel Obs, 17 Août 2014. URL : <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20140817.AFP3978/liberia-29-malades-d-ebola-en-fuite-apres-le-saccage-de-leur-centre-de-soins.html>

⁵⁵ Mazundar, T, « *Journey through the Ebola heartland in Sierra Leone and Guinea* » BBC News, 23 Novembre 2014. URL : <http://www.bbc.com/news/world-africa-30160666>



Image n° 1. Source : AFP- photo by Carl de Souza- Sierra Leone.

Lorsque la rumeur de déni ne conteste pas l'existence du virus en lui-même, elle conteste sa présence sur le territoire. Dans un article paru en août 2014 sur *leMonde.fr*, l'envoyé spécial en Sierra Leone Rémi Barroux rapporte les propos d'un interlocuteur s'étant improvisé porte-parole des villageois présents: « *Ebola, c'est pas ici. Nous on veut rien à voir à faire avec tout ça* »⁵⁶.

Cette volonté de marquer une certaine distance avec les zones infectées malgré une présence confirmée du virus fait écho à une expérience déjà vécu par l'anthropologue Barry Hewlett durant une épidémie à virus Ebola au Gabon en 2002. L'auteur raconte : « *Ebola, nous ont-ils dit, n'était pas présent dans la zone, et il n'y avait pas eu de flambée plus tôt dans l'année* »⁵⁷. L'OMS venait pourtant de l'y envoyer précisément parce qu'une épidémie s'y était déclarée. Cette anecdote a le mérite d'attester de l'historicité d'un discours niant la présence du virus sur un territoire touché.

Dans le cas présenté par Hewlett, il est possible, et même probable, que les répercussions économiques et sociales qui pèsent sur les gouvernements lorsqu'une épidémie d'Ebola est déclarée soient en partie à l'origine du discours de déni. En effet, officialiser l'épidémie implique souvent un arrêt des échanges commerciaux et flux migratoire entre les pays dont les effets peuvent être dévastateurs. Enfin, au niveau des populations locales, le déni peut être une volonté d'éviter la stigmatisation et l'exclusion que subissent des villages entiers lorsqu'ils sont atteints de la maladie.

Peu des rumeurs observées étaient des rumeurs de seul déni. Le discours de déni s'enchevêtre souvent dans un récit d'origine de la maladie. Lorsqu'il ne s'agit pas de protéger ses intérêts ou d'éviter la

⁵⁶ Barroux, R, « *Avec les damnés du virus Ebola* » Le Monde, 1 Août 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/01/avec-les-damnés-du-virus-ebola_4465188_3244.html

⁵⁷ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL., *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

stigmatisation, « *Ebola n'existe pas* » est un énoncé qui répond à deux type de logiques. Premièrement, la maladie n'existerait pas, serait un prétexte utilisé pour créer la panique, attirer l'attention et capter les fonds de la communauté internationale.⁵⁸ Dans le second cas, « *Ebola n'existe pas* » implique que le virus n'est pas un agent apparu de façon naturelle. Ce discours qui conteste le caractère naturel du virus sert régulièrement de toile de fond aux théories dénonçant un complot.⁵⁹ Les deux explications procèdent donc bien à la désignation d'un coupable.⁶⁰ La rumeur de déni peut donc parfois être comprise dans la catégorie « rumeurs accusatrices »

Les rumeurs accusatrices :

- Rumeurs sur l'origine.

Au cours des entretiens, certains participants ont souligné l'existence de sites internet qui dénonçaient une origine humaine du virus circulant dans leurs entourages personnels. Ce type de propos a aussi été rapporté par les anthropologues sur le terrain. Selon Cheick-Ibrahima Niang, ces rumeurs relèvent d'un sentiment de révolte des populations envers le pouvoir en place : « *Les rumeurs véhiculées par les membres des communautés parlent d'Ebola comme d'une invention du gouvernement qui pactise avec le pouvoir biomédical dans le but d'organiser des trafics de sang ou d'organes au profit d'une classe dirigeante corrompue. Derrière les manifestations se profilent une révolte contre les autorités et les logiques médical et politique, dans un contexte de déficit de concertation et de communication.* »⁶¹

La grande majorité des rumeurs sur l'origine d'Ebola en Afrique de l'Ouest (comme d'ailleurs cela avait été noté en d'Afrique Centrale) dénoncent, en effet, une action volontaire des gouvernements locaux, ou plus généralement encore, des pays occidentaux. Tous seraient portés par des intérêts financiers ou par la volonté de nuire voire d'annihiler les populations. Sur la toile, ce type de rumeur a connu un succès tout particulier et leurs répercussions dans le domaine politique ont poussé des journaux tels que le New York Times à publier sur le sujet.⁶²

⁵⁸ Pellechia U, « *Draft of the Anthropological Report on Social Response to Ebola in Monrovia's Communities.* », MSF, Bruxelles, 2014.

⁵⁹ Auteur inconnu (non précisé): « *Ebo-Lie : l'immense arnaque de la pandémie Ouest-africaine de 'fièvre Ebolée'* ». Wiki Strike, 18 Août 2014. URL : <http://www.wikistrike.com/2014/10/ebo-lie-l-immense-arnaque-de-la-pandemie-ouest-africaine-de-fievre-ebola.html>

⁶⁰ Des accusations de pratiques anthropophagiques dans les centres ont aussi été accompagnées d'un discours niant l'existence même de la maladie, mais elles sont peu nombreuses et principalement située en Sierra Leone. Dans les journaux la même source est régulièrement citée. Les rumeurs d'anthropophagies ont, tout de même, eu pour conséquences d'exacerber les tensions et d'augmenter les incidences d'actes de violences visant les centres de traitements et tout particulièrement le personnel soignant.

⁶¹ Niang Cheick Ibrahima, « *Ebola, une épidémie postcoloniale.* » Politique Etrangère, 2014/4 Hiver, p97-109.

⁶² Feuer, A, « *The Ebola Conspiracy theories* », The New York Times, 18 Octobre 2014. URL : http://www.nytimes.com/2014/10/19/sunday-review/the-ebola-conspiracy-theories.html?_r=0

Dans un article du *Liberian Observer* daté du 9 Septembre 2014, l'auteur qui se décrit comme professeur en pathologie végétale, affirme que le virus est une arme biologique créé par le département de la défense des Etats-Unis d'Amérique. Ebola aurait été déployé en Afrique de l'Ouest afin de tester le taux de létalité du virus sur les populations locales dans le but d'en faire une utilisation future pour limiter la croissance démographique mondiale.⁶³ Rapidement, la rumeur que l'on peut qualifier de conspirationniste évolue. Lorsqu'il ne s'agit pas d'accuser l'armée américaine ou le département de la défense, les sites internet dénoncent un complot organisé par le Centre pour la Prévention des Maladies –*Center for Disease Control (CDC)*- en partenariat avec de grandes compagnies pharmaceutiques.⁶⁴ L'épidémie aurait été volontairement créée afin de susciter la demande pour un vaccin qu'on aurait par la suite rendu obligatoire, ce que la prétendue détention d'un brevet concernant un sous type du virus par le CDC viendrait confirmer.

Sauf lorsqu'elles sont rapportées de façon indirecte par des journaux réputés, les rumeurs et théories conspirationnistes circulent le plus souvent sur des sites internet qui se positionnent à contre-courant et qui souhaitent marquer une rupture avec « la pensée unique ». Internet est un support idéal pour ce type de discours. Le relais du document est quasi instantané, la propagation à portée de clic et la communauté dans laquelle la rumeur circule n'est plus limitée à une localité mais devient mondiale. L'information ne connaît presque aucune modification et est dès lors indéfiniment accessible, ce qui peut lui donner davantage de crédibilité.⁶⁵ De plus l'anonymat ou les pseudonymes permettent de citer des sources peu fiables voire inventées de toute pièce. Les rumeurs qui circulent sur internet ne sont pas à dissocier de celles rencontrées sur le terrain. De fait, elles se renvoient les unes aux autres.

La théorie selon laquelle le virus est une invention visant la destruction d'une population implique logiquement la désignation de coupables et de victimes. En fonction du pays ou de la région et des tensions locales, coupables et victimes diffèrent. Ici, le gouvernement est accusé de vouloir décimer l'opposition, là une communauté de vouloir en anéantir une autre mais le plus souvent cette rumeur apparaît désigner une altérité plus éloignée : « *Ebola est un virus des blancs pour tuer les noirs* »⁶⁶. Selon Barry Hewlett, au début 2000 en Afrique Centrale les populations locales avaient, elles aussi, désignées les européens comme étant responsable de la présence du virus. D'après lui, elles estimaient que puisque les « blancs » connaissent Ebola, c'est qu'ils l'avaient apporté.⁶⁷ Pour l'anthropologue, le

⁶³ Broderick, C, « *Ebola, AIDS Manufactured by Western pharmaceuticals US DOD ?* » The Liberian Observer, 15 Mai 2015. URL : <http://www.liberianobserver.com/security/ebola-aids-manufactured-western-pharmaceuticals-us-dod>

⁶⁴ BANCARZ, S, « *What you are not being told about Ebola : what the world needs to know.* », (date non précisée). URL : <http://www.spiritscienceandmetaphysics.com/what-you-are-not-being-told-about-ebola/>

⁶⁵ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

⁶⁶ Auteur inconnu (éditorial), « *Ebola, des membres d'une mission de prévention tués en Guinée* » Le Monde, 19 Septembre 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/19/ebola-des-membres-d-une-mission-de-prevention-tues-en-guinee_4490415_3244.html

⁶⁷ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008, p12.

terme « blanc » s'applique à tout étranger au groupe mais fait principalement référence aux euro-américains.⁶⁸

Au cours de cette année, Médecins Sans Frontières a fait l'objet de nombreuses rumeurs. De par le rôle de premier plan joué en Afrique de l'Ouest et tout au long de l'épidémie et sa visibilité, l'organisation apparaît un coupable moins abstrait, plus réel, que d'autres. Elle a été accusée successivement ; (i) d'être à l'origine du virus, (ii) de l'inoculer volontairement dans le but de justifier sa présence et de maintenir les emplois pour ses équipes, (iii) de permettre la mise en place d'un réseau de trafic d'organes avec l'Europe et même (iv) de vouloir de tuer les musulmans refusant de se convertir au christianisme.⁶⁹ ⁷⁰ Médecins Sans Frontière a été, et est encore, en charge d'un grand nombre des centres de traitements. Si aujourd'hui les décès s'y font moins nombreux, lors du pic de l'épidémie et malgré les efforts du personnel soignants, des dizaines de patients mourraient tous les jours. La maladie étant systématique qualifiée d'incurable, les centres de traitement apparaissent comme des mouiroirs. MSF était alors accusée de vouloir tirer profits des cadavres ou encore d'utiliser les centres afin de réunir et de laisser mourir les malades dans l'espoir de limiter l'expansion de l'épidémie.⁷¹ ⁷²

- *Rumeurs sur les modes de transmission.*

Avant que l'épidémie n'éclate en Afrique de l'Ouest, Ebola n'était connu que par un cercle relativement restreint de personnes, principalement des spécialistes en santé et des populations principalement touchés. Si l'ampleur de cette épidémie et le tapage médiatique qui l'a entourée ont révélé le virus au public, ils ont aussi mis en lumière les vides de connaissance autour des modes de transmission de la maladie. Les discussions autour de la possibilité d'une transmission par voie aérienne du virus ont souvent pris la forme d'interrogations et non de rumeurs. Il s'agissait d'émettre un doute, de se préparer à la pire éventualité, plutôt que de présenter une réalité jusqu'ici cachée. En Afrique de l'Ouest ces questionnements posés dans un contexte général de méfiance se sont rapidement transformés en rumeurs.

⁶⁸ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008, p12.

⁶⁹ Annexe n° III (MSF FAQ)

⁷⁰ OMS, « *lutter contre les idées fausses qui entourent la maladie à virus Ebola en Guinée* » Avril 2014. URL : <http://www.who.int/features/2014/ebola-myths/fr/>

⁷¹ Niang Cheick Ibrahima, « Ebola, une épidémie postcoloniale. » *Politique Etrangère*, 2014/4 Hiver, p97-109.

⁷² Peu de rumeur autour d'Ebola se réfèrent à une origine surnaturelle du virus, châtement de dieu ou acte de sorcellerie. Si la sorcellerie se rapproche des rumeurs accusatrices puisqu'il s'agit de dénoncer et donc d'accuser celui qui a commis un acte transgressif et perturbé l'ordre social, ce modèle ne semble pourtant pas porté en lui les critères qui définissent la rumeur, en particulier son mode de transmission. Enfin l'explication religieuse de la maladie ne paraît pas non plus adaptée au discours structurel de la rumeur. C'est deux modèles explicatif ne sont donc pas ici approfondis.

Dans son roman *La Peste*, Albert Camus raconte le quotidien des habitants d'Oran, placés sous quarantaine durant un épisode de peste bubonique. Alors que le nombre de décès quotidiens augmente graduellement, l'incinération apparaît comme solution au problème de gestion des cadavres. Il décrit la fumée noire qui s'échappe des incinérateurs et les préoccupations de la population qui s'interrogent alors sur la possibilité d'une contamination aérienne.⁷³ Comme dans le livre de Camus, en août 2014 le gouvernement Libérien, dépassé par le nombre de morts et la rapidité avec laquelle le virus tue, a ordonné l'incinération de toutes les victimes. Bien évidemment des rumeurs n'ont pas tardé à apparaître.⁷⁴ Dans le cas des discours portant sur une possible contamination de l'air au travers des incinérateurs, aucun coupable n'est directement désigné. Par contre, après que les pots d'échappement de voitures aient été suspectés d'être des vecteurs de transmission du virus, les véhicules appartenant aux ONG et particulièrement à MSF ont été incriminés ; replaçant ainsi la rumeur dans une logique accusatrice.⁷⁵

Dans les trois pays principalement touchés, il est apparu que les procédures de désinfection faisant usage de diffuseurs d'eau chlorée dans les villages étaient perçues comme un moyen de propager le virus. Les anthropologues envoyés par Médecins Sans Frontières en Guinée et au Libéria ont constaté la présence de rumeurs accusant l'organisation de diffuser volontairement le virus au travers de l'usage des pulvérisateurs de chlore.⁷⁶

La forte transmission nosocomiale du virus a aussi eu pour conséquences d'être à l'origine ou de nourrir les rumeurs selon lesquelles le personnel de santé des hôpitaux locaux ou des centres de traitement propagerait volontairement le virus.

- *Rumeurs sur les centres de traitements et les protocoles de soins.*

Durant les flambées épidémiques, les nécessités de l'urgence ne permettent pas toujours aux organisations d'appliquer les protocoles avec la plus grande transparence possible et, compte tenu du climat de méfiance, le peu de connaissances sur le fonctionnement des centres provoque l'émergence et la diffusion des rumeurs.

Au début de l'épidémie, l'information selon laquelle aucun traitement n'existait pour lutter contre le virus a été largement diffusée, sans précautions particulière ni distinction entre traitement étiologique et symptomatique. Malgré des changements quant à l'utilisation de termes spécifiques de la part des ONGs de tels propos ont justifié des discours questionnant l'utilité des centres de traitement. Comme

⁷³ Camus, A. *La Peste*,

⁷⁴ Venables, E, « *One man can become an atomic bomb for the whole nation : perceptions of ELWA 3 and survivor stigma in Monrovia, Liberia.* », MSF, décembre 2014.

⁷⁵ Pellechia, U « *Draft of the Anthropological report on social responses to Ebola in Monrovia's communities* » MSF, 2014

⁷⁶ Venables, E, « *One man can become an atomic bomb for the whole nation : perceptions of ELWA 3 and survivor stigma in Monrovia, Liberia.* », MSF, décembre 2014.

souligné durant un entretien, « *la majorité des gens qui entraînent, sortaient les pieds devant* ». « *Dans les centres on vous tue* ». Suivant cette logique, deux autres sous-catégories de rumeurs sont venues s'ajouter pour tenter d'expliquer ces prétendus meurtres de masses: le vol d'organes et le vol de sang.

- *Le vol d'organes* :

Les modifications dans les systèmes d'inhumation ou le passage direct à l'incinération en outrepassant parfois le droit de regard de la famille – parce que le sac mortuaire en question ne le permet pas ou car il faut traiter le cadavre au plus vite pour éviter toute contamination- ont servi d'appui si ce n'est de point de départ aux rumeurs accusant les ONGs de mettre en place des réseaux de trafics d'organes.⁷⁷ Selon ces rumeurs, les organes seraient destinés à être revendues en Europe afin d'être utilisés dans la fabrication de médicaments ou de cosmétiques.⁷⁸ Durant les épidémies d'Ebola précédentes des occurrences de la rumeur de vol d'organes avait déjà été remarquées par les anthropologues sur le terrain.⁷⁹

Les rumeurs de vols d'organes ne sont pas spécifiques à l'épidémie d'Ebola. Dès les années 80 des discours similaires apparaissent en Amérique Latine. On soupçonne alors des médecins de kidnapper des enfants démunis pour leurs voler des organes. Selon l'anthropologue Véronique Campion-Vincent, cette rumeur est le produit d'une réinterprétation et d'un croisement de faits dont l'atrocité ne peut être acceptée : le « don » d'organe contre rémunération et les disparitions continues d'individus dans les pays sous le joug des dictatures. La rumeur prendra une telle ampleur qu'en 1988, le Parlement Européen se saisit de la question. Pour l'auteur c'est parce que la rumeur des vols d'organes est la manifestation la plus évidente de « *l'exploitation de l'homme par l'homme et du démuné par le nanti* » qu'elle résonne avec force dans l'inconscient collectif.⁸⁰

- *Le vol de sang*.

Plusieurs anthropologues ont rapporté la présence de la rumeur de « vol de sang » au Libéria et en Guinée.⁸¹ Les documents internes de Médecins Sans Frontières relatent aussi ces rumeurs. Selon les populations, il s'agirait une fois de plus d'un processus de marchandisation.

⁷⁷ Leach M, Dry S: « *Science, Governance and Social justice* », Earthscan, 2010.

⁷⁸ Saez A.M, Borchet M, *Réticences aux mesure de contrôle de l'épidémie d'Ebola- comprendre, réagir, prévenir*, OMS, Médecine Universitaire, Berlin, 2014.

⁷⁹ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

⁸⁰ Bacot J-P, « *la légende des vols d'organes* » (Véronique Campion-Vincent). In : Réseaux, 1997, volume 15 n°82-83 pp299-301.

⁸¹ Niang Cheick Ibrahima, « *Ebola, une épidémie postcoloniale.* » Politique Etrangère, 2014/4 Hiver, p97-109.
Saez A.M, Borchet M, *Réticences aux mesure de contrôle de l'épidémie d'Ebola- comprendre, réagir, prévenir*, OMS, Médecine Universitaire, Berlin, 2014.

Dans le contexte Ebola, la rumeur « vol de sang » semble bien avoir pour origine un manque de transparence involontaire de la part du personnel médical. Durant les épidémies des années 2000 en Afrique Centrale, Barry Hewlett y rapporte le récit des locaux sur la façon dont les laboratoires français et américains ont pratiqué des examens sanguins : « *D'abord les Français, puis les Américains sont arrivés en remontant la rivière. Chaque fois, ils prenaient quatre tubes de sang, même sur les enfants malades. Ils ne revenaient jamais et nous ne recevions jamais les résultats des tests. Certains enfants sont morts après qu'on leur ait pris du sang.* »⁸² Selon l'auteur : « *Les locaux pensaient que le sang était régulièrement récolté par les euro-américains pour être vendu en Suisse.* »⁸³

Des manifestations de cette rumeur avaient déjà été consignées en Afrique de l'Ouest. Plusieurs travaux portent d'ailleurs sur le sujet. Selon une de ces études: « *Les rumeurs de vol de sang [...] peuvent être retracées à l'époque de l'Afrique coloniale, les voleurs de sang étaient décrits comme blancs ou ayant des collaborateurs noirs utilisant des technologies européennes : médicaments et seringues, afin d'extraire le sang des populations locales, qui étaient par la suite vendus puis transformés en marchandises, telles que des substances médicamenteuses.* »⁸⁴ Cette étude s'axe autour des défis que pose cette rumeur durant les essais cliniques en Afrique Subsaharienne. Selon les auteurs en dehors de ces antécédents historiques, d'autres facteurs expliquent la pérennité de cette rumeur, notamment le manque de participation communautaire, la distance sociale entre les communautés et les institutions médicales, les associations entre hôpitaux et centres de recherche internationaux etc.⁸⁵ Pour les chercheurs, de telles rumeurs sont le reflet des injustices sociales et des relations de pouvoir asymétriques⁸⁶ ainsi que de menaces portant sur la survie d'un groupe ayant été construites historiquement.⁸⁷ Plus généralement, cette rumeur est perçue comme étant : « *fondée sur une recherche universelle et rationnelle de causalité face aux événements inexplicables que sont la maladie et la mort.* »⁸⁸

Une majorité des discours accusateurs concernant Ebola apparaissent dans un contexte de méfiance et de suspicion, historiquement construits mais adaptés, ajustés, en fonction de l'actualité. Ainsi les

⁸² Hewlett Barry S, Hewlett Bonnie L., *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008. P8

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Grietens K P : « *Doctors and Vampires in sub-Saharan Africa : Ethical Challenges in Clinical Trial Research* » American Journal of tropical Medicine and Hygiene, 91(2), 2014, pp213-215.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ Schepher-Hughes N : « *Theft of life : organ stealing rumors.* » Anthropology Today, 1996, 12:3-10

⁸⁷ White L, « *Speaking with Vampires: Rumor and History in Colonial Africa.* » Berkeley, California Press, 2000

⁸⁸ Grietens K P : « *Doctors and Vampires in sub-Saharan Africa : Ethical Challenges in Clinical Trial Research* » American Journal of tropical Medicine and Hygiene, 91(2), 2014, pp213-215.

rumeurs visant directement Médecins Sans Frontières peuvent être lues, non pas comme une incrimination de l'organisation en elle-même, mais comme révélatrices de méfiances soudainement réactivées et s'inscrivant dans une volonté de mettre en récit le sentiment de suspicion général. D'ailleurs, la Croix-Rouge internationale a aussi été attaquée ainsi que toutes organisations visibles et actives. Enfin, les rumeurs accusatrices s'appuient généralement sur des faits interprétés selon une logique rationnelle dans un contexte de suspicion et un flou informatif. La construction d'un récit dénonçant le vol de sang après la venue des laboratoires français et américain en est l'exemple. Le manque de transparence dans les centres et le contexte de méfiance nourrissent toute une série de questionnements et favorisent l'émergence de rumeurs relatives aux pratiques de soins.

Les rumeurs de traitement:

L'approche biomédicale de la maladie est aujourd'hui bien acceptée/intégrée dans les pays d'Afrique de l'Ouest et si elle coexiste avec d'autres modèles culturels, elle fait tout de même office de système référent.⁸⁹ Selon Olivier de Sardan, les autres modèles culturels impliquent un recours aux : « *spécialistes populaires, (qui) qu'ils soient plutôt orientés vers le magico-religieux ou plutôt vers le prosaïque, partagent le plus souvent avec leurs clients un même système de référence et de sens (qui le rend plus attrayant que le système de santé moderne)* »⁹⁰ Si le facteur culturel est important dans le choix des « itinéraires thérapeutiques »⁹¹, le recours aux traitements non-biomédicaux durant cette épidémie d'Ebola semble aussi fortement liée à la méfiance envers les institutions de santé officielles et leurs représentants (c'est-à-dire le personnel de santé) ainsi qu'à la répétition des propos qualifiant la fièvre hémorragique virale Ebola d'« incurable » ou « sans traitement ». Les individus cheminent alors entre les différents modèles et approches thérapeutiques en fonction de la confiance qu'ils leur accordent.

De nombreux bruits ont couru sur l'existence de guérisseurs traditionnels détenant des remèdes préventifs.⁹² Alain Epelboin dans un rapport pour l'OMS publie les images suivantes et commente :

⁸⁹ Puisqu'il s'agit de l'approche sanitaire choisie par les gouvernements.

⁹⁰ Olivier de Sardan, J.P: « *Anthropologie de la santé* » paru in : le dictionnaire des sciences humaines, S.Mesure & P.Savidan (eds), Paris, PUF, 2006, pp.1039-1041.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Epelboin, A : « *Approche Anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry* » [Research report] OMS, 2014, pp.34.



Ébola en Guinée, mars-avril 2014, station d'essence, Conakry

Les enquêtes épidémiologiques confirment la fréquence des recours aux recommandations, diagnostics et remèdes des autorités familiales, notamment des cousins à plaisanterie, des phytothérapeutes, des devins-guérisseurs, des tradipraticiens, des marabouts, des chefs de culte.

(photo Alain Epelboin)



SIMBO KABAKO

LAYE KABAKO

Guérisseur traditionnel

INCROYABLE MAIS VRAI

Voir vaut mieux que
d'entendre parler du VACLAK

**L'INITIATEUR
D'UN VACCIN
TRADITIONNEL
ORIGINAL
CONTRE EBOLA !**

CONTACTS: (+224) 622 54 88 94 - 662 28 89 85 - 655 98 94 02

UNE SOLUTION POUR ENTER EBOLA !

Un détail de taille sur la page 6

Ébola en Guinée Conakry, avril 2014, mensuel Le Peuple.

Publicité pour un «guérisseur traditionnel prétendant détenir un remède préventif contre Ébola.

Comme pour toutes les maladies émergentes, certains tradipraticiens s'estiment incompetents, d'autres par glissements homologiques avec des maladies présentant des symptômes «comparables», prétendent soigner et/ou guérir la maladie, là le sida, ici Ebola.

D'autres pensent pouvoir faire cesser l'épidémie si la cause du malheur est réparée, à savoir adopter des comportements conformes aux prescriptions et interdits traditionnels et religieux, neutraliser les sorciers, effectuer les sacrifices réparateurs auprès des instances tutélaires, les ancêtres et les génies. (photo Alain Epelboin)

Image n°2. Source : Epelboin, A : « Approche Anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry » [Research report] OMS, 2014, pp.34.

Son travail permet de montrer la diversité des approches thérapeutiques auxquels les populations peuvent avoir recours en dehors des acteurs spécifiques au modèle biomédical.

Plus généralement, un nombre important de messages visant à proposer des remèdes naturels ou « faits maison » sont apparus. Des journaux et institutions internationales les ont désignés comme de véritables obstacles à la lutte contre Ebola.⁹³ Des messages préconisant une consommation d'oignon cru ou d'une concoction soit d'oignon, de miel, d'ail et de gingembre ou bien d'oignon et de café soluble ont été présenté comme traitement prophylactique.⁹⁴ Camille, médecin chez MSF raconte :

« Il y'en avait beaucoup par SMS (de rumeurs), je m'en rappelle parce que nous même on recevait les SMS, par exemple.. (Elle cherche ses mots) Oui, typiquement Nescafé ! (elle rit). C'était carrément Nescafé ! On m'a dit : regarde est-ce que c'est de la publicité ou quoi ? Avec de l'oignon et si je ne me trompe pas du lait. C'est lait, Nescafé, oignon, ça c'était le remède. C'est un message qui est passé très longtemps, dans différents endroits même. J'ai même eu des patients ou des familles de patients qui sont venus chez moi. Je me rappelle un chef de famille, sa fille était chez nous, qui est venu (en disant) : Oh docteur, j'ai une question ! Est-ce que ça marche vraiment ? Est-ce que je dois aller chercher ça ? » [Extrait de l'entretien avec Camille]

La noix de cola, l'huile de coco ou encore la prise journalière de lait condensé ont aussi été proposées comme remèdes préventifs.⁹⁵ Une rumeur diffusée principalement par messages téléphoniques recommandait aussi de consommer de l'eau salée ou encore d'en utiliser pour se laver.⁹⁶ Enfin, les sites francophones de naturopathie ont connu une forte affluence après avoir diffusé un article originalement publié sur le site *santénatureinnovation.com* qui révélait à ses lecteurs les bienfaits du chlorure de magnésium. L'article qui a été lu plus de 160 000 fois, a été partagé sur de nombreux autres sites internet. L'auteur qui écrit sous le pseudonyme de Jean-Marc Dupuis prétend que le chlorure de magnésium aurait la capacité de « stopper les effets du virus Ebola » (il ajoute d'ailleurs que ce remède soulage aussi du Chikungunya⁹⁷). Dans un autre article du même auteur, celui-ci associe sa vision à une théorie du complot. Il accuse les médias internationaux d'avoir exagéré les risques liés à Ebola dans le but de créer une panique générale et de justifier la vaccination en masse

⁹³ OMS, « lutter contre les idées fausses qui entourent la maladie à virus Ebola en Guinée » Avril 2014. URL : <http://www.who.int/features/2014/ebola-myths/fr/>

⁹⁴ Les notes internes de Médecins sans Frontière font référence à la première concoctions (annexe n°III), l'existence de la seconde a été révélé durant deux entretiens auprès de médecins ayant été sur le terrain.

⁹⁵ RASPLUS, J, « Ebola : vols de reins et oignons miracles, les rumeurs les plus folles sur le virus » France TV info, 25 Septembre 2014. URL : http://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/ebola/ebola-vols-de-reins-et-oignons-miracles-les-rumeurs-les-plus-folles-sur-le-virus_702169.html

⁹⁶ Auteur Inconnu, « Ebola : malgré zero cas, la côte d'ivoire au bord de la psychose » Jeune Afrique, 26 Août 2014. URL <http://www.jeuneafrique.com/actu/20140826T074304Z20140826T074245Z/>

⁹⁷ La version originale de l'article a depuis été supprimé mais elle a été republié sur : LANCE, P, « Ebola, non aux mitraillettes, oui aux solutions naturelles (le chlorure de magnésium) ». Ze Journal, 8 Novembre 2014. URL : http://www.zejournal.mobi/index.php/news/show_detail/4615

des populations.⁹⁸ Malgré de nombreuses critiques, ces articles ont été largement diffusés sur les réseaux sociaux, de sorte qu'ils ont aussi atteint les bureaux de Médecins Sans Frontières à Bruxelles où ils étaient perçus comme une curiosité offensante.

« Il y a un mail qui avait circulé [...] c'était un article d'un journal de truc nature qui parlait d'Ebola, franchement c'était assez gravissime cet article. En gros, il disait que les gens qui intervenait sur l'Ebola en faisait quand même trop et qu'une diarrhée ça se prévenait en se lavant les mains. [...] J'avais été super choquée quand je l'avais lu. Je me disais : mais c'est pas possible ! [...] Je trouvais ça complètement déplacé. » [Extrait d'entretien avec Béatrice]

2.2) Les causes de la rumeur, une réaction humaines aux épidémies mortelles ?

« Toute épidémie sera accompagnée de rumeurs »⁹⁹

L'épidémie d'Ebola est loin d'être la seule à avoir suscité l'apparition des rumeurs. Aujourd'hui encore, les questions sur l'origine du VIH/SIDA déclenchent de nombreuses controverses. Dans un article de la revue *Sciences Sociale et Santé*, Geneviève Paicheler et Alain Quemin racontent : « *De multiples histoires circulent sur diverses origines cachées de l'épidémie (de Sida) - erreur de laboratoire, guerre bactériologique, complot - qui se combinent à des degrés divers, se soutiennent l'une et l'autre [...] les origines militaires, la guerre, fournissent des explications des origines très vraisemblable. La guerre, est particulièrement sa version avancée, bactériologique, perfide, sournoise et hautement destructrice, est une expression achevée du malheur et de la volonté de nuire, de la manipulation et du viol de l'innocence.* »¹⁰⁰ Ainsi, de nombreuses similitudes quant à l'origine des virus que sont Ebola ou le VIH/Sida existent. Les auteurs soulignent, eux aussi, ce que Françoise Reumaux désigne comme « tremplin », ils ajoutent : « *On assiste [...] à une transformation des informations avérées sur le sida en rumeur* »¹⁰¹. Ils expliquent le phénomène comme étant des : « *formes d'explication naïves de l'épidémie qui relèvent de la recherche de causes. Celle-ci se confond souvent avec la recherche de motifs d'intention. Ces causes sont transformées en croyances sur la base de leur crédibilité et, en fonction de leur acceptabilité, elles s'intègrent aux représentations et attitude préétablie.* »¹⁰²

⁹⁸ Dupuis, J-M, « *Ebola : le mensonge généralisé* » Santé nature innovation, 27 Août 2014. URL : <http://www.santenatureinnovation.com/ebola-le-mensonge-generalise/>

⁹⁹ Saez A.M, Borchet M, *Réticences aux mesure de contrôle de l'épidémie d'Ebola- comprendre, réagir, prévenir*, OMS, Médecine Universitaire, Berlin, 2014.

¹⁰⁰ Pacheler G, Quemin A : « *Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du sida.* » In : Science sociale et santé. Vol 12, n°4, 1994.pp41-72.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² *Ibid.*

Plus généralement : « *Les épidémies ont influencé l'histoire tant par leurs conséquences démographiques que leurs effets sur les comportements des sociétés. Les réactions aux épidémies ou aux menaces d'épidémies sont donc une combinaison de peurs, de fuite, d'accusation et d'explication et d'un appel aux autorités.* »¹⁰³ La recherche d'un coupable en temps d'épidémie est donc perçue comme un trait inhérent à l'homme qui tente de faire sens de la séquence de malheur qui s'abat sur lui. Les rumeurs accusatrices apparaissent alors comme étant le produit de ce besoin humain.¹⁰⁴

William H. Foege, épidémiologiste, explique que les réactions face aux épidémies dépendent le plus souvent de la perception du risque qu'en ont les individus. Selon l'auteur, cette perception varie en fonction du sentiment de contrôle ressenti par la population atteinte. Pour illustrer ses propos, l'auteur cite comme exemples la consommation de tabac, la conduite en vitesse excessive ou l'utilisation de substances illicites. Selon lui, les individus accepteraient les risques associés à ces pratiques, tant qu'ils ont le sentiment d'avoir un certain contrôle sur la façon dont ils s'y exposent. A l'inverse, ils rejetteront les risques les plus infimes voir même non-existants – tels que les additifs alimentaires, la fluoruration ou les radiations- s'ils considèrent n'avoir aucun contrôle sur leur niveau d'exposition.¹⁰⁵ De sorte que, selon l'auteur, pour qu'un groupe accepte de se soumettre aux risques encourus durant une flambée épidémique, celui-ci doit soit avoir un sentiment de contrôle sur cette dernière – bien connaître la maladie, ses modes de transmissions - soit ressentir un sentiment prononcé de fatalité.¹⁰⁶

Une hypothèse de réponse à la question : « pourquoi a-t-on besoin de désigner un coupable », serait de voir dans ce procédé, le moyen de se décharger de toute responsabilité et par extension de toute capacité d'action/de maîtrise sur la maladie, de manière à susciter une réaction fataliste. Ce sentiment, agissant comme véritable mécanisme d'adaptation/ de survie, ne laisse alors pas d'autres choix aux individus que d'accepter la séquence de malheur. Il ne s'agit cependant que d'une hypothèse et ne peut être considéré comme vérité acquise.

Pour d'autres auteurs, le processus accusateur sert au contraire à reprendre contrôle de la situation : « *Désigner un coupable a toujours été un moyen de faire d'une mystérieuse et dévastatrice maladie, un phénomène compréhensible et donc potentiellement contrôlable [...] dans une situation d'anxiété*

¹⁰³ Van damme W, Van Lerberghe W : « *Epidemics and fear* » Tropical Medicine and international health, Vol 5 n°8, pp 511-514, August 2000.

¹⁰⁴ Dans la littérature épidémiologique utilisée pour ce mémoire les auteurs se permettent une vision englobante des réactions humaines aux épidémies mortelles. A partir de l'étude d'épidémies ayant eu lieu dans divers pays du monde et à la vue d'une concordance dans les attitudes de réponses, les auteurs se sont permis de caractériser « d'inhérent à l'homme » ces réactions. Il nous faut cependant noter qu'en Anthropologie ce genre de généralité est risqué et gomme une part de la réalité qui pourrait s'exprimer par la diversité des réactions. Il serait intéressant d'apporter une lecture critique à ces propos et d'observer s'il existe des sociétés dans lesquelles les épidémies rapides et mortelles ne suscitent pas la dénonciation d'un coupable. Malheureusement aucun travail n'allant dans ce sens a pu être obtenu durant la production de ce mémoire.

¹⁰⁵ Foege, W.H: « *Plagues : perceptions of risk and social responses* » In: Social Research: An international Quartely 55(3): 331-342, 1988.

¹⁰⁶ *Ibid.*

*commune, désigner un coupable est une stratégie de contrôle. Si la responsabilité peut être imputée alors peut-être qu'une série d'actions - discipline, prudence ou encore isolation- peuvent être entreprises. »*¹⁰⁷ Pour l'auteur, le processus d'accusation s'inscrit dans une quête d'ordre et de vérité dans des situations perturbatrices et génératrice d'angoisses.

La rhétorique de désignation du coupable apparaît comme quasi-systématique lors des épidémies mortelles. Elle a été tout particulièrement présente dans les discours sur le Sida, mais aussi historiquement, dans les discussions abordant la lèpre, la syphilis ou encore la peste.¹⁰⁸

Les mêmes auteurs ici cités, affirment que le procédé accusateur désigne généralement le coupable comme étant « l'autre », appartenant à une classe sociale différente ou à un autre groupe. Ce processus s'inscrit donc dans un rapport à l'altérité.

A la lumière de ces articles scientifiques, les rumeurs accusatrices durant les épidémies peuvent être comprises comme une réaction humaine à des maladies peu connues et particulièrement mortelles - durant lesquelles la fuite n'est pas possible et les rapports de confiance en l'autorité ne permet pas de désamorcer les angoisses¹⁰⁹ - et dont le but est soit de se délester de toute responsabilité et contrôle afin d'accepter le malheur de façon fataliste, soit au contraire de reprendre le contrôle en s'attaquant directement au coupable désigné. Les récits accusateurs se construisent alors conjointement à l'expérience des populations atteintes dans leur rapport à l'altérité et s'inscrivent enfin dans un « répertoire de possibilité, de plausibilité, de vraisemblance »¹¹⁰ et forment des rumeurs. C'est l'histoire et l'expérience de chaque groupe dans son rapport à l'autre qui déterminera le coupable. En Guinée, les nombreuses tensions interethniques expliquent, par exemple, la responsabilité d'Ebola imputée à un groupe puis à un autre ; chaque groupe se renvoyant la faute. Les rapports conflictuels entre populations et gouvernements dans les trois pays ont suscité des discours dénonçant le pouvoir en place. Enfin, l'histoire de la domination coloniale, les effets du post-colonialisme et la création d'un système de dépendance sous-couvert d'aide financière ou humanitaire dépeint un tableau des rapports entre l'Occident et l'Afrique suffisamment vraisemblable pour qu'y apparaissent les discours accusant « les blancs » d'être à l'origine du virus.

¹⁰⁷ Nelkin D, Gilman S : « *Placing Blame for Devastatin Disease* » In: Social Reasearch: In times of Plague, Vol 55, n°3, pp 361-378.1988.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Les épidémies mortelles voient généralement apparaître de large mouvement de population, mouvement de fuite face à la maladie. Or, dans le cas de l'épidémie à virus Ebola 2013-2015, de par les modes de transmissions de la maladie, de nombreux gouvernements ont choisis de fermer leurs frontières et de limiter les déplacements de population. La fuite, pour beaucoup, n'est donc pas une option.

¹¹⁰ Pacheler G, Quemain A : « *Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du sida.* » In : Science sociale et santé. Vol 12, n°4, 1994.pp41-72.

Pour Pachelier et Quemin : « *En quelque sorte la production de la rumeur s'opère, selon le principe des poupées russes : l'emboîtement de plusieurs aspects particulier - et familial - permet d'aboutir à une formulation général* ». ¹¹¹

Le chaos social créé par l'épidémie d'Ebola en cours semble avoir laissé de nombreux événements libres d'interprétation, libres de servir de tremplin à la rumeur. A vrai dire, dans l'ambiance générale de suspicion, tout événement – la simple présence du virus- apparaît comme tremplin potentiel. A tel point que dans le cas de cette épidémie de nombreux faits non expliqués ont servi d'appui soit à une rumeur « indépendante » soit à une rumeur intégrée et inscrite dans un récit plus englobant de la maladie. Durant un entretien effectué avec un promoteur de la santé pour MSF, celui-ci raconte :

« Donc, à Macenta pour commencer là-bas parce que j'y étais d'abord, et ben c'était les rumeurs typiques: ce sont les blancs qui ont amené, les voitures des blancs qui diffusent. Hum, les choses typiques aussi. Et puis au moment où on construisait le CTE, on faisait beaucoup de trous et donc les gens qui faisaient les trous, bien sûr le soir, ils allaient travailler avec leurs amis et leurs familles en disant: voilà, ils sont en train de creuser des trous, des grands trous, donc probablement c'est pour collecter les organes ou le sang ou tout ça. [...] Ce qui était amusant, c'était qu'en fait on pouvait anticiper sur les rumeurs. A un moment donné le labo était arrivé avec un grand conteneur et on disait: Voilà on va déjà faire notre papier en disant " il y a deux grand conteneurs qui sont arrivé et probablement dans les conteneurs on va mettre le sang pour l'emmener en Europe. Il va venir un hélicoptère pour prendre ça pour emmener en Europe". Vraiment le jour après les HP venaient avec. Et voilà les rumeurs c'était ça ! Donc tu pouvais anticiper en fait. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

Cet extrait d'entretien révèle comment une rumeur peut naître à partir d'un événement expliqué ou non dans un contexte où la méfiance prévaut.

Les rumeurs de traitements quant à elles, ne semble pas être soumise aux mêmes forces. Pourtant, il semble plus que probable qu'elles soient elles aussi une tentative stratégique pour maîtriser la maladie. En faisant le choix d'un traitement, le patient, le proche ou l'individu tente de reprendre le contrôle de la maladie et se faisant diminue son angoisse.

2.3) Conséquences des rumeurs

L'épidémie à virus Ebola 2013-2015 a eu des conséquences désastreuses sur les trois pays principalement touchés. De par la façon dont le virus se propage, c'est-à-dire d'abord dans les réseaux familiaux, dans les zones d'échanges économique et de flux migratoires importants ainsi qu'entre les soignants et soignés, c'est tout le tissu social de ces pays qui a été mis à mal. En plus des répercussions sociales et du nombre important de victimes, l'épidémie a aussi entraîné un effondrement des

¹¹¹ Ibid.

structures sanitaires en place. La forte transmission nosocomiale, principalement due au manque de moyens basiques a suscité de nombreuses peurs et a permis au sentiment de méfiance de grandir dans la société. Des hôpitaux ont été désertés ou fermés. Les patients non traités atteints par le virus prennent alors le risque de contaminer d'autres personnes et donc d'augmenter les chaînes de transmissions. Quant aux patients atteints d'autres maladies, aucune structure de santé ne leur était accessible : « *A Monrovia, capitale du Libéria, il vaut mieux souffrir d'Ebola que d'une appendicite.* »¹¹²

Les rumeurs concernant la maladie ne sont pas anodines. Selon Olivier de Sardan, elles influencent véritablement les « itinéraires thérapeutiques » des patients.¹¹³

Dans le cas de cette épidémie, il est difficile d'identifier les liens de corrélations directes entre les rumeurs et les réticences exprimées par les populations quant aux mesures de contrôle de l'épidémie. Ces dernières étant le fruit d'un processus dynamique et multifactoriel façonné par le contexte socio-économique et historique des pays dans lesquelles l'épidémie sévit. Cependant la littérature scientifique souligne régulièrement le poids des rumeurs sur la réponse et les entretiens effectués font de la rumeur un facteur influençant la perception qu'ont les populations locales des acteurs locaux et internationaux.

Il s'agit donc ici de montrer quels sont ces liens et quelles ont été les conséquences potentielles de ces rumeurs, tout en rappelant que ces liens ne permettent pas de définir si au niveau personnel, les individus choisissent d'agir en fonction des rumeurs.

Se questionner sur les répercussions liées aux rumeurs, implique d'abord une tentative de déterminer les champs sur lesquels la rumeur porte et influe. En suivant la typologie précédemment présentée des rumeurs accusatrice/ rumeurs de traitement et à partir des informations collectées (autant chez MSF que dans la littérature) quatre domaines où s'expriment les conséquences ont été choisis :

- Conséquences politico-sociales.
- Conséquences sur les Organisations Non Gouvernementales et sur le personnel soignant.
- Conséquences des rumeurs de traitements.
- Conséquences générales sur l'épidémie.

Rumeur politiques, conséquences sociales :

Les rumeurs accusatrices ont autant visé les ONG et l'Occident que les gouvernements locaux. Dans les trois pays principalement touchés d'Afrique de l'Ouest des rapports instables et complexes ont

¹¹² Réolle, R, « Cas de conscience humanitaire » *Le Monde*, 11 Décembre 2014. URL : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2014/12/11/cas-de-conscience-humanitaire_4538961_3212.html

¹¹³ Sardan, Olivier de, *Anthropologie de la santé*, In. Le dictionnaire des sciences humaines. S. Mesure & P Savidan, Paris, PUF, 2006, pp.1039-1041

servi de « tremplin » aux rumeurs. Elles ont été perçues par certains anthropologues comme réellement politiques.

La rumeur (présente dans les trois pays) selon laquelle les gouvernements locaux utiliseraient les institutions sanitaires et médicales pour injecter un poison causant la maladie dans le but de capter les fonds de l'aide internationale a aussi eu pour effet de jeter un voile de suspicion sur les centres de traitements. Certains villageois refusant de croire en une « bienveillance » de la part des acteurs de la réponse, ils rejetaient l'idée même de se présenter dans un centre de traitement.¹¹⁴

La présence d'un contexte de méfiance généralisée et du grand nombre de rumeurs laisse suspecter qu'une conséquence indirecte de cette dernière serait de décrédibiliser le discours officiel, de sorte que la méfiance ou le déni s'étendent aux messages de précautions sanitaires.

Enfin, l'épidémie d'Ebola accompagnée par son flot de rumeurs a été la cible de récupérations politiques et ce tout particulièrement à l'approche des élections gouvernementales.¹¹⁵

Plus généralement les rumeurs concernant Ebola ont eu comme conséquences de nourrir le feu des tensions entre les populations et les gouvernements en place et de créer un climat d'insécurité permanent.

Conséquences sur les organisations non gouvernementales et le personnel soignants :

Selon Alain Epelboin : « *les tentations de récupération politique de l'aide internationale sont fortes tant pour le pouvoir en place que les opposants* ».

Les rapports entre les institutions internationales, ONG et gouvernements locaux et la perception de ceux-ci par les populations locales ont été déterminant dans l'efficacité de la réponse. Malgré la volonté de garder leurs indépendances, nombreuses sont les ONG – dont MSF- qui ont été accusées de pactiser avec les gouvernements locaux. Les rumeurs accusaient tantôt l'Occident d'avoir créé le virus dans le but de générer du profit dont une part serait redistribuée aux gouvernements locaux, tantôt les gouvernements locaux étaient accusés d'avoir créé ou d'inoculer volontairement le virus afin de susciter une crise d'une ampleur telle qu'une intervention internationale et le déblocage de fonds conséquents devenaient inévitables. Peu importe l'objet et la forme de ces rumeurs, elles font un lien indissociable entre les gouvernements, les institutions internationales et les acteurs humanitaires qui permet difficilement à ces derniers de se départir de l'image des intérêts mercantiles ou malins imputées aux autres. Les répercussions de tels discours sur les ONG sont bien réelles.

¹¹⁴ EPSTEIN, H. « *Ebola in Liberia : an epidemic or Rumors.* » Décembre 2014. URL : <http://www.nybooks.com/articles/archives/2014/dec/18/ebola-liberia-epidemic-rumors/>

¹¹⁵ C'est par exemple actuellement le cas en Guinée Conakry où l'opposition accuse le président Alpha Condé d'utiliser l'épidémie d'Ebola comme argument pour justifier le faible taux de la croissance économique. http://www.lemonde.fr/afrique/article/2015/01/22/guinee-alpha-conde-sur-tous-les-fronts-avant-l-election_4561087_3212.html

Il semble que les rumeurs aient joué un rôle important dans la genèse des manifestations de violences. En août 2014, à Monrovia, un centre de traitement a par exemple été attaqué par des hommes armés, sous prétexte que la maladie n'existait pas, « provoquant la fuite » de 17 patients.¹¹⁶ Au cours des entretiens, l'attitude apeurée de certaines populations a été confirmée par le personnel de Médecins Sans Frontières. Ces populations pleuraient, hurlaient à leur arrivée dans les villages. Ces peurs se sont parfois transformées en actes de violences pendant lesquelles les équipes de sensibilisation (locale ou internationale) étaient accueillies par des jets de pierres. Enfin, ces actes de violences atteignirent leur paroxysme en Guinée lorsqu'en Septembre 2014 les huit membres d'une mission de sensibilisation locale furent assassinés à coup de bâtons, pierre et machettes dans le village de Womé. Ces actes étaient portés par la rumeur selon laquelle cette délégation collaborait avec les ONG pour les tuer car « Ebola n'était qu'un virus des blancs pour tuer les noirs ».^{117 118}

L'installation des CTE s'est aussi effectuée dans des conditions difficiles. Les populations vivant autour des zones destinées à être transformées en centre de traitements s'y sont fortement opposés. La peur d'être contaminé par proximité apparaît comme facteur évident expliquant les réticences exprimées par les populations locales et les rumeurs n'ont fait qu'exacerber la méfiance déjà présente. L'anthropologue Emilie Venable a d'ailleurs souligné ces difficultés lors de la mise en place du centre ELWA 3 à Monrovia au Liberia.¹¹⁹

Le centre de traitement Ebola monté par MSF à Macenta en Guinée-Conakry a aussi dû être temporairement fermé, le personnel y étant accusé d'avoir importé le virus.¹²⁰ Les rumeurs visant directement le personnel soignant ont eu pour conséquences d'augmenter la méfiance des individus envers les structures sanitaires mais elles ont aussi été une épreuve difficile à vivre pour le personnel soignant. La stigmatisation et l'exclusion de ces derniers par leurs proches étant relativement communes au cours de cette épidémie comme des précédentes.¹²¹

Plus généralement les rumeurs concernant les ONG et le personnel de soins ont généré une situation dans laquelle les patients évitaient les centres de soins, dissimulaient leurs malades, manipulaient les

¹¹⁶ Auteur inconnu (éditorial), « Ebola : un centre d'isolement attaqué au Libéria » Le Monde, 16 Août 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/16/ebola-le-kenya-ferme-ses-frontieres-aux-voyageurs-venant-de-guinee-du-liberia-et-de-sierra-leone_4472520_3244.html. Provoquant la fuite » est ici mis en parenthèse parce que le style journaliste donne le sentiment que ceux-ci étaient emprisonnés.

¹¹⁷ Auteur inconnu (non précisé), « Guinée : attaque meurtrière contre une équipe anti-Ebola, 27 suspects arrêtés » Jeune Afrique, 25 Septembre 2014. URL : <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAWEB20140925092247/>

¹¹⁸ 11 des accusés ont depuis été jugés et condamnés : Auteur inconnu (non précisé), « Guinéens condamnés à perpétuité dans l'affaire du 'drame de Womey' » Jeune Afrique, 22 Avril 2015. URL : <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAWEB20150422135952/>

¹¹⁹ Venables, Emilie « 'One man can become an atomic bomb for the whole nation' : perceptions of ELWA 3 and survivor stigma in Monrovia, Liberia », MSF, December 2014

¹²⁰ OMS, « lutter contre les idées fausses qui entourent la maladie à virus Ebola en Guinée » Avril 2014. URL : <http://www.who.int/features/2014/ebola-myths/fr/>

¹²¹ Hewlett Bonnie L & Hewlett Barry S « Providing care and Facing death : Nursing during Ebola outbreaks in central Africa » Journal of Transcultural nursing, Vol 16 n°4, Octobre 2005, 289-297

cadavres ou pratiquaient des inhumations sans aucune protection.¹²² Elles ont aussi exacerbé les violences verbales et physiques à l'encontre du personnel des organisations humanitaires, autant chez les expatriés que chez le personnel local.

Enfin ces rumeurs ont aussi eu pour conséquences de complexifier les procédures de sensibilisation mise en place par les ONG. En dehors des difficultés d'accessibilité aux zones touchées due aux réticences des populations, elles ont aussi décrédibilisé ou inséré des doutes quant à la véracité des propos avancés par les équipes de promotions de la santé. De sorte que les messages sanitaires ne peuvent être correctement appropriés ou sont rejetés.

Conséquence des rumeurs de traitement

Les rumeurs de traitements ont-elles aussi eu des répercussions sur la propagation de l'épidémie et le taux de mortalité.

Aucune donnée scientifique n'est disponible sur l'efficacité des traitements alternatifs. Néanmoins, il semble possible de penser que les chances de survie sont moindres dans le cas d'un recours à ce type de traitements.

On peut raisonnablement penser que les rumeurs de traitement curatif ont eu pour conséquences de rendre envisageable pour les patients un traitement à domicile ou de retarder l'arrivée de ces derniers dans les CTE. Le non suivi des patients contaminés ou l'arrivée tardive dans ces centres donne au virus un laps de temps suffisamment long pour qu'il tue ou que de nouvelles chaînes de transmissions soient créées.

Enfin, les rumeurs concernant la prophylaxie de la maladie, lorsqu'elles concernent la consommation d'oignons ou de concoctions diverses semblent moins nuisibles, si ce n'est sans conséquences réelles. Pourtant la peur, que l'on peut parfois qualifier de psychose, ayant atteint des pays relativement peu touchés par l'épidémie, a poussé certaines personnes à mettre en pratique la rumeur selon laquelle la consommation d'eau salée protégerait de la maladie. Or l'eau salée consommée en grande quantité induit une élévation subite de la tension artérielle qui peut entraîner la mort.¹²³ Selon des sources journalistiques au Niger, où cette pratique s'est avérée particulièrement courante, deux individus en sont morts.¹²⁴

¹²² Epelboin, A : « *Approche Anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry* » [Research report] OMS, 2014, pp.34.

¹²³ Ajakaye, R, « *Face à l'Ebola, les Nigériens s'en remettent à l'eau salée* » Anadolu Agency, 14 Août 2014. URL : <http://www.aa.com.tr/fr/afrique/373549--face-a-lebola-les-nigeriens-s-en-remettent-a-l-eau-salee>

¹²⁴ RASPLUS, J, « *Ebola : vols de reins et oignons miracles, les rumeurs les plus folles sur le virus* » France TV info, 25 Septembre 2014. URL : http://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/ebola/ebola-vols-de-reins-et-oignons-miracles-les-rumeurs-les-plus-folles-sur-le-virus_702169.html

Conséquences générales sur l'épidémie.

Quantifier statistiquement l'influence et la part de responsabilité des rumeurs dans la propagation de l'épidémie et dans les difficultés à la contenir semble difficile, voire impossible. Aucune donnée statistique abordant la question des rumeurs n'est à ce jour disponible.

Il est vraisemblable que les rumeurs ont contribué à créer un climat peu favorable aux recours aux institutions sanitaires locales et internationales. En conséquence, les protocoles d'isolement permettant d'empêcher la transmission du virus ne pouvaient être strictement appliqués, de sorte que de nouvelles chaînes de transmissions pouvaient apparaître et propager l'épidémie. Au cours d'une séance d'observation au sein du centre opérationnel Bruxellois de MSF portant sur l'évolution de la situation et des stratégies mises en œuvre pour lutter contre le virus au Libéria, le cas d'un soignant libérien travaillant pour l'organisation a été présenté. Celui-ci, infecté suite à manque de précaution, aurait contaminé sa famille ainsi que d'autre personnel soignant avant de décéder du virus. Selon MSF ce cas unique a multiplié les chaînes de transmissions de la maladie et a résulté en la résurgence d'une flambée épidémique relativement localisée. Cette exemple illustre comment une seule et unique personne contaminée peut relancer l'épidémie.

En plus de créer un climat d'insécurité générale, la rumeur apparaît comme la cause et la conséquence du sentiment de méfiance régulièrement cité pour expliquer les nombreuses réticences des populations à participer à la lutte contre l'épidémie

Plus généralement les rumeurs forment toute une série d'obstacles à la prise en charge des malades et à leur isolement et tendent donc à retarder l'endiguement de l'épidémie. En cela elles sont véritablement un facteur à prendre en compte dans la gestion de l'épidémie.

Chapitre III : MSF et la gestion des rumeurs : stratégies et mesures.

3.1) Présentation de l'organisation :

L'organisation non gouvernementale « Médecins Sans Frontières » se présente comme une organisation humanitaire à vocation médicale. Internationale, indépendante, elle propose une assistance médicale aux populations victimes de conflits armés, d'épidémies, de famines et de catastrophes naturelles. Elle répond principalement aux urgences, mais lors de conflits prolongés ou d'instabilité chronique, l'organisation offre aussi des services à plus long terme.

Après avoir été témoin des ravages causés par le conflit opposant le gouvernement Nigérian à la région indépendantiste du Biafra entre 1967 et 1970, un groupe de médecins recruté par la Croix-Rouge Française pendant le conflit décide de créer une organisation médicale d'urgence.¹²⁵ En décembre 1971, en partenariat avec des journalistes du magazine médical Tonus, le groupe fonde l'organisation « Médecins Sans Frontières ».¹²⁶ Le but étant de créer une association alliant l'humanitaire et actions de sensibilisations auprès des médias et des politiques. Bien qu'aujourd'hui le bureau international de l'organisation siège à Genève, son origine est française.

En 1980, suite à des désaccords internes, Médecins Sans Frontières se scinde en deux pour donner naissance à l'organisation « Médecins du Monde ».

C'est le journaliste Philippe Bernier qui rédige la charte qui servira de ligne directrice à l'organisation. Celle-ci rappelle les valeurs de l'organisation:

« Les Médecins Sans Frontières apportent leur secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, religion, philosophie ou politique. Œuvrant dans la neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs

¹²⁵ Auteur inconnu (non précisé), « 1971 : la création de Médecins Sans Frontières ». MSF, (date non précisée). URL : <http://www.msf.fr/histoire-sommaire-book-page/1971-creation-medecins-sans-frontieres>

¹²⁶ Médecins Sans Frontière est une organisation co-fondé par 11 médecins et 2 journalistes dont certains sont aujourd'hui devenu des personnages public, c'est le cas du très médiatisé : Bernard Kouchner.

ayants droit aucune compensation, autre que celle que l'organisation sera en mesure de leur fournir. »¹²⁷

En termes d'organisation interne, l'ONG internationale est découpée en cinq sections « opérationnelles » principales. Ces sections ont pour responsabilité la mise en place des missions et des protocoles d'intervention. Elles sont aujourd'hui désignées selon leur acronyme anglais « Operational Center » et réparties sur cinq pays :

-OCB : Centre opérationnel de Bruxelles, Belgique.

-OCBA : Centre opérationnel de Barcelone, Espagne.

-OCP : Centre opérationnel de Paris, France.

-OCA : Centre opérationnel d'Amsterdam, Pays-Bas.

-OCG : Centre opérationnel de Genève, Suisse.

A chacun de ces centres opérationnels est affiliée une ou plusieurs sections « partenaires » ou « satellites » dont l'activité consiste à réaliser des campagnes de sensibilisation, à recruter, à permettre le bon suivi des expatriés et enfin à mobiliser les fonds. Il existe 18 de ces sections réparties à travers le monde.

Médecins Sans Frontières se veut, autant que possible, indépendante et principalement financée par des donateurs privés. Selon son rapport annuel 2013, 89% de son budget provient de fonds privés, 9% de fonds institutionnels publics et 2% d'autres sources.¹²⁸ Les recettes totales pour la même année étaient de 1.01 milliard d'euros et ses dépenses s'élevaient à 953 million d'euros. Ces dépenses sont réparties en deux catégories : 80% sont allouée aux missions humanitaires ou « missions sociales » et 20% aux frais de gestion et d'administration ainsi qu'à la recherche de fonds.¹²⁹ La part importante des ressources obtenues par le biais des donateurs privés assure à l'organisation une certaine flexibilité quant à l'utilisation de ses fonds. A titre de comparaison, le budget annuel de l'OMS est de 2 milliard de dollars, cependant 80% de ses ressources viennent de contribution ciblées sur un problème particulier, ce qui permet difficilement à cette organisation de lancer des projets selon une politique propre.

¹²⁷ Auteur inconnu (non précisé), « *La charte de Médecins Sans Frontières* ». MSF (date non précisée), URL : <http://www.msf.fr/association/charte-medecins-sans-frontieres>

¹²⁸ Auteur inconnu (non précisé), « *Rapport international des activités 2013* » MSF, 2013. URL : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_activity_report_2013_fr.pdf

¹²⁹ *Ibid.*

Pour l'année 2014, MSF a dépensé près de 60 million d'euros pour répondre à l'épidémie d'Ebola dans les trois pays concernés et autres pays d'Afrique de l'Ouest.¹³⁰

En 2013, l'organisation compte 35000 membres dont 85% engagés localement, 8% de personnel international sur le terrain et 7% de personnels employés dans l'un des sièges.¹³¹

3.2) MSF, une organisation en première ligne ?

Médecins Sans Frontières est présentée comme « en première ligne » dans la lutte contre Ebola. *La Libre Belgique*, quotidien belge francophone connu, publie en septembre 2014 un article dont le titre est justement : « *Médecins Sans Frontières en première ligne contre Ebola.* »¹³² Les premières phrases de l'article marque la volonté de souligner la position particulière de l'organisation : « *Médecins sans frontières, dont une volontaire française a été contaminée par le virus Ebola, est en première ligne dans la lutte contre l'épidémie en Afrique...* »¹³³. Au début du mois d'août, le journal français *Le monde* tient des propos similaires et son envoyé spécial Rémi Barroux raconte : « *Avec les équipes de MSF, en première ligne dans la guerre contre Ebola, nous avons parcouru des centaines de kilomètres au cœur du triangle de l'épidémie, dessiné par les villes de Guéckédou (Guinée), Kailahun (Sierra Leone) et Foya (Liberia).* »¹³⁴

Durant les entretiens effectués pour ce travail, la question « Quel a été pour vous le rôle de MSF dans la lutte contre Ebola ? » a été posée aux participants. Le caractère avant-gardiste des équipes MSF y est souligné comme en témoigne les extraits d'entretiens suivants :

« *C'est un rôle hallucinant ce que MSF a fait ! On n'a jamais fait ça. On s'est retrouvé en première ligne de tout ! C'est historique ! On s'est retrouvé en première ligne pour faire du plaidoyer, pour faire du lobbying. On a été invité à l'ONU au conseil de sécurité ! On a un staff national Libérien qui a été invité au conseil de sécurité de l'ONU. On n'a jamais connu une telle visibilité ! Y'avait que nous. Y'avait que nous. On a été les premiers à y aller. Il a fallu supplier pour que d'autres organisation d'jump¹³⁵, qu'ils se décident...* » [Extrait d'entretien avec Rachel]

« *Le rôle que l'OCB a joué, c'est un rôle de leader et de référent technique pour comment gérer.* » [Extrait de l'entretien avec Dominique]

¹³⁰ « *Pushed to the Limit and Beyond, a year into the largest ever Ebola Outbreak* » [Report] MSF, 2015.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² Auteur Inconnu (non précisé) & AFP, « *MSF en première ligne contre Ebola.* », *La Libre*, 18 Septembre 2014. URL : <http://www.lalibre.be/dernieres-depeches/afp/medecins-sans-frontieres-en-premiere-ligne-contre-ebola-541af41e35708a6d4d573376>

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Barroux, R, « *Avec les damnés du virus Ebola* » *Le Monde*, 1 Août 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/01/avec-les-damnes-du-virus-ebola_4465188_3244.html

¹³⁵ D'jump : « fasse le saut »

Si « être en première ligne » signifie être les premiers à agir et agir sur la « ligne de front », il est alors indéniable que l'organisation ait joué un tel rôle. C'est en effet durant les premières semaines de Mars 2014 que le ministère de la santé Guinéen a pris contact avec le bureau de MSF à Genève pour les informer de la présence d'une « maladie mystérieuse » sur leur territoire. Suspectant, dans un premier temps, une fièvre hémorragique de type Lhassa et puis enfin Ebola, Médecins Sans Frontières y envoie trois équipes dans les jours qui suivent. Le 22 Mars 2014, suite à la confirmation de la présence du virus Ebola dans les échantillons envoyés aux laboratoires européens, le gouvernement Guinéen déclare officiellement l'épidémie d'Ebola. Une semaine plus tard, l'organisation tire une première sonnette d'alarme en déclarant l'épidémie comme « sans précédent ».¹³⁶ Dans les semaines qui suivent, MSF envoie plus de 60 expatriés internationaux en Guinée afin de mettre en place les premiers centres de traitements à Guéckédou, Macenta et Conakry.¹³⁷ La présence de l'organisation depuis 2010 en Guinée sur des projets de plus long terme et celle d'une équipe expérimentée dans les fièvres hémorragiques en Sierra Leone au mois de Mars a permis d'organiser le début de la réponse de façon extrêmement rapide.

Une question perdure cependant : Une autre organisation ne pouvait-elle pas aussi prendre en charge la réponse à cette épidémie ? Tout d'abord, Médecins Sans Frontières est avant tout une organisation médicale, spécialisée dans la réponse rapide aux urgences. Elle était donc mieux adaptée et préparée pour répondre à cette épidémie, contrairement à d'autres organisations qui, bien qu'elles puissent apporter leurs aides, sont souvent limitées dans le cadre de leurs missions.¹³⁸

Au-delà, l'expertise spécialisée même que possède l'organisation MSF -et tout particulièrement son centre opérationnel Bruxellois- est ancrée dans son histoire¹³⁹ :

« Le rôle que MSF a eu dans la gestion de l'épidémie vient du rôle que MSF a eu dans le Congo depuis la fin des années 70'. Ça veut dire que, MSF a été présent sur toutes les épidémies documentées d'Ebola qu'il y a eu historiquement. Et ce, depuis le début [...] On a dans la maison quelques personnes qui historiquement les ont faites presque toutes. [...] Allez, MSF Belgique, avant qu'il s'appelle OCB a historiquement un ancrage au Congo qui remonte à Mathusalem. Même si on remonte avant les années 90' on faisait encore ce qu'on appelait des districts opérationnels, ça veut dire que par exemple, MSF était en charge de toute la province de l'équateur au Congo. Si tu vois la taille de ce que c'est, ça veut dire qu'une organisation comme la nôtre qui en plus d'autres activités

¹³⁶ L'épidémie a rapidement été qualifiée de « sans précédent s » principalement parce que les nombreux foyers étaient repartis sur de larges zones géographiques. Contenir l'épidémie semblait donc beaucoup plus complexe que dans les cas répertoriés précédemment.

¹³⁷ Source interne à MSF : « *Pushed to the Limit and Beyond, a year into the largest ever Ebola Outbreak* » [Report] MSF, 2015.

¹³⁸ En effet, les organismes ayant une mission spécifique ne sont pas armés de toutes les compétences nécessaires pour répondre à ce type d'épidémie. C'est le cas, par exemple, d'Action Contre la Faim (ACF) dont la mission s'axe autour des problématiques de nutrition.

¹³⁹ Depuis 1995.

dans le Congo, était responsable de l'accès aux soins de toute la province de l'équateur.[...] Donc MSF Belgique et les autres sections aussi, ont été très longtemps associé au Congo. C'est comme ça qu'à chaque fois que tu as eu des résurgences (des épidémies d'Ebola), c'est toujours MSF qui a répondu et qui était appelé par le ministère ou par le gouvernement pour leur donner un coup de main dans la réponse. Donc on a souvent été sollicité. » [Extrait d'entretien avec Julien]

Dans un second entretien des propos similaires soulignent eux-aussi le caractère historique de l'expertise Ebola détenu par l'OCB :

*« On a eu assez peu d'épidémies d'Ebola, assez peu massives et en général dès le début, MSF Belgique a développé une expertise Ebola reconnue au sein de toutes les sections. Du coup quand il y a eu des crises assez importantes, petites mais assez importantes, en général c'est l'expertise OCB qui est d'abord déployée. Ce qu'a fait MSF Belgique c'est qu'il a d'abord formé une équipe de quelques personnes. Je crois que c'est une équipe de moins de dix personnes. En général des gens basés au siège avec l'expertise Ebola. On a eu L*** qui était un ancien coordinateur des opérations.[...] Donc, quand il y avait un cas avéré d'Ebola, c'était lui et sa petite équipe qui étaient d'abord déployés. C'est comme ça que MSF Belgique a gardé le leadership sur le déploiement du protocole Ebola par rapport à toutes les autres sections MSF. [...] Quelque part, MSF Belgique est resté le centre opérationnel le plus expérimenté par rapport à l'Ebola. » [Extrait d'entretien avec Martin]*

Si peu d'autres acteurs ont une telle expertise en matière de fièvres hémorragiques virales c'est aussi parce que, jusqu'à présent, ces flambées épidémiques étaient limitées dans le temps et l'espace. Les fonds et les ressources humaines alloués à la lutte contre les fièvres hémorragiques étaient très limités :

« Maintenant, si tu regardes sur la distance, d'autres acteurs ont désinvesti les fièvres hémorragiques, parce qu'il faut dire que jusqu'à la présente, l'actuelle qui n'est pas encore finie, les fièvres hémorragiques ont toujours été des flambées très isolées, très recluses, très reculées, peu accessibles et dans des poches qui disparaissaient vite.[...] Donc il y a très peu d'intérêts sur le développement [...] C'était jamais des épidémies qui faisaient plus de trois mois, donc il n'y avait jamais le temps de pouvoir développer, de pouvoir investir. C'était un marché négligé. Il n'y avait pas d'intérêts pour les autres acteurs et une des illustrations de cela [...] est que même l'OMS a réduit et diminué son département de fièvre hémorragique » [Extrait d'entretien avec Julien]

Dans ce contexte, le nombre de spécialiste dans ce domaine a été réduit à une poignée de personnes. Ces spécialistes et principalement MSF Belgique, rapidement dépassé par l'ampleur de l'épidémie, se sont alors vus imposé un rôle de formateur pour les autres organismes souhaitant apporter leur soutien à la lutte contre Ebola.

Avec des moyens financiers et des ressources humaines consacrées à Ebola très limités, les autres organisations de la communauté internationale se sont trouvées mal préparées au début de l'épidémie

et n'ont réagi que de façon tardive. Les réticences de la part des gouvernements Guinéens puis Libérien à reconnaître la sévérité de l'épidémie et les propos tenus par les représentants de l'OMS en Avril 2014 tendant à nier le caractère sans précédent de cette épidémie ont aussi participé à la lenteur de la mise en place d'une réponse au niveau international. Il a fallu attendre le 8 août 2014 pour que l'OMS déclare officiellement l'épidémie « urgence de santé publique de portée mondiale » soit, cinq mois après la première alarme lancée par MSF et huit mois après le début de l'épidémie.

Les moyens financiers, logistiques et humains propre à MSF expliquent aussi la capacité d'action de l'organisation. En 2014, MSF a dépensé plus de 60 million d'euros dans la réponse à l'épidémie d'Ebola.¹⁴⁰ Plus de quinze centres de traitement et de transits ont pu être mis en place dans les trois pays principalement concernés et des centaines d'expatriés ont été envoyés sur le terrain. La carte suivante illustre les activités déployées par MSF :

¹⁴⁰ Source interne à MSF : « *Pushed to the Limit and Beyond, a year into the largest ever Ebola Outbreak* » [Report] MSF, 2015.



Image n°3. Source: « Pushed to the Limit and Beyond, a year into the largest ever Ebola Outbreak » [Report] MSF, 2015.

Les fonds propres disponibles à MSF ainsi que ses ressources humaines lui permettent d’agir ainsi sur plusieurs fronts sans être limitée par les bailleurs de fond, comme en témoignent les deux extraits d’entretiens suivants :

« Parce qu’on a beaucoup de fond propre on est capable d’agir extrêmement vite. [...] C’est un peu la clef pour pouvoir être opérationnel rapidement sur des zones de crises extrêmes : c’est les moyens et les ressources humaines. » [Extrait d’entretien avec Martin]

« D’abord parce qu’on avait l’expertise technique, parce que l’argent est rarement un problème pour MSF, ce qui est agréable aussi, tu vois on n’est pas poings liés avec des bailleurs. On brasse pas mal

d'argent et on peut se dire : ok, demain on ouvre un compte Ebola et on sait qu'on aura des millions sur le compte et ça nous permet de faire comme on veut » [Extrait d'entretien avec Dominique]

Tous ces facteurs conduisent à faire de MSF (et tout particulièrement son centre opérationnel Bruxellois) un acteur non seulement en « première ligne », mais de premier plan dans la lutte contre Ebola. Les membres de MSF sont des acteurs de terrain efficaces et ils jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'épidémie actuelle mais aussi dans la prévention de la maladie.

3.3) Description des stratégies et mesures mises en œuvre :

Comme déjà dit, au fil des années, MSF s'est construit une expertise autour des fièvres hémorragiques virales. Cette expertise a été synthétisée dans un guide pratique de directives visant à présenter les stratégies et procédures de l'organisation pour lutter contre ces pathologies. La dernière version de ce manuel date de 2008 et a servi de support à la réponse mise en place au cours de l'épidémie actuelle. Dans le cadre de ce travail, ce manuel a permis une meilleure compréhension des protocoles propres à MSF et des stratégies d'interventions générales.¹⁴¹

Les stratégies générales d'intervention :

Lorsqu'une épidémie de fièvres hémorragiques virales de type Marbourg ou Ebola est suspectée, il revient généralement aux ministères de la santé locaux, à l'OMS ou encore au Centre de Contrôle des maladies (CDC) d'envoyer une première équipe récolter les échantillons qui permettront de confirmer la présence ou non du virus.

Cependant, il arrive parfois que l'évaluation de la situation et le prélèvement des échantillons en vue d'une confirmation soit effectués par MSF même, ce qui a été le cas au cours de l'épidémie actuelle. Après le lancement d'une première alerte de suspicion, l'organisation envoie une « mission d'exploration » dont l'objectif premier est d'effectuer les prélèvements qui permettront confirmation. A la suite de quoi, la même équipe tentera d'évaluer la capacité de réaction des systèmes de santé locaux, définira les zones prioritaires d'intervention et formulera des recommandations d'action spécifiques au contexte.

C'est lorsque la présence du virus est confirmée que MSF lance la riposte avec de deux objectifs principaux :

1. Stopper la transmission et éteindre la flambée.
2. Réduire le taux de mortalité et la souffrance des patients.

¹⁴¹ Sterk, E « Fièvre hémorragiques virales à Filovirus, Directive » MSF OCBA, 2008.

Empêcher l'épidémie de se répandre implique d'isoler les patients suspects, probables ou confirmés.

Pour cela, une première phase consiste à diriger les patients suspects vers un centre dit « de transit » où des prélèvements sanguins sont effectués. Lorsque les résultats des examens sont négatifs le patient peut rentrer chez lui. Dans le cas où les résultats s'avèrent positifs celui-ci est transféré dans un centre de traitement Ebola (CTE).

Pour limiter l'expansion nosocomiale de l'épidémie, toutes les procédures de décontamination et mesures de sécurité doivent aussi être strictement respectées par tous, au sein des CTE comme en dehors. Au cours de l'épidémie actuelle, une politique appelée « no-touch policy » interdisait par exemple au personnel de MSF d'avoir des contacts physiques tant avec les patients qu'avec les autres membres de l'organisation.

Au long de la flambée, les procédures médicales invasives sont limitées et les campagnes de vaccination interrompues. Enfin, MSF met en place un système de surveillance permettant la recherche et le suivi des personnes ayant été en contact avec un individu infecté. Cette étape, primordiale pour endiguer l'épidémie, est généralement appelée « contact tracing ».

Le « contact tracing » fait partie des activités menées par de petites équipes dites de « Outreach », qui englobent la majorité des activités extérieures aux centres de traitements tels que : le transport en ambulance des patients infectés, les décontaminations d'habitations, et les procédures d'inhumation.

En parallèle de ces actions, l'organisation préconise la mise en place d'un groupe de travail/d'un comité de crise de niveau régional ou national responsable de la coordination entre les différents acteurs. Ces comités réunissent les principaux acteurs concernés- Ministère de la Santé local, organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales spécialisées ainsi que les services de laboratoire- dans le but de déterminer les zones prioritaires d'intervention, de répartir les différentes actions selon l'expérience de chaque acteurs, de réunir les moyens nécessaires à la lutte contre le virus et enfin d'harmoniser les messages adressés à la population.

La mise en place d'une infrastructure d'isolement ou d'un centre de traitement est souvent problématique. Les réticences et le manque de collaboration de la part des populations locales sont des phénomènes connus de l'organisation. Le guide de directives cite même :

« Les chambres ou le service d'isolement peuvent être mal perçus par la population. Il est donc préférable d'éviter d'utiliser le terme « isolement » et de préférer l'expression « chambre ou service Marbourg Ebola ». Il est primordial que la communauté accepte le service Marbourg/Ebola pour qu'il devienne un système de contrôle d'épidémie et un centre de soins efficace. Les patients et leurs proches peuvent s'opposer violemment à une admission dans le service Marbourg/Ebola. Les populations ont très peur de la maladie et refusent souvent d'admettre qu'elles ont été infectées.[...] »

De plus, les personnes atteintes peuvent être conscientes des faibles chances de survie et de l'inexistence de traitement curatif et préfèrent donc être soignées et mourir chez elles, entourées de leurs proches et non pas d'inconnus dans un environnement effrayant. »¹⁴²

Dans le cas où les patients refusent catégoriquement d'être emmenés dans un centre de transit et/ou de traitement, l'organisation propose une alternative : « les soins et réduction des risques à domicile ». Un équipement de protection et du matériel de décontamination sont fournis, le proche est formé et un suivi par une équipe mobile de MSF doit être organisé. MSF ne fonctionne que par l'accompagnement des populations, jamais par la coercition de celles-ci.

Cette alternative comporte cependant des risques et ne permet pas véritablement de briser les chaînes de transmission. Si de telles procédures sont envisageables lors de petites épidémies localisées, on peut imaginer les problèmes qu'elles posent lors d'une épidémie de l'ampleur de celle qui touche actuellement l'Afrique de l'ouest. Le suivi individuel était par exemple impossible compte tenu du déficit des ressources humaines.

Afin de rendre plus acceptable l'installation des centres de traitement et de convaincre les populations d'en faire usage, l'organisation fait appel au travail des « promoteurs de la santé ».

La promotion de la santé.

MSF définit la promotion de la santé comme :

« Le renforcement des savoirs liés à la santé et des compétences qui permettent aux patients et à la communauté de prendre de meilleures décisions au sujet de leur santé et d'agir en conséquence »¹⁴³

Il s'agit aussi de « Construire un pont permettant la compréhension entre d'un côté MSF et de l'autre les communautés locales »¹⁴⁴

Dans le cadre des épidémies de Fièvres Hémorragiques à virus Ebola, le rôle des promoteurs de la santé (appelé HP au sein de l'organisation¹⁴⁵) consiste à informer les populations, non seulement de l'existence et des spécificités du virus- modes d'actions, modes de transmission... - mais aussi des activités organisées par MSF. Ils doivent gagner la confiance des populations, les convaincre d'avoir recours aux centres de traitement et d'adopter les comportements les moins à risques quitte à modifier

¹⁴² Sterk, E « Fièvre hémorragiques virales à Filovirus, Directive » MSF OCBA, 2008.

¹⁴³ Document interne à MSF : « Health promotion draft », MSF, 2014.

¹⁴⁴ Document interne à MSF, Al-Kourdi Y, « Ebola training, Health promotion » Janvier 2015, MSF.

¹⁴⁵ HP : health promoters

des pratiques très ancrées.¹⁴⁶ Enfin, ils sont chargés de faire remonter les informations et de faire des recommandations concernant les perceptions et pratiques locales aux différentes équipes et départements de l'organisation. Idéalement les activités des promoteurs de la santé doivent commencer le plus rapidement possible après la confirmation biologique de la présence du virus.

Une première étape pour les promoteurs de la santé, consiste à mener une enquête sur le contexte social général : ressources locales, croyances et pratiques liées aux facteurs de risques connus, ... etc. Par la suite, ils tenteront d'obtenir des informations sur les activités des autres acteurs principaux, en particulier au sujet des messages d'information transmis par les ministères de la santé ou par l'OMS dans le but de voir si une collaboration est possible. C'est après avoir effectué cette première étape que le département de promotion de la santé peut définir la stratégie à adopter et commencer à organiser ses activités.

Les promoteurs de la santé agissent à différents niveaux :

- Dans les activités de « outreach » : ils accompagnent les différentes équipes de l'organisation dans leurs activités (décontamination, contact tracing...)
- Dans les espaces d'attente des centres de transit ou de traitement : les HP doivent avoir formé le staff local afin qu'ils puissent fournir des informations claires et adaptées aux patients.
- Dans les espaces publics : Tout espace qui réunit un nombre important d'individus peut être un terrain où le HP diffuse ses messages.
- Chez les particuliers : dans les zones rurales, les équipes mobiles de HP iront faire de la sensibilisation.
- Dans les communautés à proximité des centres de traitement et de transit : ces lieux suscitent au départ de nombreuses réticences de la part des populations locales. Le rôle du HP est ici, d'établir une voie de communication et d'être transparent sur ce qu'il se passe à l'intérieur des structures de santé.¹⁴⁷

En collaborant avec les épidémiologistes, les promoteurs de la santé peuvent cibler des groupes à haut risque et diffuser de façon plus pertinente leurs messages. Des personnes « clefs » seront aussi désignées, généralement des leaders religieux et communautaires.

Afin de sensibiliser les populations dans divers lieux, les promoteurs de la santé font appel à tout un ensemble d'outils de communication : porte à porte, films, radios locales, théâtre, posters, jeux etc.

¹⁴⁶ Cette question a été particulièrement importante au cours de cette dernière épidémie. Les pratiques d'inhumation propres aux populations locales ont, par exemple, été modifiées de force par les autorités. Ces changements imposés dans les pratiques ont été marqués par de nombreuses réticences. Or, il a été observé que lorsqu'il existe une bonne communication entre l'acteur et les populations locales, ces dernières acceptent de voir dans l'épidémie une situation exceptionnelle qui justifie des modifications temporaires.

¹⁴⁷ PPE : Personal Protection Equipment. Il s'agit du terme utilisé au sein de l'organisme pour définir les combinaisons de protection utilisées dans les centres de traitements et lors de la gestion des corps.

Le témoignage suivant illustre certaines activités propres aux promoteurs de la santé :

« Quand il y a une intervention dans la communauté c'est d'abord le HP qui parle, qui sort et qui parle et qui explique en fait pourquoi les gens sont en combinaisons (de protection) s'il y en a besoin, notamment pour la gestion des corps. Donc c'est le HP qui va expliquer et qui explique tout le pourquoi du comment avant même que les gens se posent la question et c'est la même chose dans les centres. Quand il y a une nouvelle admission, le HP va expliquer pourquoi les gens sont habillés en combinaisons [...] Le HP, en général, fait aussi rentrer la famille dans le centre en zone bas risque, parce qu'il y a des zones de visites quand les patients sont mobiles. [...] et il lui montre comment ça se passe. » [Extrait d'entretien avec Zoe]

Ces activités ne sont pas sans risque dans le contexte Ebola, une situation relativement nouvelle pour les HP, comme le souligne cet extrait d'entretien :

« Dans cette épidémie c'était un travail fondamental (le travail des HP)[...] là où c'était flippant aussi, c'est qu'ils portaient toute la journée en outreach. Ils portaient pas en full PPE, ils portaient dans la communauté en jean, basket avec leur t-shirt et il fallait faire attention.[...] je dis pas que quand tu es dans les centres tu es protégé mais quand tu es dans le centre t'as obligatoirement les bottes, les gants [...] dès que tu rentres en zone high risk, tu es en full PPE, à la limite tu es plus protégé quand tu es dans le CTE avec les cas confirmés à deux mètres de toi que quand tu vas dans la communauté en outreach. Donc c'est là aussi qu'il y avait une dimension nouvelle pour les HP, c'est qu'ils étaient vachement en danger. » [Extrait d'entretien avec Rachél]

L'exécution des protocoles et des activités spécifique aux HP est sous la responsabilité du chef de l'équipe des promoteurs de la santé. Celui-ci est généralement un expatrié employé par un des centres opérationnels de MSF. Afin de mettre en place les activités de sensibilisation, il doit recruter et former une équipe locale. Il peut par exemple faire appel à des volontaires de la Croix-Rouge locale ou recruter des individus dans les villages affectés par la maladie. Il doit, avant tout, former son équipe, leur enseigner les notions essentielles, les outils disponibles et s'assurer de l'harmonisation des messages diffusés. Pour cela les centres opérationnels mettent à leur disposition tout un ensemble de documents et outils.

Une de nos premières séances d'observation participante au cours de ce travail a justement porté sur ce sujet. Avant même le début de notre stage, nous avons été invité au mois de Décembre 2014 à assister à une réunion visant à tester l'efficacité des outils créés en vue de former les équipes locales. Le déroulement de celle-ci devait être un exemple de formation type donnée aux HP locaux. Ce jour-là, elle réunissait le département de promotion de la santé ainsi que d'autres membres, volontaires, du personnel de l'OCB.

La réunion, découpée en quatre séances a duré une journée entière. Après une présentation de tous les participants, un court métrage a été diffusé. Celui-ci portait sur les problèmes liés aux rites funéraires et aux peurs et réticences envers le personnel de santé et les ONGs exprimés par la population. Un premier tour de table a été effectué pour évaluer les connaissances des participants de la maladie. Lors des formations sur le terrain, cette étape permet de peindre un tableau général des connaissances locales.

Au cours de cette première séance le sujet des rumeurs concernant Ebola a rapidement été abordé. Nous avons alors réalisé que la thématique des rumeurs, les causes avancées et les moyens d'y répondre relevaient principalement, si ce n'est exclusivement, du travail des promoteurs de la santé.

Les stratégies et mesures dans la gestion des rumeurs

Durant la seconde partie de cette réunion, un diaporama portant sur les « croyances sociales et culturelles autour d'Ebola » a été présenté. Les peurs et réactions d'anxiété face à la maladie y étaient présentées comme des réactions humaines et normales en contexte d'épidémie suscitant une forte demande d'information. Les rumeurs y sont perçues comme le produit d'un vide informatif. La méfiance générale envers les ONG et autres acteurs, bien qu'exacerbée par certains manques de transparence, la diffusion de messages contradictoires ou encore un manque de considération pour les pratiques, coutumes et croyances locales, est présentée comme le résultat du contexte historico-politique des pays touchés.

Pour l'organisation : « *c'est avec des messages adaptés et des outils corrects que nous pourrions limiter la propagation des rumeurs.* » [Extrait de journal de terrain daté du 04/12/2014]

Les stratégies suggérées aux promoteurs de la santé pour *limiter la propagation des rumeurs* sont principalement : la diffusion de messages informatifs, la transparence dans les pratiques de l'organisation, l'adaptation des messages à chaque contexte et le partage des expériences.

Dans la réponse aux rumeurs, l'adaptation des messages aux différents contextes est essentielle, sans quoi le dialogue n'est pas possible.

« Il y a eu beaucoup, beaucoup de tentatives de compréhension [...] parce que si tu ne comprends pas, tu seras incapable de le faire et la Guinée c'est 56 ethnies, donc tu ne vas pas venir en commençant à faire des grands trucs macro régionaux en disant : voilà tous les gars du sud pensent comme ça, tu vas mettre une stratégie puis tu vas te prendre des cailloux au village suivant. [...] Donc l'hétérogénéité ou l'homogénéité de la population autour de toi est un facteur qui te permet d'avoir des messages adaptés, compréhensibles et qui te permettent d'engager avec la population à un niveau de compréhension qui est le bon et pas ajuster à chaque sous-groupes ou sous-populations ton message, fait que parfois vous n'avez pas de dialogue. » [Extrait d'entretien avec Julien]

Certain termes doivent aussi être utilisés avec précaution voir rayés du discours des HP. Les directives générales de promotion de la santé indiquent par exemple d'éviter le terme « d'isolement » ou les messages qui peuvent être perçus comme trop négatifs ou effrayants de type « il n'existe aucun traitement » « il n'existe pas de vaccin », « 90% des patients meurent ».

Cette adaptation perpétuelle est un véritable défi pour les promoteurs de la santé. Le poids des rumeurs et leurs conséquences rappellent la nécessité de peser systématiquement ses mots comme en témoigne l'extrait d'entretien qui suit :

« Il y a beaucoup plus de rumeurs sur Ebola, mais je pense que quoi qu'il se passe on peut toujours voir ce que l'autre te renvoie [...] sur Ebola, c'est clair que ça a un impact qui est encore plus important et il faut en permanence mesurer ce que tu dis, comment tu le dis, pourquoi tu le dis ; non seulement par rapport aux rumeurs [...] mais aussi quand il y a des patients guéris, les gens s'attendent à ce que quand il y a des patients qui rentrent, qu'ils sortent guéris, donc il faut aussi mesurer en disant : il ne faut pas oublier que c'est une maladie grave, parce que sinon la personne elle a trop d'attente. Dans l'autre sens quand il y a beaucoup de décès, il faut rappeler qu'il y en a qui s'en sortent. Donc c'est en permanence réadapter ton discours et tes messages. » [Extrait d'entretien avec Zoe]

Les outils de formation disponibles fournis au chef d'équipe des promoteurs de la santé soulignent l'importance d'adapter les messages au contexte dans lequel ils seront diffusés. MSF a aussi mis à disposition de ces leaders une « FAQ sheet »¹⁴⁸ qu'ils se doivent de distribuer au reste des équipes et qui propose des réponses aux questions régulièrement posées par les populations. Ce document permet aux HP de s'assurer d'une diffusion cohérente des messages et de la concordance de ceux-ci avec les activités mises en place par MSF. Les dernières pages de ce document abordent la question des rumeurs et la façon dont y répondre :

¹⁴⁸ FAQ : « frequently asked questions » ou « question fréquemment posées »

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

Specific Beliefs: a few examples :

- **Is it true that a mix of ginger, honey, garlic, onion and vinegar can cure Ebola?**

No, it is not true. There is no home remedy to cure Ebola but there exists treatment for signs and symptoms of Ebola Virus Disease. You must go to the adequate Ebola Management Center for proper management and treatment if you or someone you suspect has an Ebola infection. Your chances for survival are much higher at a treatment center than at home.

- **We have heard that drinking alcohol prevents Ebola virus transmission. Is this true?**

No, it is not true. Alcohol does not prevent Ebola. In fact, excessive consumption of alcohol is harmful to your body.

- **Is it true that Ebola is a curse?**

We don't know about curses, but what we know is that Ebola is a virus transmitted to humans from wild animals. It can also be spread from person to person.

- **I have heard that people are injected the Ebola virus and killed at the health center. Is this true?**

That is a false rumor. Although people do die of Ebola some patients recover. All Ebola patients receive the best medical care. The medical team is working hard to save the life of their patients and want them to return healthy to their families.

- **Is it true that organs are taken from Ebola patients to be sent to Europe?**

That is a false rumor. There is only a small blood sample taken to be analyzed by the lab to check if the suspect patient has Ebola or not. Then, when a patient dies, his body is put in a special body bag to keep the contagious fluids inside and avoid further contamination. But the family (or a member of the family) can see the dead body before the burial. He will then notice that the body is undamaged.

- **MSF decided to spread the Ebola virus in this area to ensure job for its teams.**

This is not true. MSF is a medical organization that has only one goal: to reduce the mortality and suffering of the people. That's why MSF came here to fight the Ebola virus and to put an end to the outbreak. The virus is spread through wild animals and contact with infected humans.

- **Ebola doesn't exist (men/women, old/young)**

This is not true. Ebola is a reality that had caused a lot of suffering in your country. It was identified for the first time in 1976, but since 1995 frequent Ebola outbreaks occurred in

Image n°4. Document Interne, FAQ sheet, MSF. 2014

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

different African countries: DRC, Congo, Uganda, Gabon, South Sudan,... In 2014 the Ebola virus was also found for the first time in West Africa.

- **People who died before the arrival of MSF were not Ebola cases, as there were no bloody symptoms. (men/women, old/young)**

The symptom of bleeding does only occur for some Ebola patients. The majority of the patients do not show these symptoms. The only way to be sure if someone has Ebola or not, is by doing the blood test.

- **MSF came with Ebola virus to kill the muslims who don't want to convert to christianism.**

This is not true. MSF is an independent non governmental and non religious organization, that doesn't take position in religious, ethnical or political matters. Its only goal is to reduce human suffering and mortality. People from all backgrounds are working from MSF: black, white, muslim or Christian.

- **MSF cut the dead peoples' head and penis before putting the body inside body bag.**

This is not true. When a patient dies, his body is put in a special body bag to keep the contagious fluids inside and avoid further contamination. The family (or a member of the family) are welcome to see the dead body before the burial. He will then notice that the body is undamaged.

- **White people've created Ebola virus to kill african people.**

This is not true. Ebola is a virus that is spread by wild animals or ebola infected people.

- **Ebola is a devil's illness which arrived in the area.**

We don't know about that, but what we know is that Ebola is a virus transmitted to humans from wild animals. It can also be spread from person to person.

- **MSF is poisoning patient's food and water / MSF is poisoning village water sources with Ebola to contaminate all the villagers.**

This is a false rumour. This is not true. MSF is a medical organization that has only one goal: to reduce the mortality and suffering of the people. That's why MSF came here to fight the Ebola virus and to put an end to the outbreak. The food and water we provide in the EMC is of good quality.

- **Some people are coming in the treatment center sick and they leave it cured quickly, instead of others who stay long in the center and are murdered by MSF.**

(Difficulty to understand the difference between suspect and confirmed cases.)

Suspect ebola patient = someone who shows symptoms of ebola

Confirmed ebola patient = someone who had a positive bloodtest on ebola

Image n°5 : Document interne, FAQ Sheet Ebola, MSF 2014.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Le document intégral est en Annexe n° III

Cependant, même les messages correctement adaptés et diffusés de façon cohérente n'assurent pas que l'information soit assimilée et que les rumeurs diminuent. D'autres mesures et stratégies doivent être déployées.

Une stratégie importante développée par MSF consiste à recruter les patients sortant des centres de traitements : les survivants. Ceux-ci peuvent participer aux missions des promoteurs de la santé afin d'expliquer aux populations ce qui se passe dans le centre. C'est le partage des expériences :

« Puis nous, on a des patients guéris aussi qui communiquent, qui travaillent dans les équipes HP et eux ils peuvent expliquer leurs propres expériences dans le centre et ça, ça a un impact très important. » [Extrait d'entretien avec Zoe]

A la question « comment MSF a-t-il géré le phénomène de la rumeur ? » Rachel répond :

« Heu... bah en faisant de la promotion de la santé, en faisant des campagnes outreach[...]en prenant les survivants ça marche bien aussi. Tu prends les gens qui ont eu Ebola confirmé, diagnostiqué et qu'on a soigné et qui sont sortis. Ceux-là tu les récupères et tu les fais bosser avec toi, non seulement parce qu'ils ont une immunité pour cette épidémie-là, parce que ça change en fonction des souches mais pour cette souche-là, cette épidémie-là, ils l'ont ; mais en plus parce que ce sont les meilleurs indiqués pour parler parce qu'ils ont survécu... » [Extrait d'entretien avec Rachel]

Le recours aux survivants est perçu comme un moyen efficace de rassurer et d'informer les populations.

La transparence est aussi une stratégie développée par les HP afin de limiter les rumeurs et tenter de diminuer la méfiance des populations envers l'organisation. Pour cela les promoteurs de la santé doivent, en plus d'expliquer les protocoles d'intervention dans les centres, rappeler que les visites sont possibles. La communication avec les populations doit se faire à double sens et les messages répondre aux questions et aux préoccupations de ces dernières, par la suite des recommandations peuvent être émises par les HP afin d'améliorer la perception par les populations locales des activités propres à MSF, par exemple l'instauration de barrière transparente autour des centres de traitement Ebola ou encore l'utilisation de sacs mortuaires spécifiques permettant l'identification des individus décédés.

Cette communication à double sens permet aussi d'adapter les messages et les stratégies des HP au quotidien et d'y répondre le plus rapidement possible :

« Je ne sais pas comment ça s'est passé mais à un moment on a reçu les rumeurs comme ça et on a dit : ah bon ? C'est ça leurs soucis ? Donc on doit maintenant commencer à leur expliquer c'est quoi

les trous¹⁵⁰ et pourquoi on fait les trous. Donc à ce moment-là en fait, chaque semaine on faisait un papier, un document avec toutes les rumeurs qu'on avait entendues et les réponses. Avec ce document que les HP recevaient, ils savaient quoi répondre à la population s'ils entendaient ces rumeurs, mais surtout, on avait la radio locale et on faisait des émissions. Il y avait deux personnes qui avaient ce papier avec les questions et les réponses et ils commençaient, ils introduisaient le sujet : voilà, ce soir on va parler de la construction du nouveau site. On fait des trous pour ça et ça... Après la population pouvait téléphoner avec toutes leurs questions sur le sujet... » [Extrait d'entretien avec Daniel]

La gestion des rumeurs est principalement basée sur ces trois stratégies : la diffusion de messages adaptés via les diverses ressources disponibles, la transparence et le recours aux survivants.

Préparer les expatriés aux rumeurs ?

L'ampleur de l'épidémie actuelle a rapidement épuisé les ressources humaines disponibles et expérimentées dans les épidémies d'Ebola. L'organisation a donc dû faire appel à du personnel non formé. Afin de préparer au mieux ses expatriés aux conditions des épidémies d'Ebola, MSF Belgique a créé une formation spécifique à cette urgence :

« L'équipe qui avait l'expertise a atteint sa capacité maximale en quelques jours, il a fallu injecter des ressources qui n'étaient pas formées à Ebola. C'est pour ça qu'à l'OCB ils ont commencé à développer une formation spécifique, mais entre cette formation de deux jours et le moment où l'équipe a été débordée, il y a quand même eu un laps où les gens sans expériences Ebola ont dû aller sur le terrain et ont dû être formés sur place. » [Extrait d'entretien avec Martin]

Cette formation dite « Ebola Training » vise à préparer, de façon rapide, autant les médecins et infirmiers que les logisticiens, spécialistes des eaux et assainissement et autres corps de métier impliqués dans la lutte contre l'épidémie. Elle permet aussi à chaque participant d'avoir une image globale des protocoles de réponses et de l'organisation du travail effectués au sein des centres de traitements comme à l'extérieur. Depuis sa création, en Août 2014, la formation Ebola est donnée aux candidats au départ sur le terrain à raison de une à deux fois par semaine. Bien que celle-ci soit à l'origine destinée aux médecins, infirmiers, logisticiens et non aux promoteurs de la santé, ces derniers y ont été intégrés au moins durant le pic de l'épidémie. C'est au cours de cette formation que tous les participants sont informés des stratégies générales de promotions de la santé ainsi que des rumeurs et des rumeurs sur le terrain.

¹⁵⁰ Une rumeur courait à ce moment dans la région où le participant a travaillé à propos des trous creusés par les équipes de MSF. C'est un trou destiné à servir de latrine qui avait servi de point de départ à une rumeur de vol d'organe. La population estimait qu'il s'agissait de l'endroit où MSF allait cacher les organes.

Au mois de Janvier, il nous a été proposé de participer à cette formation. Nous avons profité de cette occasion pour tenter d'observer comment, l'organisation prépare des expatriés non formés au phénomène de la rumeur. La formation a eu lieu le 27 et 28 Janvier 2015.¹⁵¹

En 2008, Médecins Sans Frontières a créé le centre de formation et d'innovation nommé « Espace Bruno Corbé » (EBC) qui occupe un ancien dépôt ferroviaire de 7000 m² au centre de Bruxelles. Ce centre de formation est aménagé de façon refléter les conditions difficiles que l'organisation rencontre sur le terrain : absence de raccordement d'eau et d'électricité, de canalisations etc. L'espace est transformé en fonction des formations nécessaires et spécifiques à chaque urgence.¹⁵² C'est dans ce centre que la formation « Ebola training » à laquelle nous avons assisté, s'est déroulée.

Des préfabriqués y étaient installés afin d'accueillir les participants. À proximité de ceux-ci de larges tentes avaient été montées, elles visaient à reproduire l'infrastructure type d'un centre de traitement.



Image n°6 : La photo de gauche représente un incinérateur de produit contaminé et celle de droite les tentes identiques à celles utilisées dans les centres de traitements Ebola. Photos : Marine Decaillet.

¹⁵¹ Il s'agissait de la dix-neuvième formation donnée depuis leurs créations. Lors de notre participation, il nous a été dit qu'il n'y aurait que deux autres séances « Ebola training » après la nôtre et que par la suite les formations de ce type cesseraient. Aujourd'hui (mai 2015), alors que l'épidémie repart à la hausse, nous ne savons pas si ce type de formation a été arrêtées ou pas.

¹⁵² <http://www.msf-azg.be/fr/espace-bruno-corbe>

Les deux journées auxquelles nous avons assisté étaient découpées en plusieurs séances et organisées de la façon suivante :

Training - EBOLA first level 27-28 / 1 / 2015 - MSF - Brussels		
DATE	Day 1	Day 2
9:00 - 10:30	<p>Introduction of training and participants (30')</p> <p><i>Catherine Bacly</i></p> <p>Session 1 : Disease and epidemic management The current epidemic: history and update (30')</p> <p><i>Gert Verdonck</i> <i>Catherine Bacly</i></p> <p>Disease: symptoms and transmission (sub-groups + restitution 30')</p>	<p>Session 1 : Disease and epidemic management Frontline movie (30')</p> <p>Laboratory testing (10')</p> <p><i>Pascal Chaillet</i> <i>Catherine Bacly</i></p> <p>Standard precautions in normal health structures (30')</p> <p><i>Kathleen Boeteels</i></p>
10:30 - 10:45	BREAK	BREAK
10:45 - 12:45	<p>Session 1 (continued) : Disease and epidemic management Characteristics of the disease & case definitions (1h)</p> <p><i>Arnaud Sprecher (by video)</i> <i>Catherine Bacly</i></p> <p>Outbreak intervention: framework (1h)</p>	<p>PRACTICE (2h)</p> <p>PPE: getting dressed and undressed Nursing care in the EMC</p> <p>Q&A and explanation Isolation unit: low/high risk</p> <p><i>Estifanos Debasu + Mónica Jiménez</i> <i>Kathleen Boeteels + Livia Tampellini</i></p>
12:45 - 13:45	LUNCH ON SITE	LUNCH ON SITE
13:45 - 15:45	<p>Medical case management (20')</p> <p><i>Livia Tampellini</i></p> <p>Session 2 : Ebola Management Center (EMC)</p> <p>Ebola Management Center: design - patient flow - staff flow (1h30')</p> <p>PPE: Getting dressed and undressed (15')</p> <p><i>Estifanos Debasu</i></p>	<p>Session 4 (Med/Paramed) : Psychological support Psychological support during ebola outbreaks (1h40')</p> <p><i>Audrey Magis</i></p> <p>Session 3 (log/WatSan) : Water Hygiene and Sanitation Tips, numbers and tools for WHS activities (1h40')</p> <p><i>Estifanos Debasu + Mónica Jiménez</i></p>
15:45 - 16:00	BREAK	BREAK
16:00 - 19:00	<p>Sessions 2&3 : EMC and Water Hygiene and Sanitation (WHS)</p> <p>PRACTICE (3h)</p> <p>How to screen patients</p> <p>How to transport a patient / disinfect an ambulance</p> <p>How to safely dispose of corpses and waste</p> <p><i>Livia Tampellini + Lynette Dominguez</i> <i>Estifanos Debasu + Azura D'Inca + Mónica Jiménez</i></p> <p>Pizza on site</p>	<p>Session 5 : Health promotion Health promotion activities & challenges (45')</p> <p><i>Eveline Cleynen</i></p> <p>Session 6 : Staff health Staff health & support (45')</p> <p><i>Thomas Prochnow</i></p> <p>CLosure and drink - End around 18h30</p>

Image n°7. Source: Ebola EBC, training schedule, MSF, 2015.

Cette dix-neuvième formation réunissait 27 participants, de toutes nationalités et appartenant à diverses ONG et organisations internationales.

La formation, dispensée en anglais, comprenait des présentations appuyées par des diaporamas suivies de séances de questions/réponses portant sur chacune des thématiques. Des ateliers d'exercices étaient organisés afin de mettre en pratique les informations reçues. Au cours de ceux-ci, les participants divisés en équipes devaient, par exemple, mettre en scène les protocoles de « contact tracing » dans les villages, concevoir un centre de traitement en fonction des règles d'entrée et de sortie des patients et du personnel, apprendre à enfiler puis à retirer une combinaison de protection Ebola, savoir transporter un patient en ambulance et procéder à une désinfection du véhicule, observer la bonne gestion des cadavres, ou encore connaître les protocoles d'hygiène à suivre lors de prélèvement sanguins.



Image n° 8: Atelier de formation sur les protocoles de prélèvement sanguin, ECB. Photo : Marine Decaillet.2015.

Lors de la présentation générale des participants, notre statut de stagiaire et d'apprenti anthropologue avait été mentionné. Par la suite nous n'étions plus sûre de la position à adopter : celle d'observatrice se maintenant à distance ou celle de l'observation participante que nous avons finalement choisie d'adopter notamment pour comprendre par nous-même la difficultés de certains gestes et en espérant ouvrir aussi des discussions avec les autres membres.



Image n°9 : Participation aux ateliers « habillage et déshabillage » et aux procédures de transports des patients et de décontamination des véhicules. Photos : Marine Decaillet.2015.

Au cours de la première journée le sujet des réticences et des rumeurs au sein des populations est rapidement apparu. Les rumeurs accusant MSF de vouloir prendre en charge le système de santé Guinéen ou d'utiliser le virus pour justifier l'accès de certains politiques à des postes de pouvoir, ont été abordées pour souligner la complexité du contexte.

Cependant, bien que des exemples de rumeurs aient été donnés au cours des présentations aucun éclaircissement sur leurs causes n'a été discuté.

Gagner la confiance des populations locales a été présenté comme une étape essentielle dans la lutte contre l'épidémie, non seulement pour limiter les rumeurs visant MSF, mais aussi pour s'assurer de la participation active et volontaire des populations.

« *L'incapacité à établir un rapport de confiance avec les communautés est l'obstacle principale au contrôle de l'épidémie.* »¹⁵³ [Phrase entendue au cours de la séance n°1, extraite du journal de terrain et daté du 27 janvier 2015.]

Les commentaires que nous avons pu relever sur la façon d'établir des rapports de confiance- et donc indirectement de limiter les rumeurs- portent sur la volonté de transparence de l'organisation et le rôle joué par les promoteurs de la santé.

Au cours de la seconde journée certaines précisions au sujet des rumeurs ont été apportées.

Durant la diffusion d'un court métrage, l'utilisation des combinaisons de protection par les équipes évoluant à l'extérieur des centres de traitements au cours des activités « outreach » et tout particulièrement pendant les procédures de désinfection des habitations locales, était présenté comme un facteur « *jouant sur la croyance que MSF diffuse le virus.* »¹⁵⁴ Ce court-métrage faisait aussi référence à certaines rumeurs circulant en Sierra Leone, dont le récit « Ebola est un canular inventé par les médecins pour voler le sang ». Selon le protagoniste, c'est à la suite de cette rumeur que des incidents se sont produits, des individus se présentant devant les hôpitaux pour « sauver » les patients hospitalisés.

C'est au cours de la cinquième et avant dernière session portant sur les activités de promotion de la santé, que le sujet des rumeurs a été plus amplement abordé. Après une présentation du rôle des promoteurs de la santé et un rappel des objectifs principaux (diminuer la peur des centres de traitements, gagner la confiance des populations, soutenir les diverses activités de l'organisation) les protocoles et stratégies propres aux promoteurs de la santé ont été décrites.

Le contexte général de méfiance a été rappelé et il a été précisé que c'est au travers du travail des promoteurs de la santé dans les communautés et d'une volonté de compréhension de l'autre que l'organisation évitera la panique, les peurs et les résistances, obstacles majeurs dans la lutte contre la propagation de l'épidémie.

Afin de donner une idée des rumeurs rencontrées sur le terrain, l'image suivante a été montrée aux participants :

¹⁵³ En anglais : « Failure to gain the trust of the communities is the main obstacle to outbreak control »

¹⁵⁴ Extrait du film diffusé et noté dans notre journal de terrain et daté du 28 janvier 2015.

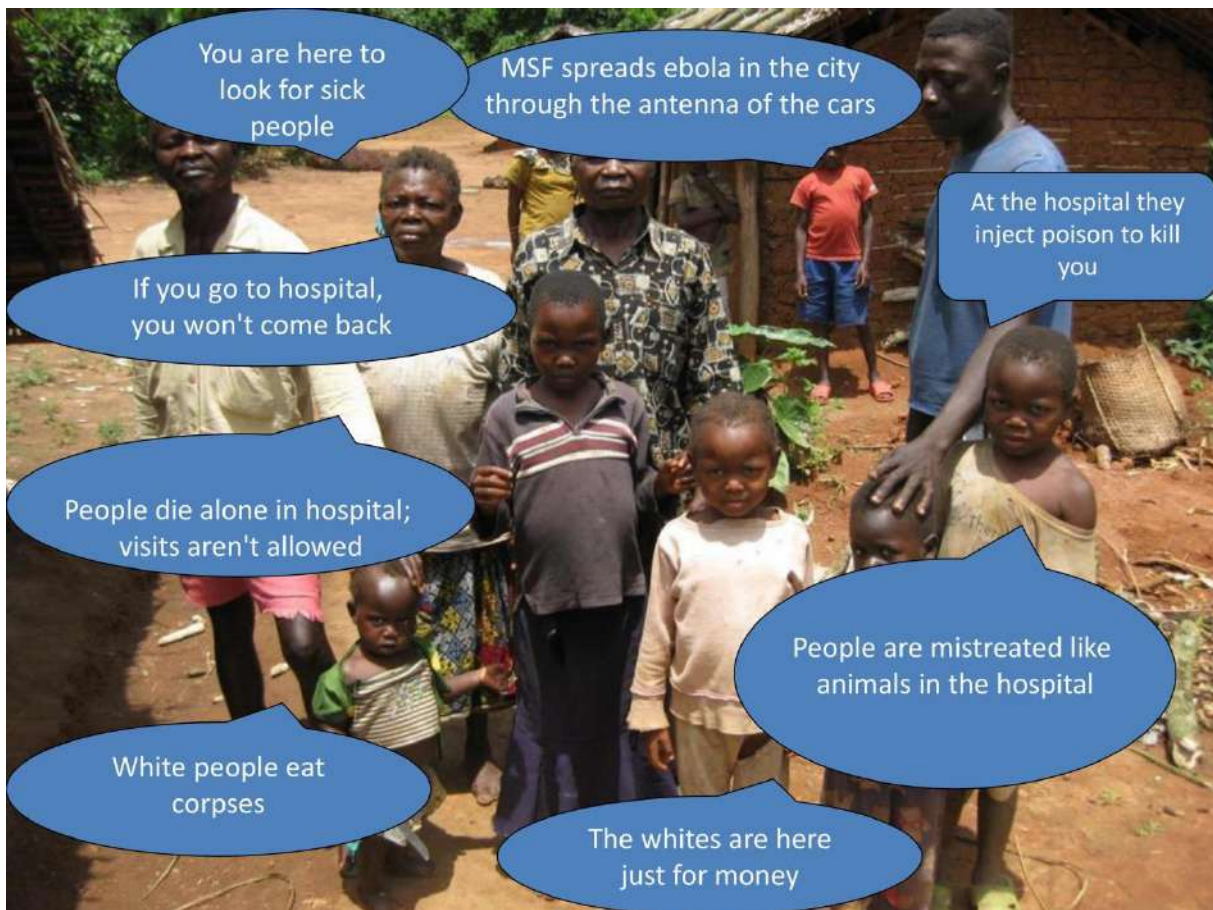


Image n°10 : Health promotion presentation, MSF, Janvier 2015.

Dans un premier temps ces rumeurs sont expliquées par la peur qu'induit l'épidémie. Ce virus étant mystérieux et nouveau sur le territoire, il suscite de nombreuses craintes. « L'inconnu fait peur » nous dit-on.

C'est par la suite que la nécessité de prendre en compte le contexte social, politique et économique est soulignée. L'exemple suivant est donné :

Face aux discours : « *les gens sont ignorants, ils ne veulent pas venir dans les CTE* », MSF souhaite rappeler que : « *Les inquiétudes des gens concernant la faillite des systèmes de santé viennent de leurs expérience et non d'une ignorance. Certains commentateurs ont fait remarquer que cette crise révélait les rapports de méfiance entre les populations et l'Etat* »¹⁵⁵

Au cours de ces deux jours nous avons remarqué que les rumeurs étaient mentionnées à chaque étape de la formation, cependant elles n'étaient abordées que de façon superficielle. Mis à part l'argument de la « peur » et la problématique du contexte abordée en une phrase ci-dessus aucune autre explication causale des rumeurs n'a été donnée. Il ne s'agit alors pas de comprendre d'où viennent ces rumeurs, qui posent pourtant un problème majeur à chaque étape d'intervention, mais de simplement

¹⁵⁵ Document interne : Health promotion slides, MSF, Janvier 2015

informer les expatriés de l'existence de celle-ci et des discours qu'ils pourraient rencontrer sur le terrain.

La transparence, la patience et une approche compréhensive sont recommandées comme les attitudes à adopter pour lutter contre les réticences et les rumeurs. Aucune autre spécificité n'est donnée sur la façon d'y répondre directement.

C'est aux promoteurs de la santé que le travail concernant la gestion des rumeurs est véritablement imputé. Pourtant lors de nos entretiens certains HP ont souligné la confusion des médecins et autre personnels ne sachant pas répondre à certains discours de patients relevant de la rumeur.

Enfin, les rumeurs abordées au cours de ces deux jours ne traitaient que des rumeurs de type « accusatrices » ou de « déni ». Aucune mention n'a été faite des rumeurs concernant les différents types de traitement auxquelles les populations pourraient avoir recours.

La formation « Ebola training » prend donc en compte la présence et l'incidence des rumeurs. Si elle permet aux participants de se faire une idée des réticences et discours auxquels ils seront confrontés lors de leurs missions, le sujet n'est abordé que de manière superficielle et aucune explication approfondie qui permettrait de mieux saisir l'origine des rumeurs et la façon d'y répondre – en dehors des protocoles établies par le département de promotion de la santé- n'est développée.

La formation apparaît donc encore quelque peu théorique. Au cours des entretiens, plusieurs participants nous ont fait remarquer l'importance des difficultés rencontrées sur le terrain.

3.4) La rumeur au sein du centre opérationnel Bruxellois.

Connaissances, perceptions et causes des rumeurs autour d'Ebola expliquées par le personnel de l'OCB.

Lors de notre recherche nous avons voulu apprécier les connaissances et perceptions du personnel de l'OCB, qu'ils soient parti sur le terrain ou non, au sujet des rumeurs concernant Ebola. Nous avons aussi souhaité observer le faisceau de causes exprimées.

Les participants ayant été sur le terrain ont montré une bonne connaissance des rumeurs, même en dehors du département de promotion de la santé :

« La rumeur disait que c'était eux (la Croix-Rouge) ou les ONG qui injectaient l'Ebola avec leurs aiguilles dans leur centre de traitement. Les autres rumeurs, que je n'ai pas vues ou lues de moi-même mais que je sais de collègues, c'est que nos voitures amenaient la maladie.[...] une autre rumeur souvent c'est que c'était amené par des blancs, ça j'ai entendu dans différents (épidémies d') Ebola, que c'est des expériences des laboratoires ou des médicaux de l'Ouest qui ont lancé une expérience

là-bas pour, soit tester leurs médicaments et avoir du profit ou lancer des centres et qu'on fait du profit dans ces centres-là. » [Extrait d'entretien avec Camille]

« La première chose des rumeurs qui a été dite (c'est), il y a eu un sms qui a été envoyé à toute la population en disant : on va vous amener Ebola et on va utiliser un vaccin pour propager. Ça c'était une rumeur [...] donc y'a eu ça et puis tu as eu la rumeur de dire que c'est le gouvernement qui vient dans les zones contrôlées par l'opposition pour propager Ebola et pour vous tuer.[...] Tu as encore maintenant les rumeurs autour d'Ebola qui disent que derrière les essais cliniques, les gens sont en fait en train de venir prendre votre sang pour l'utiliser pour soigner les occidentaux qui seraient malades. » [Extrait d'entretien avec Julien]

« Y'a même des gens qui disaient qu'Ebola c'était un truc amené par les blancs pour les rendre malades pour je ne sais pas quoi faire, que c'était nous qui avions amené ça. Alors, tu avais soit : ça n'existe pas du tout, soit : c'est vous qui l'avez apporté pour nous faire du mal. Y'avait une histoire aussi où c'était pour nous voler du sang» [Extrait d'entretien avec Rachel]

Ces trois extraits d'entretiens, effectués avec certains personnels de l'OCB ayant été sur le terrain, démontrent une connaissance relativement bonne des rumeurs de conspiration, de vols de sang, des récupérations politiques et plus généralement des rumeurs accusatrices.

Au cours des entretiens, l'utilisation de certains termes a attiré notre attention :

« Des rumeurs dans le contexte Ebola ? Tu as des grands classiques ! » [Extrait d'entretien avec Julien]

« C'était les rumeurs typiques : ce sont les blancs qui ont amené etc. Les voitures des blancs qui diffusent » [Extrait d'entretien avec Daniel]

Les termes de « classique » ou « typique » révèlent une perception de normalité face à la rumeur qui s'inscrit presque dans l'histoire des expériences de chacun. Le phénomène de la rumeur y est perçu comme normal voire banal.

D'autres ont remarqué la capacité d'adaptation de la rumeur :

« Tu peux t'adapter à un message ou une rumeur et puis la prochaine arrive déjà. Une fois c'était nos voitures, la semaine d'après les motos » [Extrait d'entretien avec Camille]

Cet extrait d'entretien, qui montre comment les rumeurs évoluent ou s'adaptent en fonction du contexte, fait aussi apparaître la perception d'une continuité dans les manifestations de la rumeur. « *Et puis la prochaine arrive déjà* » donne l'impression que les rumeurs viennent par vagues successives et incessantes.

Les participants n'étant pas allés sur le terrain, ont eux aussi une conception des rumeurs concernant Ebola, soit parce qu'ils en ont pris connaissance au cours des séances d'information hebdomadaires données par l'organisation, les « flashs infos », soit, de par leur diffusion sur les réseaux sociaux ou sur internet.

*« Ce que moi j'ai entendu, comme tout le monde pendant ces flash info et ces temps d'info matin, (c'est que) oui, on a eu des jets de pierre, que oui MSF est accusé par la population de propager le virus du Sida.. Heu.. du Sida.. de l'Ebola ! Oui, oui, ça on a entendu toutes ces histoires-là, parce qu'on a tous écouté R**** expliquer comment ça se passait. »* [Extrait d'entretien avec Martin]

Dans la limite de celles qui y sont présentées, la communication interne de l'organisation permet à tous de prendre connaissance des réticences et de certaines rumeurs rencontrées sur le terrain. Le lapsus entre Ebola et Sida, souligne un parallèle qui nous a souvent été rapporté au cours des entretiens. Ces deux maladies semblent partager un répertoire commun de rumeurs. *« Sur le VIH/Sida on a eu les même types de rumeurs »* [Extrait d'entretien avec Zoé]

Les médias et internet ont aussi joué un rôle important dans l'acquisition des connaissances du personnel de l'OCB au sujet des rumeurs :

« Y'a les perceptions, ce qui était rapporté dans les médias ou dans les reportages qu'on pouvait voir des perceptions de la population locale, à savoir que ça leur avait été apporté ; enfin, y'a des endroits où ils disaient que ça leur avait été apporté. Je me demande si il y a un endroit d'ailleurs où ils disaient pas que c'était MSF qui avait apporté la maladie. » [Extrait d'entretien avec Béatrice]

Cet extrait d'entretien, s'il marque l'influence des médias dans la diffusion des rumeurs, souligne aussi le problème de définition de ce phénomène. La participante préférant utiliser les termes de « perception » plutôt que rumeur. Nous avons été confrontée à ces difficultés de définition plusieurs fois au cours des entretiens :

« Des rumeurs ? (elle pause un long moment) Je sais pas. Est-ce que c'est parce que j'ai été bien plongée dedans que j'avais pas l'impression que c'était des rumeurs et que les infos étaient claires ? Les rumeurs par rapport à Ebola ? (... pause) C'est un peu bizarre comme question ça, tiens !. [...] en tout cas, je sais que sur le terrain, oui, il y a une partie dans certaines zones de Guinée où les gens disaient : c'est les blancs qui ont amené Ebola et si tu rentres dans le centre Ebola, en fait, on va t'injecter la maladie et tu vas ressortir les deux pied devant. Oui ce genre de rumeurs, oui. Mais est-ce que c'est vraiment une rumeur ou plus une perception ? Pour moi, c'est plus une perception, qu'une rumeur. C'est de la mauvaise information, c'est des croyances, une manière de voir les choses qui fait que tu penses que c'est comme ça que ça se propage. Est-ce que ça c'est vraiment une rumeur ? Je pense plus que c'est... Oui, une perception. » [Extrait d'entretien avec Rachel]

L'extrait d'entretien ci-dessus démontre bien le flou conceptuel qui existe autour de la rumeur. Pour les participants, les récits accusateurs relèvent de la « perception » des populations locales, c'est-à-dire d'une idée, d'une compréhension incomplète ou « mauvaise » des événements.

Enfin, l'influence du groupe de pairs, de la communauté et des réseaux sociaux joue un rôle important dans la diffusion et l'acquisition de savoirs au sujet des rumeurs :

« Des rumeurs que j'ai entendu ? Oui, bien sûr. (Elle pause) On disait que Ebola vient des expériences des singes. Une expérience médicale.

Enquêteur : Et qui disait cela?

Dans mon milieu, la communauté [...] via facebook et whatsapp.. que c'était les expériences des américains, que ça devait être une expérience de quelques personnes, des internationaux, sur des singes et qu'ils sont venu les jeter dans ces forêts d'Afrique » [Extrait d'entretien avec Nadine]

Les participants, qu'ils soient partis ou non sur le terrain, ont donc généralement une bonne connaissance des rumeurs. Le répertoire des savoirs acquis leur provient de leurs expériences personnelles, de celles de leurs collègues ou encore des divers réseaux d'information disponibles. Au cours des entretiens ils ont souligné le flou conceptuel qui existe autour du terme de rumeurs et qui a déjà fait l'objet d'étude chez les chercheurs. La rumeur est intériorisée par les participants comme étant un phénomène normal, relevant de l'ordre des croyances, et presque habituel et prévisible dans le contexte social que produit l'urgence Ebola. L'apparition de nouvelles rumeurs est même perçue comme incessante voire quasiment systématique.

Dans un second temps, nous avons demandé aux participants comment ils expliquaient la présence de rumeurs, qu'elles étaient les causes de celles-ci.

Rapidement, il est apparu que le personnel de l'OCB que nous avons interrogé percevait l'apparition et la propagation des rumeurs comme étant un phénomène naturel, humain et même universel, directement lié à un sentiment de peur induit par les ravages de l'épidémie. La tendance à accuser l'autre est, elle aussi, perçue comme relevant de la normalité, d'une nécessité de faire face à la maladie, de faire sens du malheur.

« D'accord, alors moi, les premières choses qui me viennent à l'esprit, c'est ce que je te disais, ce sont des réactions qui sont humaines, qui sont universelles. Une maladie comme Ebola, ça entraîne beaucoup de peurs. Qu'est-ce qui se passe face à la peur ? On cherche des raisons, des causes.»
[Extrait de l'entretien avec Zoé]

« Il y a un aspect, je pense, psychologique. Une sorte de réaction de chercher un coupable. C'est peut-être quelque chose de très humain, dans toutes les cultures je pense et qui peut s'exprimer de

différentes façons [...] Je pense que c'est quelque chose d'humain. » [Extrait d'entretien avec Camille]

« Pour moi, il faut t'imaginer, si tu es quelque part... tu as ta vie normale, tu commences à entendre des choses. Il y a des gens qui meurent et tu sais pas à cause de quoi et tout à coup tu as des blancs qui viennent et qui construisent des tentes et des choses comme ça avec leurs PPE et ça doit être bizarre ! Et puis la plupart des gens dans les CTE, certainement au début, décédaient ! Donc c'est normal (les rumeurs) c'est normal ! Dans sa tête, il faut trouver quelque chose pour expliquer ce qu'il se passe là-bas et surtout si la plupart au début ne sortaient pas ; seulement dans un sac mortuaire. C'est normal, c'est normal. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

Ces trois extraits d'entretiens soulignent le sentiment que la rumeur est un processus humain et naturel. Le dernier extrait d'entretien apporte, une information supplémentaire sur la façon dont le personnel de l'OCB procède dans la réflexion: ils se placent en position empathique.

« Tu arrives avec tes costumes d'astronautes, c'est comme si demain tu avais des aliens qui viennent de mars et qui te disent : Marine, ton rhume là, ici on dit qu'on sait pas le soigner mais moi je vais le soigner, vient dans ma soucoupe volante et je vais t'aider. Tu irais toi ? Ben non. »¹⁵⁶ [Extrait d'entretien avec Dominique]

« Si une épidémie arrive chez moi et que j'ai des gens malades dans ma famille et qu'on vient habillé, tout couvert, que j'ai entendu « mortelle, sans vaccin, ni traitement » et qu'on me dit : on embarque ta famille, moi je les laisse pas. Je pense que c'est une réaction humaine. » [Extrait d'entretien avec Zoé]

C'est au travers de cette faculté empathique que le personnel interrogé aborde, comprend et fait sens des rumeurs.

La recherche d'un coupable, processus à la base des rumeurs accusatrices, est aussi perçu comme un procédé habituel et compréhensible :

« Souvent on met la faute sur quelqu'un d'autre parce que c'est beaucoup plus facile à gérer comme ça. » [Extrait de l'entretien avec Zoé]

« Il faut trouver un coupable, c'est-à-dire que quand il y a quelque chose de terrible qui arrive, très souvent il faut trouver un coupable. [...] C'est nommer un responsable du malheur qui leur arrive. » [Extrait d'entretien avec Beatrice]

¹⁵⁶ Le parallèle entre la combinaison de protection et celui d'un cosmonaute a souvent été fait au cours des entretiens, celle comparant les blancs à des extraterrestres (aux yeux des populations locale) aussi. D'un point de vue personnel, nous ne sommes pas en accord avec la seconde analogie faite.

« Je pense que c'est quelque chose d'humain. On voit des phases : les gens sont en déni, les gens cherchent un coupable et ça c'est connu en médecine ! » [Extrait d'entretien avec Camille]

Certains vont même plus loin :

« L'incertitude, l'incertain ou le vide est quelque chose qui n'est pas confortable. Donc déjà, on veut se créer un environnement de confort, de compréhensions. [...] tu connais une société ou la rumeur n'existe pas ?[...] c'est juste un mécanisme que la société utilise pour retomber sur une zone de confort et se rassurer par rapport à une incertitude, une incompréhension, par rapport à un malaise. » [Extrait d'entretien avec Julien]

Dans cet extrait, les procédés accusateurs sont perçus comme un moyen de faire sens de la séquence de malheur. S'il existe une nécessité de comprendre la situation c'est parce aux yeux du personnels interrogés, la rumeur est aussi le produit d'un manque d'information, de compréhension entre l'acteur ou d'un refus d'agir en fonction de ces informations :

« Je pense que c'est leurs croyances et certainement un manque d'infos [...] enfin , un manque d'information, c'est pas parce qu'on va dire aux gens que la maladie c'est ça et ça, qu'ils vont forcément nous croire pour argent comptant » [Extrait d'entretien avec Béatrice]

« Je pense, pour moi, la rumeur arrive quand les gens essayent de se trouver une explication logique pour eux, de ce qui se passe autour d'eux. Pour moi, elles commencent quand il y a un gap de compréhension des choses. » [Extrait d'entretien avec Julien]

« Pour moi le problème fondamental c'est le manque d'information, tout court, ou le manque d'informations précises » [Extrait d'entretien avec Harold]

« Je pense qu'il y a un manque d'information, MSF travaille beaucoup là-dessus mais il y a aussi les peurs » [Extrait d'entretien avec Zoé]

Enfin, plusieurs des individus que nous avons interrogés ont rappelé que la rumeur pouvait avoir des tremplins, des faits ou événements réels sur lesquels elle s'appuie :

« Après y'a des rumeurs qui partent d'un fait qui s'est passé. [...] comme quand quelqu'un (elle s'interrompt) parce qu'on spraye les maisons ! Quand il y a quelqu'un de malade, quand il y a un décès dans la communauté, on vient sprayer pour enlever toute source de contamination et en fait eux ils pensent qu'on spray du virus. Etant donné qu'il y a entre 2 et 21 jours d'incubation, on vient chercher le malade et après il va y avoir d'autres malades. Nous on spraye, mais les autres malades, ils arrivent plusieurs jours après et en général il n'y en a pas qu'un. Donc, si on explique pas les choses très calmement, de façon très pragmatique, en prenant en compte ces croyances (elle s'interrompt) il n'y a aucune absurdité quoi ! » [Extrait d'entretien avec Zoé]

Au sujet des rumeurs de vol de sang pour une utilisation commerciale :

« *Quand tu prends un peu de recul et que tu regardes qu'on fait du convalescent de plasma, ça veut dire qu'on prend quand même des produits sanguins d'individus et que au Libéria aujourd'hui on a pris plus de produit que de malades, donc il y a un surstock de produit dont certains se posent la question de savoir est-ce qu'on va pas les renvoyer en Europe pour extraire les hyper-immunoglobules pour faire des médicaments, vu sous un autre angle, oui, tu prends le sang des gens pour en faire quelque chose.* » [Extrait d'entretien avec Julien]

Certains participants se sont aussi questionnés sur la potentielle réalité de certaines rumeurs, tout particulièrement celle de la maladie comme étant l'œuvre de la main de l'homme :

« *Marbourg ? Ça c'est vraiment une expérience qui avait commencé en Allemagne. C'est pour cela qu'Ebola, je ne sais pas, mais peut-être.* » [Extrait d'entretien avec Nadine]

Pour les participants à notre enquête, la rumeur est une réaction humaine qui s'explique avant tout par les peurs que suscitent l'épidémie et par une incompréhension des protocoles mis en place par MSF. La recherche d'un coupable permettrait d'accepter la maladie.

Seul un des participants a abordé l'influence du contexte politique et social pour expliquer la rumeur :

« *Je pense qu'il y a toute l'histoire aussi du pays qui entraîne un certain type de rumeur. Il y a aussi la situation politique. Selon les endroits, il y a des rumeurs qui sont différentes aussi. [...] Je pense que c'est un ensemble de choses, que c'est des peurs, c'est une histoire politique et aussi dans le pays. Oui, c'est du social, du politique, de l'historique et les peurs, c'est la principale source des rumeurs.* » [Entretien avec Zoé]

Aucune mention des rumeurs de traitement ni de leurs causes n'a été faite.

Des rumeurs au sein de l'OCB ?

Dès le début de notre stage, des représentants de MSF nous avaient demandé de vérifier l'existence et la nature éventuelle de rumeurs directement ou indirectement liées à Ebola au sein même de l'organisation Bruxelloise. Nous avons intégré ce questionnement à notre travail.

Au cours des entretiens, nous nous sommes rapidement rendu compte d'une confusion, d'un flou entre deux types d'énoncés rumeurs : la *rumeur* et le *ragot*.

Malgré la difficulté à établir une frontière stricte entre les deux genres, il est apparu que le discours des participants avait tendance à se rapprocher du ragot plutôt que de la rumeur. Pour Aurore Van de Winkel : « *le ragot va se concentrer sur la vie privée des individus. Il va concerner d'avantage la*

communication interne de l'organisation »¹⁵⁷ . Selon l'auteur : « *Ce terme regroupe toutes les informations non vérifiées prenant pour objet les comportements privés d'un individu connu de ceux qui le diffusent et en discutent. [...] le ragot doit être plausible et relater un comportement envisageable mais déplacé de l'individu concerné [...] l'individu impliqué déroge ainsi aux attentes de son entourage professionnel.* »¹⁵⁸

Dans le cadre des organisations, l'auteur distingue deux types de ragots :

- 1- Le ragot « proximal » qui concerne les personnes faisant partie d'un cercle de connaissance.
- 2- Le ragot « distal » qui vise une personne/ groupe propre à l'organisation que le diffuseur ne connaît pas personnellement.

Les entretiens que nous avons effectués ont souligné l'existence de ces deux types de ragots au sein même de l'OCB.

L'urgence Ebola a perturbé l'organisation interne du centre opérationnel Bruxellois, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« La première chose c'est que ça a perturbé tout, ça veut dire que comme toute grosse urgence ça a augmenté la charge de travail globale donc ça a mis en retard certains autre dossier [...] donc ça perturbait la planification tout simplement, ça c'est clair. C'est le propre de l'urgence, quand elle est grande, elle perturbe et au plus elle est grande au plus elle perturbe. » [Extrait d'entretien avec Julien]

Cette situation inhabituelle a parfois été génératrice d'angoisses au sein de l'OCB.

« Avec les premiers retours de cette première vagues d'expatriés, je crois que les angoisses ont commencé à venir à ce moment-là. » [Extrait d'Entretien avec Martin]

Les discours au sujet des angoisses de certains membres du personnel se rapprochent des ragots de type proximal. Ils portent généralement sur les peurs exprimées et liées aux contacts entre les employés de l'OCB et les expatriés de retours de mission Ebola.

« Les gens se sont dit : Attendez ! Vous êtes marrants, les expatriés rentrent en débriefing, on les débriefe, on les écoute, on leur trouve une chambre d'hôtel, ils restent là pendant trois/quatre jours voire même un peu plus si on a besoin d'eux pour quelque chose, mais pendant ce temps-là, ils ont des contacts avec nous au siège ! Et s'ils sont malades ? » [Extrait d'entretien avec Rachel]

¹⁵⁷ Van de Winkel, A « *Gérer les rumeurs, ragots et autres bruits* » Edi.pro, Liège,2012.

¹⁵⁸ *Ibid.*

« *Moi, je n'ai rien entendu directement mais j'ai entendu des gens rapporter des choses [...] il y a les gens qui trouvent ça bizarre que tous ceux qui reviennent de mission Ebola passent par le siège.* »
[Extrait d'entretien avec Zoé]

« *Jusqu'à décembre tu avais tous les jours, je ne sais pas combien de briefings et de débriefings Ebola, t'avais mille gens qui venait par jour ici des trois pays concernés et c'est vrai qu'on se disait : Mais un jour, il va bien y avoir un expat qui va revenir et qui entre son trajet de départ de là et son arrivée ici, ne va pas se sentir bien et va avoir de la fièvre. [...] y'avait des gens assez paniqués en disant : Mais enfin ! Vous vous rendez compte ! MSF ramène des cas d'Ebola ici. !* » [Extrait d'entretien avec Dominique]

Les angoisses et peurs qu'a suscitées la présence des expatriés de retour de mission au sein de l'OCB ont aussi parfois modifié les comportements du personnel :

« *On a réalisé que les gens qui revenaient de missions Ebola, les gens évitaient de leur dire bonjour* »
[Extrait d'entretien avec Julien]

Au cours de notre stage nous avons pu observer ce type de comportement. Les protocoles de « no touch policy » interdisant tout contact physique durant les missions de terrain ne sont pas censés être appliqués au sein du siège. Pourtant, comme notre expérience en témoigne, ce type de comportement a parfois été mis en pratique:

En Janvier 2015, alors que nous avons rendez-vous pour un entretien avec un membre du personnel de l'OCB rentrant de mission, nous avons été le témoin privilégié d'une telle expérience. Lors de la rencontre, nous nous sommes instinctivement dirigée vers cette personne afin de lui faire la bise. L'individu en question a été très surpris de notre geste et nous a fait savoir qu'il n'était plus habitué à ce genre de salutation. Parce qu'il rentrait et partait régulièrement en mission Ebola, les membres du personnels de l'OCB s'étaient habitués à ne plus le saluer de cette façon. Ils évitaient volontairement tout contact physique.

Les discours portant sur les angoisses et peurs au sein de l'OCB peuvent être compris comme des ragots de type proximal puisqu'il concerne des personnes voire des départements entiers que connaissent bien les individus.

Lors des entretiens, il est apparu que les ragots avaient, de façon presque systématiquement, comme sujet l'autre. Ils décrivaient un comportement que le diffuseur du ragot percevait comme surprenant, comme déplacé et qu'il expliquait souvent par le déficit d'information de l'individu concerné.

En réponse aux angoisses exprimées par le personnel, MSF a organisé deux séances d'information en présence des spécialistes Ebola :

« Ici aux sièges, il y a eu deux séances je crois. Donc, un jour on reçoit un petit mail dans nos boîtes : « tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur Ebola » Questions/réponses avec M.V*****. Il y a eu deux sessions, je crois, à midi comme ça, où tout le monde pouvait envoyer pendant une semaine des questions sur un mail et M.V***** allait y répondre en face à face. Là c'était intéressant parce que tu voyais dans cette réunion qui était là. Il y avait très peu de gens des OPS¹⁵⁹ et personne qui était directement lié à Ebola parce que de un, ils avaient autre chose à faire et de deux ils sont tellement au courant de comment ça se passe que pour eux c'était pas utile. Puis, évidemment tu avais la fille de la réception qui était là et qui est quelqu'un qui n'est pas de MSF. C'est outsourcé la réception, donc effectivement, elle, c'est pas parce qu'elle est dans les bureaux ici qu'elle connaît plus que le voisin qui habite là à côté et qui écoute la RTBF tous les jours. Mais, elle est en première ligne cette madame, puisque tous les jours c'est elle qui voit tous les expats qui rentrent, qui reviennent du terrain, qui ne savent pas où aller et qu'elle doit orienter. Elle était complètement paniquée la pauvre, parce qu'elle dit : « et moi quand je prends le bic, j'ai peur et il y a des gens qui veulent me serrer la main, moi, je ne serre plus la main à personne. » et c'est vrai ! Tu te dis : ah, bah oui, elle en fait, elle est complètement coupée de l'information que nous on a ici de manière accessible ; mais elle est en première ligne quand même parce que c'est la réceptionniste. Donc c'était intéressant de voir son point de vue. Et alors, c'était un peu tout le monde qui rigolait en disant : mais non, tu peux prendre le bic y'a pas de stress » [Extrait d'entretien avec Dominique]

Cet extrait d'entretien souligne la surprise de certains membres du personnel face à ces réactions d'angoisses ou de peur. La dernière phrase « c'était un peu tout le monde qui rigolait en disant » illustre bien le sentiment qu'il s'agit d'un comportement déplacé, inhabituel. Le discours présente donc les caractéristiques du ragot.

Sur les dix-neuf individus que nous avons interrogés, la quasi-totalité des participants a fait référence à ces angoisses et peurs exprimées au sein du siège. Ils l'ont fait sous la forme de ragots, désignant les comportements d'autrui. Seul deux participants ont admis, de façon indirecte, avoir ressenti ces angoisses et peurs :

« Même autour de moi, je crois que tous mes collègues avaient peur. Tu sentais la peur dans le bureau de cette maladie Ebola.[...] tu sentais que mes collègues du bureau, ils avaient peur, comme moi. »
[Extrait d'entretien avec Nadine]

« Oui, c'est vrai quand même qu'en discutant avec certains collègues ici, effectivement, il y avait quand même des gens qui n'étaient pas à l'aise et à un moment donné j'ai dû reconnaître que, moi je ne stressais pas, mais en parlant avec les collègues, à un moment donné j'étais un peu aussi contaminé

¹⁵⁹ OPS : les opérationnels

par ce discours: on sait jamais, est-ce que finalement ils connaissent bien cette maladie ? A un moment donné, je me suis demandé s'il ne se trompait pas. » [Extrait d'entretien avec Harold.]

L'extrait d'entretien ci-dessus illustre les doutes émis par certains participants concernés au sujet de la bonne connaissance du virus par les experts. D'autres ont exprimé des propos similaires:

« Au début j'avais peur, je ne croyais pas ce qu'on me disait. [...] Je ne croyais pas ce que le health staff unit disait quand il faisait le briefing en nous disant de ne pas avoir peur des personnes qui reviennent de la mission Ebola. » [Extrait d'entretien avec Nadine]

Les deux participants ont expliqué l'origine de leurs doutes par leur manque de connaissances concernant l'épidémiologie de la maladie :

« Au départ on ne savait pas comment ça se contaminait, tu croyais que même le fait de te parler tu pouvais être contaminé » [Extrait d'entretien avec Nadine]

« Quand tout à coup quelqu'un vient avec une histoire gros comme une maison, alors tu te dis ok, tu analyse tout ça tu réfléchis, tu te fais une opinion, mais quand il s'agit d'une maladie comme ça, quand tu n'es pas médical c'est quoi ton cadre de référence ? C'est différent! C'est beaucoup plus difficile de se faire une idée, une opinion et tu penses que. (Il s'interrompt) en tout cas pour les non médicaux comme moi, on est plus influençable.[...] Mais à un moment donné, parfois, on discutait entre collègues non médicaux et parfois on se disait quand même: est ce qu'il savent tout finalement sur cette maladie? » [Extrait d'entretien avec Harold]

Selon les participants les doutes ont fini par se résorber :

« Je me suis dit : MSF ne peux pas m'exposer, si MSF dit que ça ira et qu'on attrapera pas (elle s'interrompt) Après je me suis dit : j'espère. J'ai cru à MSF. Je suis allé voir la health staff unit en disant : je vous crois, j'espère que nous n'allons pas être contaminés ici au siège. [...] Je me suis adaptée et j'ai eu confiance, je leur disais bonjour (aux expatriés), j'osais poser des questions sur comment étaient les missions. Il y a même ceux qui me faisaient la bise et j'acceptais. » [Extrait d'entretien avec Nadine]

« Ce qui m'a rassuré c'est que parmi nos spécialistes ici, c'est que ces gens ont fait beaucoup de visites terrain, alors moi je me disais: ils doivent savoir ce qu'ils font sinon ce n'est pas possible. Ils vont sur place, donc ils savent ce qu'ils font. Moi c'est comme ça que j'ai interprété ça. » [Extrait d'entretien avec Harold]

C'est en raisonnant sur l'expertise et la capacité de MSF à protéger son personnel que les participants ayant exprimé des angoisses ont pu rétablir des rapports de confiance et donc de diminuer leurs peurs

et angoisses. Deux autres facteurs ont joué dans la réduction des craintes : le retour d'un nombre important d'expatriés sains et les séances d'informations organisées en présence des experts Ebola.

« *De voir les expats revenir ça m'a fort rassurée.* » [Extrait d'entretien avec Nadine]

« *Je peux pas te dire vraiment quand est-ce que l'angoisse (a diminué)... Peut-être qu'elle existe toujours ! En tout cas, là où elle s'est un peu désacralisée, c'est lorsque les expats ont commencé à rentrer [...] Donc à force de côtoyer des gens qui sont revenu de l'Ebola et qui n'ont pas été contaminé et bien du coup je crois que la tension émotionnelle s'est un petit peu abaissée.* » [Extrait d'entretien avec Martin]

Enfin au sujet des séances d'information :

« *Moi ça a suffi à me rassurer oui [...] il y a eu pas mal de document et de séances d'informations. Si les personnes n'étaient pas rassurées, c'est qu'elles ne venaient pas. J'ai trouvé que M.V*** et la health staff unit ont fait leur travail pour donner toutes les informations qu'on voulait avoir.* » [Extrait d'entretien avec Nadine]

D'autres ont eu un avis plus partagé :

« *Pour moi personnellement, c'était suffisant, mais j'ai quand même senti que ça continuait à discuter au sein de la maison, ce qui est normal, et je me suis dit: c'est pas parce qu'on a organisé une séance d'info que c'est fait et c'est fini, non! Je me suis dit qu'il fallait organiser ça toutes les trois semaines ou tous les mois, parce que ici au siège, y'a aussi pas mal de rotation, des nouveaux ou des gens qui était en congé en juillet et qui arrivent en aout après leurs congé et qui n'avait pas eu la séance d'info, donc je me suis dit: il faut répéter ce genre de situation.* » [Extrait d'entretien avec Harold]

Le second type de ragot - le ragot distal- que nous avons rencontré portait principalement sur les rapports entre MSF Belgique et MSF France.

Au cours des entretiens les participants ont critiqué le manque de participation du centre opérationnel Français dans la lutte contre Ebola :

« *Dans l'Ebola, moi ce que j'ai trouvé scandaleux c'est que les français ont refusé- peut-être par orgueil- de rentrer dans la gestion de la crise Ebola* » [Extrait d'entretien avec Martin]

« *Pour Paris (OCP), un an après que l'épidémie soit officiellement déclarée en Guinée, je n'affirme pas, mais je crois que Paris n'a toujours pas traité un seul patient.* » [Extrait d'entretien avec Rachel]

« *Ce que moi j'ai entendu, ça fait partie des rumeurs, c'est que MSF France [...] ils avaient, jusqu'à présent, refusé d'intervenir* » [Extrait d'entretien avec Béatrice]

Ces commentaires et critiques envers MSF France font suite à une lettre diffusée par la direction française du mouvement associatif datée du 4 Décembre 2014. Cette lettre remettait en question la qualité des interventions et des soins prodigués par les équipes de MSF sur le terrain, allant jusqu'à qualifier certaines pratiques de « non-assistance à personne en danger ». Au sein de MSF Belgique cette lettre a suscité une forte polémique et nous avons été témoin des vives réactions qu'elle a engendrées. Elle est à l'origine des ragots concernant MSF France qui nous ont été rapportés.

« Maintenant, est-ce que tu as entendu parler de la lettre soi-disant interne mais ouverte ? Le fait de dire qu'à nos formations ,ici à l'OCB, on dit aux gens « on ne fait pas d'intraveineuses parce que c'est trop dangereux, parce que ça ne sert à rien et on réhydrate les gens avec du coca-cola » ça aussi s'en est une toute belle(de rumeur). [...] pour moi, le fait de dire qu'aux formations on a expliqué aux gens qu'on réhydratait les gens avec du coca-cola, pour moi, ça c'est une rumeur qu'un gars de ce niveau-là, ne devrait jamais répercuter » [Extrait d'entretien avec Dominique]

Les critiques portées sur MSF France s'inscrivent plus largement dans l'histoire des rapports entre ces deux centres opérationnels :

« Entre MSF France et MSF Belgique, ça a toujours été un peu la guéguerre puisqu'à la base MSF est français [...] maintenant, OCB est une section plus grosse par rapport aux ressources, aux projets qu'on met en place. C'est la plus grosse section opérationnelle des cinq et tu as toujours cette guéguerre France/Belgique qui est toujours là. » [Extrait d'entretien avec Dominique]

Les ragots de type « proximal » concernant Ebola, bien qu'ils restent à l'état de ragots puisqu'ils sont interne à l'organisation, prennent naissance dans un contexte similaire à celui des rumeurs observées sur le terrain ; un contexte de tensions, d'urgence ou l'information est parfois lacunaire, où la situation produit de l'ambiguïté, où le risque paraît réel et, où la crise peut aller jusqu'à la remise en cause des rapports de confiance interpersonnels. Généralement, ces ragots ne gagnent pas en ampleur parce qu'une réflexion apaisée, ajoutée aux séances d'informations organisées par MSF, permettent de rétablir les rapports de confiance et donc de faire disparaître les peurs et angoisses des membres de l'OCB et par extension les discours à leur sujet.

Selon Aurore Van de Winkel le ragot permet de s'intégrer ou de marquer son appartenance à un groupe.¹⁶⁰ A partir des observations faites, il semble en effet que les ragots observés marquent une distinction entre deux catégories : ceux qui ont une bonne connaissance du virus - et donc n'expriment pas d'angoisses- et ceux qui font part de leur peur et angoisses et admettent n'avoir que peu de connaissances au sujet de la maladie. La volonté de désigner l'autre, l'individu, voire même un département entier, comme ayant des peurs et angoisses concernant la situation Ebola au sein du

¹⁶⁰ Van de Winkel, A « Gérer les rumeurs, ragots et autres bruits » Edi.pro, Liège,2012.

siège, semble révéler la volonté d'intégration de certain au groupe valorisé par les règles implicites de l'organisation « les gens qui savent n'ont pas peur ».

Les ragots de type « distal » concernant les rapports entre MSF France et MSF Belgique semblent proche de la description que Jean-Noël Kapferer fait des rumeurs au bureau : « *Les rumeurs reflètent la trame des relations hiérarchiques, des rapports de travailleurs-patronat, et des antagonisme d'individus* »¹⁶¹ Si dans le cas présent, les ragots concernant les deux centres opérationnels ne révèlent pas les rapports travailleur-patronat ni, à proprement parler, les antagonismes entre individus, elles reflètent cependant les relations hiérarchiques ou au moins de pouvoir en jeux entre les sections opérationnelles que sont l'OCB et l'OCP.

¹⁶¹ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

Chapitre IV : Discussion

4.1) Discussion autour des stratégies et mesures de gestion de la rumeur par MSF

Au cours de ce travail nous avons constaté que MSF prenait bien en compte le phénomène de la rumeur et qu'ils avaient effectivement développé des stratégies –principalement axées sur la promotion de la santé- pour y répondre ; stratégies qui se sont avérées en grande parties efficaces.

La diffusion régulière d'informations autour du centre de traitement ELWA 3 au Libéria a, par exemple, permis de changer radicalement la perception des communautés locales au sujet de ce CTE. Selon Emilie Venable, à l'origine, les populations vivant à proximité de ce centre de traitement y étaient particulièrement réticentes. Par la suite il a été perçu comme un lieu où les chances de survie des malades étaient plus grandes et finalement comme une ressource potentielle pour les communautés locales dont elles pouvaient tirer des bénéfices économiques.¹⁶²

Lorsque les mentalités concernant les centres évoluent, les bénéfices pour MSF peuvent être doubles : non seulement l'organisation améliore son image et donc diminue les réticences et rumeurs, mais les individus contribuent à diffuser les messages sanitaires véhiculés par MSF et donc permettent une meilleure gestion de l'épidémie.

« Je pense que ce qui est aussi intéressant c'est de voir que dans les centres- non seulement au niveau des patients, des patients guéris mais aussi des proches des patients- quand ils viennent au départ, ils peuvent être sur la défensive et quand ils partent, souvent, ils me disent : « Mais tu sais, je vais dire au village ce qui se passe ici, parce que c'est pas vrai ce qu'ils racontent » Je pense que c'est ça qui a le plus d'impact, [...] (parce que) du coup, il y a un afflux de patients après. » [Extrait d'entretien avec Zoé]

Enfin, l'attention toute particulière aux choix des mots et la diffusion de messages complexes et détaillés a parfois permis d'atténuer les réticences voire a faciliter l'acceptation de la présence de MSF :

« En Guinée, on est arrivé et les gens, la communauté, avaient déjà reçu des messages, mais un peu standard et pas en profondeur, pas en détails. Typiquement, la fièvre et les saignements ça c'est Ebola, mais la réalité est beaucoup plus complexe. Ce n'est pas souvent ça que les gens voient comme symptômes et nous on est arrivés [...] on a donné notre message, un peu plus complexe et avec des détails puis on a répondu aux questions des gens. On a vraiment eu de la chance d'être là à ce moment-là et de le faire de cette façon-là et les gens ont dit : Ah, mais vous êtes les tout premiers à nous donner un vrai message ou à nous dire la réalité, c'est ça qu'on voit ! Parce que nous on avait

¹⁶² Venables,E, « One man can become an atomic bomb for the whole nation : perceptions of ELWA 3 and survivor stigma in Monrovia, Liberia. », MSF, décembre 2014.

dit : regarde, ils ne saignent pas toujours, ils n'ont pas toujours de la fièvre ; ils sont surtout fatigués et ils ne mangent pas, c'est ça un patient Ebola. Comme je dis, on a eu de la chance d'avoir apparemment choisi les bons mots [...] En donnant cette complexité, ils nous ont cru et on a été accepté » [Extrait d'entretien avec Camille]

Cependant, la mise en pratique de ces protocoles a aussi rencontré de nombreuses difficultés sur le terrain.

« En ce qui concerne la stratégie des promoteurs de la santé, il y a un accord ou un protocole général sur la façon de s'organiser ou sur le type d'outils à utiliser pour la diffusion des messages, mais lorsqu'il s'agit du terrain, honnêtement, l'ordre des priorités (quant à l'exécution des protocoles) dépend de chaque expatriés. C'est aussi une question de sensibilité. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

L'ampleur sans précédent de cette épidémie a complexifié la réponse apportée, les protocoles ét ant prévu pour de plus petites épidémies.

« Les guides qu'on avait écrit étaient destinés à des structures de cinquante, soixante lits, on en avait deux-cents ! » [Extrait d'entretien avec Julien]

La coordination de la promotion de la santé -en interne comme avec les nombreux autres acteurs locaux et internationaux- a posé de nombreuses difficultés en particulier au sujet de l'unification et de la cohérence dans les messages diffusés.

« Je te le dis, je suis allé dans la forêt au Libéria pendant une semaine, la région en question était minuscule mais, je ne rigole pas, il devait y avoir autour de 70 ONG juste sur ce territoire. Tout le monde y était : UNICEF, MSF évidemment, la Croix-Rouge, OXFAM etc. [...] C'était un bazar total parce qu'il y avait un problème d'organisation et d'unification du message sur les stratégies. [...] Pour n'en citer qu'un : la mise en quarantaine ou l'isolation des patients symptomatiques. Certaines ONG étaient pour l'isolation et la mise en quarantaine alors que MSF était fermement contre ce genre de mesures et cela pour différentes raisons. Au-delà des contradictions dans les messages,(le problème) c'était l'importance ou l'accent placé sur certaines parties des messages au détriment des autres (parties). Par exemple pour UNICEF, leur mission porte sur les enfants et les orphelins. Je me souviens qu'en Octobre, ils avaient l'intention de faire une campagne au sujet des orphelins, alors que la priorité à mes yeux était autre, comme de diffuser des informations vitales et basiques. Je leur ai dit : peut-être pouvez-vous être un peu flexible ? Ils m'ont dit : ' ok, mais nous avons des donateurs qui nous poussent à utiliser l'argent pour diffuser ces messages'. Je ne dis pas que les messages concernant les orphelins sont inutiles, bien sûr que non, mais il s'agit de choisir le meilleur moment, de décider quand diffuser un message en collaboration avec les autres acteurs. D'une manière, honnêtement parlant, le fait que MSF soit indépendant en termes d'apport financier lui permet

réellement de décider quels messages et activités doivent être prioritaires. Je ne sais pas pour la Guinée mais en tout cas, à Monrovia, la coordination entre les différentes agences était vraiment problématique. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

L'extrait d'entretien ci-dessus souligne les problèmes de coordination entre les acteurs internationaux, dont certains sont tiraillés par les demandes de leurs bailleurs de fonds, ces problèmes de coordination s'étendent aussi aux rapports avec les acteurs locaux.

« Il n'y avait rien qui était coordonné ! A Conakry, il n'y avait pas de coordination sur la sensibilisation. La coordination de la sensibilisation, dans toute la Guinée, on n'en parlait pas ! Ça n'existait pas ! Quand j'y suis retourné en Février, ça n'existait pas ! » [Extrait d'entretien avec Daniel]

En Guinée, des équipes locales désignées pour sensibiliser les populations ont été créées et portent le nom de « comités de veille ». Ces comités ont aussi contribué à la confusion générale.

« À un moment donné, la coordination nationale de la lutte contre Ebola avait dit : La sensibilisation avec les ONG, ça ne fonctionne pas parce que les ONG ont besoin d'anthropologues car ils ne connaissent pas la culture. Donc il nous faut des groupes, des gens de la population même, qui vont faire de la sensibilisation. Normalement, dans un comité de veille, il y a par exemple : le chef de quartier, un leader religieux, un tradipraticie et d'autres personnes. Généralement, il y a entre cinq et dix personnes dans les comités de veille. Au moment où la décision a été prise (de mettre en place ces comités), je me rappelle plus si c'était en Octobre ou en Septembre, tous, tous étaient pour ces comités de veille ! Cela représentait un gros travail pour les ONG, il fallait former ces comités, leur expliquer les différents outils à utiliser. Puis en Novembre, il y a eu une grande discussion : est-ce qu'on va payer les comités de veilles oui ou non ? Ce qui est un peu bizarre de payer les comités de veille... A la fin, la décision a été prise et oui, on allait les payer. Chaque membre des comités de veille serait payé 50000 francs Guinéens par jour, c'est-à-dire 5 euros, mais dans toute la Guinée il y avait presque 2000 comités de veille ! [...] C'était des ONG (qui devait payer ces comités), c'était surtout UNICEF. UNICEF donnait des fonds aux autres ONG et elles allaient payer. Ces discussions étaient en cours en Novembre (et) quand j'y suis retourné en Février, les mêmes discussions étaient toujours en cours dans la commission de communication, donc dans la coordination de la lutte contre Ebola.[...] En Février, il y avait encore beaucoup, beaucoup de comités de veille qui ne fonctionnaient pas, ils n'avaient pas reçu de formation, ils n'avaient pas reçu leurs contrats ! » [Extrait d'entretien avec Daniel]

La création des comités de veille, en dehors des questions de financement, semble avoir été particulièrement problématique. Elle nécessite discussions et négociations qui, comme le souligne cet extrait d'entretien, peuvent parfois prendre beaucoup de temps. Or, dans ce contexte, la diffusion

rapide des messages de sensibilisation est primordiale pour diminuer l'impact des rumeurs, de plus, durant ce laps de temps les populations locales non informées des mesures de protections et d'hygiène, peuvent adopter des comportements à risque qui contribue à propager le virus.

Pour certains, c'est l'efficacité même de ces comités de veille qui est mise en question :

« Donc à Conakry, on avait des comités de veille dans les quartiers et tout ça, mais est-ce qu'ils fonctionnaient ? Non, je ne crois pas en fait. Peut-être qu'il y avait des comités de veille qui faisaient quelque chose, mais pas grand-chose et en plus on avait des ONG qui faisaient leur truc sans être coordonnées ! » [Extrait d'entretien avec Daniel]

« Moi je peux parler de Conakry parce qu'à ce moment-là j'y étais... enfin, j'ai entendu aussi de Faranah, de Boffa, de Guéckédou et de Kissidougou : les comités de veille ça ne fonctionnent pas. C'est simple comme ça, l'idée de comité de veille, c'est aussi d'avoir une sorte de surveillance. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

Sans parler de surveillance, la nécessité d'impliquer les autorités locales- une étape bien entendue obligatoire- a aussi un impact sur l'exécution des stratégies de promotion de la santé.

« Si tu veux construire un CTE, bien sûr qu'il faut informer le gouvernement local et donc il faut les impliquer et à ce moment-là, ils ont le pouvoir de dire : voilà, maintenant tout ce que vous faites, vous passez par nous, vous parlez avec nous. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

« Pour avoir accès à la communauté de Yimbaya, à ce moment-là, c'était très difficile parce qu'en fait les autorités nous bloquaient. Ils disaient : « non, non, tu ne peux pas aller parler avec les gens de Yimbaya, il faut toujours demander que quelqu'un des autorités viennent avec vous » ils disaient que c'était pour notre sécurité [...] Donc elle (Une autre HP présente sur place) avait la stratégie de ne pas aller directement autour de Yimbaya mais d'aller un peu plus loin parler avec les gens, de sorte que les messages rentreraient à Yimbaya (par eux). [...] Mais donc, la politique était tout le temps-là, donc en fait on devait toujours passer par le maire, il devait toujours savoir où nous étions. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

L'implication systématique des autorités dans les interventions de promotion de la santé organisées par MSF, joue sur l'image que l'organisation a auprès de la population.

« Le seul problème pour nous c'est que c'est un peu bizarre, parce que tu es indépendant mais il y a quelqu'un du gouvernement qui prend contact pour toi et puis si les gens dans la population n'ont pas confiance dans les autorités et qu'ils voient que tu collabores avec eux, ils n'ont pas vraiment confiance en toi non plus. » [Extrait d'entretien avec Daniel]

Le rapprochement entre MSF et les autorités n'est pas le seul à avoir eu un impact sur l'image de l'organisation. MSF a régulièrement été associé aux actions d'autres acteurs, ce qui a eu pour conséquences de nourrir les rumeurs.

« (Au Libéria) Les essais cliniques pour de nouveaux médicaments expérimentaux ont commencé à la fin Décembre, début Janvier. Ces essais cliniques avaient lieu dans un CTE appartenant à MSF à Monrovia, mais ils étaient réalisés par l'université d'Oxford ou quelque chose. A la base, MSF avait donné son accord à Oxford pour « héberger » ces essais cliniques parce qu'ils estimaient que c'était important. Un référent médical a donc été désigné pour travailler avec les scientifiques d'Oxford à Monrovia. Eh bien cette personne a eu quelques maux de tête en travaillant avec les gens d'Oxford. Pourquoi ? Evidemment, elle voulait protéger le travail et les patients pris en charge par MSF, alors que les gens d'Oxford avaient autre chose à l'ordre du jour, ils voulaient aller plus rapidement avec les essais cliniques et tenter d'avoir des résultats le plus vite possible. A cette allure, ils passaient à côté de chose très importantes, même vitales, comme : informer du consentement du patient, expliquer aux familles ce que sont les essais cliniques, pourquoi nous faisons le choix de tester ces médicaments sur un patient plutôt qu'un autre, bref de partager l'information. Ce type de problème entre les deux organisations : MSF et Oxford, faisait écho dans les communautés, qui réinterprétaient ces faits selon leur propre compréhensions et explications. Donc MSF était associé à ces essais cliniques, mais c'est allé plus loin et MSF a été associé aux essais de vaccins, alors que MSF n'avait rien à voir avec ces essais puisqu'ils étaient organisés par un autre acteur en partenariat avec le ministère de la santé. Ce type de confusion et problèmes entre les deux organisations a fait écho dans les communautés et à créer encore plus de confusion et au final, de rumeurs. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

Les difficultés que nous avons abordées jusqu'ici, concernent MSF dans son rapport aux autres acteurs. Celles-ci sont de réels obstacles à la transmission appropriée des messages de promotion de la santé et influent de façon directe ou indirecte sur la propagation et la diffusion des rumeurs.

La difficulté à coordonner les stratégies entre différents acteurs a pour conséquence de générer des messages confus, voire contradictoires. Chaque acteur souhaitant mettre l'accent sur la partie du message qu'il considère prioritaire. Si la coordination est une étape évidemment nécessaire et obligatoire, elle n'en reste pas moins problématique dans un contexte d'urgence. Les termes de ces accords doivent souvent être souvent renégociés, adaptés au cas par cas et représentent un processus relativement lent en comparaison à la vitesse à laquelle le virus se propage. Éthiquement, cette étape ne peut être ignorée, cependant, sur le terrain, elle entrave parfois l'exécution des protocoles.

Les associations faites entre MSF et les autres acteurs sont aussi problématiques et ne semble pas avoir été pris en compte dans les stratégies développées par MSF, pourtant, l'image des uns joue sur la confiance accordée aux autres. Ces associations sont partiellement responsables des réticences

exprimées envers l'organisation, du maintien de certaines rumeurs et représentent un travail supplémentaire pour les promoteurs de la santé.

En interne, les équipes de promotions de la santé font faces à quelques autres difficultés. Les stratégies qui consistent à aborder des personnes « clefs » tels que les leaders religieux ou encore les chefs communautaires connaissent des limites et, bien que celles-ci aient été soulignées par la direction du département de promotion de la santé à l'OCB, l'influence de ces personnes clefs semble avoir été, quelques fois, surestimée.

« J'ai l'idée que les personnes clefs d'avant, historiquement, n'ont plus le pouvoir maintenant qu'il détenaient il y a quelques années. Concrètement, je pense que les jeunes étaient un groupe très difficile [...] j'ai l'idée que c'était souvent lié à des jeunes qui n'acceptaient plus les leaders un peu plus traditionnels disons, ou plus âgés et qu'ils avaient des infos qu'on ne contrôlait pas, des infos venant d'internet ou par SMS, toute cette communication disons moderne. » [Extrait d'entretien avec Camille]

La multiplicité des sources d'information, SMS, internet, radio, contribue à brouiller les messages sanitaires et généralement à créer des discordances dans ces derniers. Elle participe donc au contexte qui permet l'émergence des rumeurs.

La stratégie générale que met en œuvre MSF ne prévoit pas de mesures visant à démentir ou à répondre aux rumeurs de façons spécifiques. Seule la « FAQ Sheet »¹⁶³, présentée dans le chapitre antérieur et proposant des réponses à quelques une des rumeurs rencontrées, a été préparée et mise à disposition des intervenants sur le terrain.

En réalité, tenter de répondre à chacune de ces rumeurs serait très difficile et probablement peu efficace. Cela impliquerait de mettre en place une équipe se consacrant entièrement à la surveillance d'internet et des différentes modes de communications. Il est compréhensible que cette stratégie n'ait pas été retenue par MSF dans la mesure où le taux de pénétration d'internet sur les trois pays concernés est assez faible, ce qui ne fait pas de ce média une cible à privilégier. De plus « l'effet boomerang » du démenti à la rumeur est relativement bien connu. Comme le dit Pascal Froissart « *loin d'étouffer les rumeurs, les démentis les repercutent largement* »¹⁶⁴. Selon, Jean-Noël Kapferer, c'est parce que le démenti porte la rumeur aux oreilles de ceux qui ne la connaissent pas et tente d'influencer ceux qui la connaissent déjà qu'il n'est, généralement, pas efficace.¹⁶⁵ De plus, lorsqu'il s'agit de rumeurs accusatrices, les populations s'attendent bien entendu à ce que l'accusé se défende et donc qu'il présente un discours contradictoire à celui de la rumeur. Enfin, si la confiance envers les

¹⁶³ Annexe n° III :

¹⁶⁴ Froissart, Pascal, *La Rumeur*, Paris, Belin ; 2002. Pp115.

¹⁶⁵ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.Pp 283.

autorités a été mise à mal, tout message de leur part sera décrédibilisé. MSF ne peut donc compter sur la diffusion de démentis par les gouvernements locaux.

Pour Kapferer, spécialisé dans la question : « *il n'existe pas de recette magique pour contrôler la rumeur* »¹⁶⁶. Il existe néanmoins quelques stratégies qui, en fonction du contexte, peuvent être efficaces¹⁶⁷ :

- *Le silence* : La stratégie qui consiste à ne rien dire et à espérer que les choses passent d'elles-mêmes n'est pas envisageable dans le contexte Ebola. Les rumeurs ont un impact bien trop réel sur la propagation de la maladie pour qu'on puisse les ignorer. Un silence total de l'organisation n'aurait pour effet que d'attiser la méfiance.
- *La « concentration »* : il s'agit de concentrer ses efforts sur des régions particulières où la rumeur est fortement présente. Cette tactique est envisageable dans le contexte Ebola et est d'ailleurs intégrée aux protocoles généraux de promotion de la santé de MSF. Cependant, cette stratégie doit être utilisée avec prudence : en visant de façon spécifique et répétée un espace où la rumeur est fortement présente, l'organisation prend le risque d'être confrontée à de fortes réticences, parfois exprimées par des actes de violences envers son personnel.
- *Trouver une source crédible* : l'auteur recommande de faire usage « *d'émetteurs crédibles* » pour lutter contre les rumeurs. En soi, cette stratégie a déjà été adoptée par MSF : c'est le recours aux survivants et plus généralement au personnel local. Cette approche pose tout de même quelques problèmes : il est arrivé que le personnel local et les survivants soient accusés de collaborer avec MSF, ce qui a pour effet de décrédibiliser leur parole. Ensuite, nombreux sont les survivants qui ont été et qui sont encore fortement stigmatisés et rejetés ; dans ce contexte de méfiance leur crédibilité, aux yeux des populations, est aussi mise à mal.
- *La transparence* : la transparence fait partie des stratégies déjà mise en place et fortement recommandée par MSF. Pour qu'elle soit véritablement efficace, il faut cependant qu'elle soit appliqué le plus tôt possible et maintenu tout au long de l'épidémie. Si théoriquement cette stratégie semble être une des meilleures à adopter dans le contexte Ebola, la multiplicité des acteurs et des discours peuvent complexifier ce procédé.

¹⁶⁶ *Ibid.* Pp 271.

¹⁶⁷ Celles-ci sont présentées dans l'ouvrage de Jean-Noël Kapferer « *rumeurs, le plus vieux média du monde* », Paris, Seuil ; 2009.

Il apparaît donc que MSF a bien tenté de développer diverses stratégies de réponse déjà présentes dans les ouvrages portant sur le sujet, mais comme le dit Aurore Van de Winkel : « *mieux vaut éviter une rumeur que la contrer* ». ¹⁶⁸

C'est en effet par une action plus préventive, mise en œuvre dès le début de l'épidémie que MSF pourra éviter voire même « désamorcer » une rumeur. Deux éléments semblent d'une importance cruciale pour prévenir et/ou limiter l'expansion des rumeurs :

- La crédibilité : « *Puisque les rumeurs naissent souvent d'une méfiance dans les version officielle, la clé de la prévention est la crédibilité des sources* » ¹⁶⁹
- La rapidité d'action : « *en matière de prévention (des rumeurs) le facteur temporel est crucial* » ¹⁷⁰

Il existe un autre facteur qui semble essentiel dans la lutte contre les rumeurs et qui n'a été que trop peu abordé dans la littérature concernant leur gestion, il s'agit de la confiance.

Si la rumeur est cause et conséquence de la méfiance, rétablir la confiance devrait théoriquement permettre d'empêcher l'émergence de nouvelles rumeurs et, la diminution de ces dernières devrait adoucir le climat de méfiance. La rapidité d'action et la crédibilité ne peuvent d'ailleurs avoir lieu que dans un contexte où la confiance prévaut.

Par ailleurs, l'efficacité du rétablissement des rapports de confiance est visible au sein même du centre opérationnel Bruxellois de MSF. C'est lorsque les doutes se dissipent et qu'est exprimé un sentiment de confiance envers l'organisation que les ragots de type « proximal » ont cessé.

Selon le dictionnaire *Le petit Larousse* le terme « confiance » se définit comme : « *Un sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose* » ou encore « *sentiment d'assurance, de sécurité qu'inspire au public la stabilité des affaires, de la situation politique.* »

Souligner la nécessité d'établir des rapports de confiance paraît évident, simpliste et chose relativement abstraite et aucun outil de mesure ne permet d'évaluer le niveau de confiance. Pourtant, en contexte Ebola, établir ou rétablir la confiance implique la mise en œuvre d'actions concrètes et l'augmentation des afflux de population dans les centres tend à laisser penser que les rapports de confiance évoluent.

¹⁶⁸ Van de Winkel, A « *Gérer les rumeurs, ragots et autres bruits* » Edi.pro, Liège, 2012.

¹⁶⁹ Kapferer, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil, 2009.

¹⁷⁰ *Ibid.*

MSF n'est pas en mesure d'influencer le niveau de confiance entre les gouvernements et les populations, ce qui signifie que, tant que la méfiance régira les rapports de ces deux parties, les rumeurs seront toujours présentes. L'organisation peut cependant agir à son niveau :

- En marquant de façon répétée son indépendance par rapports aux gouvernements locaux et aux autres ONG et institutions internationales, l'organisation pourra limiter les amalgames qui suscitent la méfiance. Cependant, malgré de réels efforts de la part de MSF sur le terrain pour souligner ce point, de nombreux obstacles persistent. Rappeler son indépendance suppose de prendre le temps de diffuser des messages détaillés qui englobent la complexité générale de la situation : le cadre dans lequel l'organisation peut agir, c'est-à-dire, le contexte légal qui implique de passer des accords avec les autorités locales, mais aussi sa volonté d'indépendance et ses valeurs propres. Cette étape, bien qu'extrêmement importante, ne suffit pas à elle seule à rétablir des rapports de confiance.
- En continuant à être les plus transparents possibles. Être honnête, visible et montrer qu'aucune pratiques n'est à cacher est une stratégie efficace déjà mise en place par MSF. Cette stratégie fonctionne justement car elle agit au niveau de la confiance. Elle permet la dissolution des doutes sur lesquels peuvent s'appuyer la rumeur :

« Quand même l'acceptation de MSF et des CTE a incroyablement augmenté. A Macenta, nous étions chassés et puis ils ont demandé qu'on y retourne et enfin il y avait plusieurs villages qui s'ouvraient. Par exemple, au moment où ils ont entendu qu'on avait un documentaire qui montrait ce qui se passe dans un CTE de Guéckédou, les villages nous demandaient : « MSF, apparemment vous avez un documentaire, vous pouvez venir dans notre village » alors qu'ils étaient fermés avant ! Donc oui, ça a changé. Le quartier à Macenta qui était le plus violent contre MSF, à la fin ils nous ont dit : « on ne veut voir personne à part MSF, on veut seulement voir MSF et ce sera MSF qui va nous sensibiliser et s'il y a d'autres acteurs qui viennent, on va les agresser » Pourquoi ? Parce que les messages étaient contradictoire et (comme ils le disent) : on a seulement confiance en MSF » [Extrait d'entretien avec Daniel]

L'utilisation de vidéos est un outil particulièrement efficace dans les stratégies de transparence. Comme en témoigne l'extrait d'entretien ci-dessus, il permet un gain en crédibilité qui tend à améliorer l'image de l'organisation et permet par la suite le rétablissement d'un rapport de confiance.

- Enfin, c'est en ayant une approche dite « bottom-up » que l'organisation pourra, de façon efficace, établir un rapport de confiance et donc agir sur les rumeurs et leurs conséquences. Cette approche consiste à faire participer les populations dans la réponse, mais au-delà du recours aux survivants et au recrutement du personnel local déjà mis en pratique par MSF, il s'agit surtout d'être à l'écoute des populations et de ne pas laisser l'urgence que représente cette épidémie justifier des pratiques allant à l'encontre de la volonté de ces populations. Il

s'agit aussi de ne pas sous-estimer la rapidité avec laquelle ces populations peuvent comprendre les messages diffusés et de ne pas simplifier ces derniers.

« Ça c'est peut être une autre leçon apprise, qui peut paraître évidente, mais c'est qu'il ne faut pas sous-estimer les gens, ils veulent des messages complexes. [...] et si tu ne leurs donnes pas l'occasion de poser toutes ces questions très complexes et bien c'est là que tu vas te retrouver avec une population qui ne t'accepte pas. » [Extrait d'entretien avec Camille]

Bien entendu, la mise en pratique de chacune de ces techniques, qui doivent être exécutées de façon simultanées pour rétablir la confiance, s'avère beaucoup plus complexe sur le terrain. Le contexte d'urgence, souvent désigné comme facteur expliquant certains manquements de l'organisation dans l'exécution de ces stratégies, est compréhensible. Cependant, l'expérience qu'aura fournie cette épidémie devra permettre dans le futur de rappeler que ces stratégies sont essentielles pour limiter les effets néfastes des rumeurs, leurs conséquences sur l'épidémie. Elles doivent être implémentées le plus tôt possible, faute de quoi la rumeur, tel un virus, se propage dans le corps social, effrite la confiance, pousse aux comportements dangereux et plus généralement donnent le temps à l'épidémie de progresser.

La recherche de la confiance se doit d'être préoccupation de tous et le résultat d'un travail collectif, néanmoins, dans la division du travail propre à MSF cette attention est avant tout portée par les promoteurs de la santé. Afin d'établir des rapports de confiance, et en dehors d'une bonne connaissance des diverses stratégies développées par MSF, les promoteurs de la santé expatriés se doivent d'avoir une approche compréhensive et interculturelle, non seulement des rumeurs, mais aussi des populations, sans quoi l'échange et par extension la confiance et le traitement des rumeurs est impossible.

4.2) Le rôle de l'anthropologue et les outils de l'anthropologie.

Comme nous l'avons dit, c'est principalement aux promoteurs de la santé de mettre en œuvre les stratégies qui permettront de gérer ou de lutter contre les rumeurs et c'est à eux que revient la tâche difficile, parmi d'autres, d'établir des rapports de confiance et de rendre acceptables aux yeux des populations la présence et le travail de Médecins Sans Frontières.

Généralement, les promoteurs de la santé locaux sont recrutés soit, directement dans les villages soit, au travers des réseaux associatifs de volontaires déjà existants. Ceux-ci travaillent le plus souvent à mi-temps et cumulent plusieurs emplois. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir d'information sur les différents corps de métiers auxquels ils appartiennent.

Les promoteurs de la santé expatriés ont, eux, des parcours professionnels hétérogènes. Certains sont infirmiers, spécialistes en santé publique ou même diplômé en droit... etc. Enfin les sociologues et anthropologues sont aussi parfois appelés à travailler comme promoteurs de la santé.

Aborder l'autre en ayant une approche multiculturelle et compréhensive est nécessaire pour que les promoteurs de la santé puissent établir des rapports de confiance avec les populations, mais aussi pour reconnaître, admettre et comprendre que les explications du modèle biomédical connaissent des limites dans ce contexte.

« Je pense que la force principale des HP c'est d'équilibrer l'information biomédicale qu'ils sont censé diffuser ; parce que MSF offre des services biomédicaux nous sommes obligés d'être honnête à ce sujet (mais) en même temps ils doivent être capable de reconnaître que le modèle biomédical a des limites [...] que ce type d'explication ne suffit pas (au population) pour gérer de façon pragmatique Ebola. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

Au sujet des rumeurs, malgré une volonté évidente d'y répondre, la réalité s'avère parfois plus complexe.

« D'Octobre à Novembre j'ai vu les promoteurs de la santé faire du bon travail quand il s'agissait d'adresser ces rumeurs et d'expliquer la réalité des choses, mais peu importe comment on explique ce qu'il se passe- de façon scientifique ou plus réaliste- ça ne veut pas dire que les rumeurs ralentissent. Parce (même si) une explication scientifique peut expliquer scientifiquement ou selon l'approche biomédicale ce qu'il se passe, les rumeurs avancent de façon sociale, historique et politique. Une organisation médicale ne peut pas aborder ce genre de discours explicatifs complexes, élaboré socialement. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

De plus, les populations locales, ne divulgue pas nécessairement leurs croyances et pratiques aux étrangers, ce qui a tendance à compliquer le travail de compréhension des uns et des autres.

« Pour les promoteurs de la santé, ce n'est pas si facile de comprendre ce que les gens croient, car ceux-ci ne révèlent pas si facilement (leurs croyances) ; les communautés savent que pour les blancs, parler de spiritualité ou de sorcellerie peut paraître bizarre. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

Un promoteur de la santé n'ayant pas une bonne connaissance de la culture locale peut difficilement comprendre, dans le court laps de temps que représente une mission Ebola, les logiques internes et propres aux autres modèles explicatifs. Pour comprendre l'autre, ses modèles culturels, mais aussi les raisons pour lesquelles il attache de l'importance à telle ou telle rumeur, la mise en pratique de ce que Claude Lévi-Strauss a appelé « le regard éloigné » semble être une nécessité. Ce décentrement, cette rupture épistémologique qui tente de laisser de côté les savoirs, le sens commun et les expériences

passées peut permettre aux promoteurs de la santé d'éviter certaines erreurs, malentendu ou maladresses.

Au cours d'un entretien avec un anthropologue, celui-ci raconte :

« Je me souviens par exemple qu'un jour, alors que je marchais avec une HP – sans citer de nom évidemment- elle disait que les communautés pensaient que nous détruisions les crânes dans le crématorium, elle m'a dit : ce que je compte faire, c'est inviter le prêtre et l'imam au crématorium pour leur montrer que c'est faux. Là je lui ai dit : Non, ne fait pas ça, ce n'est pas la manière. Tout d'abord parce qu'il faut que tu comprennes l'origine de cette rumeur pour comprendre quelle est la peur derrière et d'où elle vient. Ensuite, tu ne peux pas simplement emmener les gens et leur montrer que la réalité est différente parce que tu n'arriveras pas à les convaincre de cette manière. [...] tu créer une sorte de conflit quand tu dis à quelqu'un : ce que vous croyez est faux et ce que je vous montre est la vérité. Ce n'est pas la façon de faire [...] même si l'idée d'inviter les autorités pour voir les structures était vraiment bonne. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

Cet exemple montre, même avec la meilleure des volontés, pour que le travail des promoteurs de la santé soit effectué de façon appropriée, cela implique qu'ils aient conscience des lunettes au travers desquelles il observe la société avec laquelle il interagissent. Or, leur parcours professionnel ne les a pas tous préparé à mettre en pratique ce « regard éloigné ».

En 2004, Lors d'un séminaire réunissant des épidémiologistes à l'Institut Pasteur où l'anthropologue Barry Hewlett présentait les résultats de ses recherches sur les épidémies d'Ebola, un des participants lui posa la question suivante :

*« J'ai trouvé votre exposé très perspicace, mais ne serait-ce pas possible de faire appel à une personne empathique pour collecter ces mêmes données ? »*¹⁷¹

En d'autres termes, l'intervenant demandait si le fait d'avoir une approche empathique ne suffirait pas à faire le même travail de recherche que celui de l'anthropologue. Ce type discours trahit une véritable méconnaissance de la discipline anthropologique mais s'avère pourtant relativement commun.

L'auteur lui répondit :

*« Comme les épidémiologistes, les anthropologues ont divers outils à leur disposition. Bien qu'il soit particulièrement utile d'être à l'écoute et de passer du temps avec les gens dans divers contextes en ayant une approche empathique, nous avons aussi nos propres outils pour faire de la recherche »*¹⁷²

¹⁷¹ Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

Le « regard éloigné » fait partie de ces outils et l'importance de mettre en pratique la technique de rupture épistémologique est un sujet régulièrement abordé au sein des formations universitaires anthropologiques.

Dans le cadre de l'épidémie à virus Ebola et du travail des promoteurs de la santé, la formation anthropologique offre des outils qui peuvent mieux préparer à la réalité et la complexité du terrain. Ceux-ci permettent une approche non seulement empathique mais aussi adaptée, qui facilite le développement des rapports de confiance. Enfin, récolter la parole de l'autre, lui donner une voix pour mieux comprendre la situation avant d'émettre des conclusions et des recommandations, s'inscrit dans une pratique connue et largement utilisée par les anthropologues. Selon les entretiens que nous avons effectués avec les anthropologues actifs dans la réponse à Ebola, cette approche « *bottom-up* » dont nous avons déjà parlé est bien connue et même recommandée par ces derniers dans ce contexte, mais elle n'est pas la priorité ou la technique primée par tous.

Il semblerait que dans le contexte de cette épidémie, le regard anthropologique puisse être un véritable avantage qui permette d'agir de façon efficace tant sur les rumeurs que sur les réticences et divers conflits sociaux qui entrave le travail de Médecins Sans Frontières.

Bien entendu, il ne s'agit pas de dire que seul celui formé à l'anthropologie ou la sociologie est capable d'agir de façon adaptée. Suffisamment de temps passé sur le terrain peut permettre à une personne de se détacher de ses préconceptions. Dans notre contexte cela pose néanmoins un problème majeur : la durée des missions. Les missions Ebola durent en moyenne trois semaines, au mieux à peine plus, et ce court laps de temps ne permet ni aux anthropologues, ni aux promoteurs de la santé de mettre en pratique ces divers outils. Les nombreuses rotations du personnel expatrié jouent directement sur la capacité des promoteurs de la santé à développer des rapports de confiance avec les populations et à entamer un véritable dialogue.

Dans le cadre des épidémies à virus Ebola, l'organisation Médecins Sans Frontières fait appel aux anthropologues depuis 2005. Au cours de cette dernière flambée épidémique, MSF a envoyé plusieurs anthropologues sur le terrain tant pour effectuer des travaux de recherche que comme promoteurs de la santé. La volonté d'intégrer le regard anthropologique à la réponse apportée semble cependant être un choix spécifique du centre opérationnel Bruxellois¹⁷³ et ne s'applique pas de façon homogène à l'entièreté de l'organisation.

« Peu importe le parcours professionnel des expatriés, nous sommes en train d'aller dans cette direction (celle qui consiste à intégrer le regard anthropologique et à adopter une vision

¹⁷² Hewlett Barry S, Hewlett BonnieL, *Ebola, Culture and Politics : The anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning, 2008.

¹⁷³ Il semble tout de même que le centre opérationnel Barcelonais tendent aussi à souligner l'importance et l'apport du regard anthropologique dans le travail effectué par Médecins Sans Frontières.

multiculturelle). Je ne pense pas que pour le moment les autres sections aient ce type d'approche [...] il faut prendre en considération que l'OCB était la seule section avec des promoteurs de la santé anthropologues sur le terrain et cela pendant une longue partie de cette épidémie. » [Extrait d'entretien avec Patrick]

L'OCB tente depuis déjà quelques années d'intégrer des anthropologues à ses équipes ou de recruter des promoteurs de la santé ayant un parcours professionnels axé sur les sciences sociales. Cet effort non négligeable, s'oppose cependant à la méconnaissance générale de l'anthropologie et de ses bénéfices potentiels. La nature même des outils anthropologiques qui impliquent une présence à moyen ou long terme sur le terrain, contraste avec ceux qui, pressés par l'urgence et la volonté d'aider, souhaiteraient trouver des solutions rapides. Il apparaît que de façon générale l'anthropologue se doit presque systématiquement de justifier sa présence sur le terrain. Face à ce problème l'OCB semble être la section opérationnelle la plus avant-gardiste de l'organisation.

Bien que l'OCB ait fait le choix d'intégrer les anthropologues à leur équipe de promotions de la santé et de développer plus généralement un regard anthropologique, d'autres stratégies pourraient être envisagées telle que la création de réseaux d'anthropologues affiliés à l'organisation selon le même modèle que les réseaux d'épidémiologistes.

Enfin, puisque le contexte d'urgence a été problématique et a fait que de nombreux membres du personnel n'avait pas de connaissances réelles et approfondies du pays et de la culture dans lesquels ils intervenaient, MSF pourrait envisager de faire appel à des anthropologues « dormants » c'est-à-dire des professionnels indépendants, spécialisés dans une ou plusieurs régions sur les problématiques de santé et qui peuvent être « activés » en fonction des urgences et de l'émergence de problèmes sociaux. Cela permettrait la diffusion des savoirs anthropologiques et des connaissances spécifiques au terrain à l'ensemble de personnel de MSF dès le début de l'épidémie.

En conclusion, il nous est apparu que les outils propres à l'anthropologie pouvaient être un véritable atout pour diminuer les réticences et désamorcer les rumeurs concernant l'épidémie à virus Ebola 2013-2015. La volonté de comprendre l'autre, démarche intrinsèque à la discipline, et les outils avec lesquelles le chercheur tente de faire sens peuvent permettre une meilleure compréhension entre les populations locales et les acteurs humanitaires des intérêts et des actes de chacun, elle ne doit absolument pas être ignorée, faute de quoi la méfiance s'installe. C'est en intégrant le point de vue des populations, en leur donnant une voix, qu'ils pourront redevenir maître de leurs destins et acteurs véritable de la lutte contre le virus et non pas être réduit, comme beaucoup de médias l'ont fait, au statut de victime.

Conclusions.

Depuis la fin 2013, une épidémie sans précédent de maladie à virus Ebola affecte l'Afrique de l'Ouest, et tout particulièrement la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Début mai 2015, 26536 personnes avaient contracté la maladie et 10980 décès avaient été enregistrés. Les contextes géographique, historique, politique, économique et social de ces pays expliquent dans une large mesure l'ampleur et la gravité de l'épidémie et le fait qu'à ce jour, en dépit des efforts considérables consentis, elle ne soit pas encore totalement maîtrisée.

L'émergence et la propagation de nombreuses rumeurs au décours d'une telle situation de crise n'est pas pour surprendre. Comme le souligne Aurore Van de Winkel la rumeur est un phénomène social habituel apparaissant « *en situation de crises, de tension, de problème, de danger, d'insatisfaction mais aussi d'opportunité au cours desquelles les points de repère des individus se trouvent bouleversés. Plus concrètement, les individus la produisent quand l'information n'est pas disponible- ce qui provoque de l'incertitude-, quand l'information est lacunaire ou que la signification ou les conséquences d'une situation ne sont pas claires- ce qui produit de l'ambiguïté-, quand ils souffrent d'un manque de confiance vis-à-vis des sources d'information, quand il se trouvent dans des situations réellement ou potentiellement menaçantes et quand ils ressentent le besoin de se rassurer et de comprendre. L'intensité de la rumeur est (alors) proportionnelle à l'implication des individus dans cette situation et à leur faculté de se mettre ensemble pour en développer des interprétations satisfaisantes et lui donner un sens* ». ¹⁷⁴ Tous ces facteurs et éléments se retrouvent en Afrique de l'Ouest et particulièrement exacerbés dans les 3 pays principalement touchés.

La nature des rumeurs apparues au cours de cette épidémie n'apparaît pas fondamentalement différente de celles déjà rencontrées dans les situations de crise sanitaire. Elle ressemble notamment par bien des aspects à celle des rumeurs circulant à propos du SIDA. Comme pour celles-ci, les rumeurs autour d'Ebola ont des contours et des contenus variables mais peuvent être regroupées en (i) rumeurs de déni de la maladie, (ii) rumeurs accusatrices et (iii) rumeurs de traitement. Dans le cadre de l'épidémie à virus Ebola 2013-2015, les rumeurs des deux premières catégories, de déni et accusatrices, ont été les plus fréquemment observées. Revenant par vagues successives, incessantes, elles traduisent surtout l'inquiétude face à un problème grave et jusque là inconnu et la grande méfiance des populations vis à vis tant des autorités locales que des intervenants étrangers soupçonnés de trouver un intérêt politique ou matériel à la crise. Elles consistent en cela un miroir des rapports entre autorités, occidentaux et populations locales comme entre soignants et soignés.

S'ajoutant aux difficultés matérielles et logistiques liées à l'urgence, ces rumeurs, particulièrement celles de déni et les rumeurs accusatrices, ont considérablement gêné le travail des équipes chargées de

¹⁷⁴ Van de Winkel, A « *Gérer les rumeurs, ragots et autres bruits* » Edi.pro, Liège, 2012.

la réponse. Elles ont contribué à retarder ou empêcher le recours aux soins comme la mise en place des mesures essentielles de prévention de la transmission du virus. Renforçant la méfiance vis à vis des acteurs de la réponse, elles ont même conduit parfois à des actes graves de violence envers eux. Bien que leurs conséquences et impact ne soient pas- ou très difficilement- mesurables, il ne fait pas de doute qu'elles aient affecté fortement l'efficacité générale de la réponse à l'épidémie.

Dans le cadre de cette réponse, l'organisation Médecins Sans Frontières, tout particulièrement son centre opérationnel de Bruxelles, a non seulement été en première ligne mais a joué un rôle de tout premier plan. Disposant d'une expertise hautement spécialisée rarement disponible tant chez les ONG que dans les organisations internationales, impliquée dès le début de l'épidémie, MSF a consacré à des moyens humains et financiers très importants à la lutte contre Ebola sur le terrain. Elle a aussi très largement contribué à la formation des intervenants, expatriés et locaux, sur le terrain. Elle a payé un lourd tribut à la maladie: 28 membres de son personnel ont été contaminés par le virus et 14 d'entre eux, tous employés locaux, sont décédés.

Tant par l'étude des documents internes que par l'observation participante de formations et réunions internes et les entretiens réalisés dans le cadre de travail, nous avons pu constater que la rumeur était un phénomène effectivement pris en compte par MSF. Plus généralement, l'organisation s'attache à développer des stratégies intégrant la nécessité de mieux connaître les opinions, attitudes et pratiques des populations locales. Le centre opérationnel de Bruxelles apparaît même jouer un rôle d'avant garde à cet égard, s'efforçant, depuis plus d'une dizaine d'années, d'intégrer et promouvoir les approches et outils de l'anthropologie dans le travail de cette organisation. Au siège comme dans les pays, l'intégration d'anthropologues dans les équipes de MSF a permis, de mieux préparer les personnels aux dures réalités du terrain et, sinon d'éviter l'apparition de rumeurs d'en limiter les conséquences.

L'analyse de la situation laisse cependant penser qu'une plus grande attention au contexte et aux populations et l'adoption de mesures complémentaires permettraient d'améliorer encore l'efficacité de la réponse. Une intégration plus poussée de l'approche anthropologique lors la définition des stratégies d'intervention, le développement d'un réseau associé d'anthropologues de la santé venant en appui aux missions d'exploration et de suivi des opérations et l'association systématique d'anthropologues au sein des équipes de promotion de la santé paraissent constituer à ce stade des mesures nécessaires et réalistes.

Hors du cadre des épidémies à Ebola, dans une organisation où prévalent largement le paradigme bio-médical et le sentiment de l'impérieuse nécessité de l'ingérence, la promotion et l'intégration d'une approche anthropologique semblent potentiellement porteuses d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'action. Elles sont aussi nécessaires pour renforcer encore l'image de l'organisation tant chez les populations locales que chez celles qui la financent. Dans les milieux de la santé publique et

de l'action humanitaire, elles permettraient également à MSF d'apparaître encore davantage comme une organisation innovante, à l'avant garde.

Au delà, ce travail vient confirmer et renforcer notre intérêt personnel initial pour l'anthropologie de la santé et le rôle de médiateur et de « traducteur culturel » que jouent déjà certains praticiens de l'anthropologie appliquée. Comme le souligne Alain Epelboin, il paraît effectivement important aujourd'hui d'intervenir afin de: « *décaler la demande (...), décaler le regard, de penser la culture des soignés autant que celles des soignants, d'amener ces derniers à comprendre (ce qui ne signifie pas approuver) le point de vue de l'autre, à s'imaginer à sa place* ». ¹⁷⁵ Vers où que l'on regarde dans le domaine de la santé, le besoin de ces « traducteurs » se fait sentir et est exprimé. Mais répondre à ce besoin, apporter sa contribution suppose de savoir éviter de nombreux pièges, notamment de devenir un fournisseur de recettes toutes faites ou un alibi culturaliste. L'étude de la gestion de l'épidémie à Ebola 2013-2015 montre que ce sont ceux qui avaient anticipé la demande sociale et avaient de longue date commencé à se préparer ont apporté les réponses les plus pertinentes.

La flambée épidémique en cours de maladies à virus Ebola semble aujourd'hui reculer mais n'est toujours pas maîtrisée. Les rumeurs autour d'Ebola circulent et se propagent toujours. Il est très probable qu'elles évoluent pour se focaliser autour des essais cliniques en cours et des syndrômes post-Ebola. Dans ce contexte, continuer de surveiller l'émergence et la propagation des rumeurs et d'essayer d'y mieux préparer les intervenants apparaît comme indispensable.

L'émergence de rumeurs autour des épidémies et en situation de crise sanitaire et humanitaire n'est pas un phénomène nouveau. Mais les nouveaux outils de communication, notamment la téléphonie mobile et internet, favorisent leur propagation rapide et leurs conséquences et impacts, réels et potentiels, semblent toujours plus importants. Voir en quoi et pourquoi, ces rumeurs ressemblent et se distinguent de celles autour d'autres questions serait utile. Continuer d'étudier les façons dont on y répond, comment les rumeurs sont généralement gérées, constitue une autre axe potentiel de travail.

Comme le montrent nos entretiens avec les membres de MSF, le besoin de « plus d'anthropologie » est souvent exprimé par les gens de santé et de santé publique. Pour autant, leur dialogue avec les anthropologues ne se fait pas naturellement et sans histoires. Pour les anthropologues, même choisie, la position de médiateur n'est pas facile à tenir. Continuer à réfléchir à leurs rôles particuliers comme plus généralement à ce que peut être et apporter l'anthropologie appliquée nous paraît être un chemin nécessaire.

¹⁷⁵ Alain Epelboin, « *L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ?*, Bulletin Amades [En ligne] ,78 | 2009

Bibliographie

Ouvrages :

- ALDRIN, Philippe, *Sociologie politique des rumeurs*, Paris, P.U.F ; 2005.
- BEAUD, Stéphane & WEBER, Florence, *guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte; 2010 [2003].
- BECKER, Howard S, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte ; 2002.
- BERTHIER, Nicole, *Les techniques d'enquête en science sociales*, Paris, Armand Colin ; 2011.
- CAMUS, Albert, *La peste*, Paris, Gallimard ; 1947.
- De SARDAN, Jean-Pierre Olivier, *Anthropologie de la santé*, In : Le dictionnaire des sciences humaines. S. Mesure & P Savidan, Paris, P.U.F ; 2006. Pp. 1039-1041
- DURKHEIM, Emile, *Les Règles de la Méthode sociologique*, Éditions Flammarion, Paris ; 2010 [1894].
- FARMER, Paul, *infections and inequalities, the modern plagues*, University of California press; 2001 [1999].
- FROISSART, Pascal, *La rumeur*, Paris, Belin; 2002.
- GIUST-DESPRAIRIES, Florence, *l'imaginaire collectif* Col. Sociologie clinique, Erès ; 2003.
- HEWLETT, Barry S & HEWLETT, Bonnie L, *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*, Belmont, Wadsworth Cengage Learning; 2008.
- KAPFERER, Jean-Noël, *Rumeurs, le plus vieux média du monde*, Paris, Seuil ; 2009 [1987].
- LEACH, M & DRY, S. *Science, Governance and Social Justice*, Earthscan ; 2010.
- MORIN, Edgard, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil ; 1969.
- RENARD, Jean-Bruno, *Rumeurs et légendes urbaines*, Paris, PUF ; 2013.
- SHIBUTANI, Tamotsu, *Improvised news: A sociological study of Rumor*, Indianapolis, Bobbs Merrill ; 1966.
- VAN DE WINKEL, Aurore, *Gérer les rumeurs, ragots et autres bruits*, Edi.pro, Liège; 2012.

- WHITE, Luise, *Speaking with Vampires :Rumor and History in Colonial Africa*, Berkeley, California Press ; 2000.

Articles:

- ALLPORT G. W & POSTMAN L, An anlysis of rumor, *Public Opinion Quarterely*, 10, hiver 1946-1947, Pp.501-517.
- BACOT, J-P, La légende de vol d'organe (Véronique Campion-vincent), In : *Réseaux* ; 1997 , volume 15, n°82-83. Pp 299-301
- DIFONZO, Nicholas & BORDIA, Prashant, Rumeurs, ragots et légendes urbaines Contextes, fonctions et contenus, In : *Diogène* ; 2006/1 n° 213. Pp 23-45
- EPELBOIN, Alain, l'Anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ?, *Bulletin Amades* [En ligne], 78 ; 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 06 novembre 2014, URL : <http://amades.revues.org/1060>
- EPELBOIN, Alain, Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola en 2014 en Guinée Conakry. [Research report] OMS ; 2014.
- FOEGE, W.H, perceptions of risk and social responses , In : *Social Research : An international Quartely* 55(3) : 331-342 ; 1988.
- GRIETENS, K-P, Doctors and Vampires in Sub-Saharan Africa : Ethical challenges in clinical triap Research, *The American Society of Tropical Medecine and Hygiene*, 91(2) ; 2014. Pp 213-215
- HARDLEY, Michael, Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?, in. *Sciences sociale et santé*. Volume 22, n°1 ; 2004. Pp21-43
- HEWLETT Bonnie L & HEWLETT Barry S, Providing care and Facing death : Nursing during Ebola outbreaks in central Africa, *Journal of Transcultural nursing*, Vol 16 n°4, Octobre 2005, Pp 289-297
- KAPFERER, Jean-Noël, A Mass poisoning rumor in Europe, *The Public Opinion Quartely*, Oxford University Press, vol 53, n°4, Hiver; 1989, Pp467-481.
- KNAPP, R., A psychology of rumor, *The public Opinion Quartely*, 8(1) ; 1944, Pp22-37.
- NELKIN D & GILMAN S, placing blame for devastating diseases, In : *Social Research : in times of plagues*, vol 55, n°3 ; 1988. Pp 361-378.

- NIANG, Cheikh Ibrahima, Ebola : une épidémie postcoloniale, *Politique étrangère* ; 2014/4 Hiver, Pp97-109.
- PAICHELER, Geneviève & QUEMIN, Alain, Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du Sida, In. *Science Sociale et Santé*. Volume 12, n°4 ; 1994. Pp.41-72
- PETERSON, W & GIST, N, Rumor and Public Opinion, *American Journal of Sociology*, 57 ; 1951, p159-167.
- QUENNIEC, Erwan, la performance opérationnelle des ONG humanitaire : une analyse en termes d'enjeux institutionnels, *Tiers-Monde* ; 2003, tome 44 n°175. Pp 657-682
- REUMAUX, Françoise, Traits invariants de la rumeur, In : *Communications*, 52 ; 1990. Pp.141-159
- SCHEPER-HUGHE, N, Theft of life : organ stealing rumors, *Anthropology Today* ; 1996. Vol 12, Pp 3-10.
- TAIEB, O & HEIDENREICH, F & BAUDET, T & Moro, MR, Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle, In : *Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 35, n°4 ; 2005, Pp 173-185.
- VAN DAMME, W & VAN LERBERGHE, Epidemics and fear, In : *Tropical Medicine and international Health*. Vol 5 n°8 ; August 2000. Pp 511-514.

Documents internes à MSF

- SAEZ, A.M & BORCHET M. « *Réticences aux mesures de contrôle de l'épidémie Ebola- comprendre, réagir et prévenir* » OMS, Medecine Universitaire, Berlin, 2014.
- STERK, Esther « *Fièvres hémorragiques virales à Filovirus, Directives* » Centre opérationnel de Barcelone-Athènes, MSF, 2008
- VENABLES, Emilie, « *'One man can become an atomic bomb for the whole nation' : perceptions of ELWA 3 and survivor stigma in Monrovia, Liberia* », MSF, December 2014
- PELLECHIA, Umberto, « *Draft of the Anthropological Report on Social Response to Ebola in Monrovia's communities.* » MSF, Bruxelles, 2014.
- AUTEUR INCONNU: « *Pushed to the Limit and Beyond, a year into the largest ever Ebola Outbreak* » [Report] MSF, 2015.

- AUTEUR INCONNU: « *Health promotion draft* », MSF, 2014.
- AL-KOURDI, Yasmine, « *Ebola training, Health promotion* » Janvier 2015, MSF.

Liens électroniques

- OMS, *Ebola situation report*, 25 mars 2015. URL : <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-25-march-2015>
- OMS, *Alerte au niveau (GAR)*, Septembre 2014 URL : <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/fr>
- AUTEUR INCONNU, *Sida, la rumeur d'Issy-les-Moulineaux*, février 2001. URL : <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20010227.OBS1925/sida-la-rumeur-d-issy-les-moulineaux.html>
- EPSTEIN, H. « *Ebola in Liberia : an epidemic or Rumors.* » Décembre 2014. URL : <http://www.nybooks.com/articles/archives/2014/dec/18/ebola-liberia-epidemic-rumors/>
- HOGAN, C, « *There is no such thing as Ebola*, The Washington Post, 18 juillet 2014. URL : <http://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2014/07/18/there-is-no-such-thing-as-ebola/>.
- AUTEUR INCONNU (éditorial auteur non précisé), « *Libéria, un centre d'isolement attaqué à Monrovia, 17 malades en fuite* » Le Nouvel Obs, 17 Août 2014. URL : <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20140817.AFP3978/liberia-29-malades-d-ebola-en-fuite-apres-le-saccage-de-leur-centre-de-soins.html>
- MAZUNDAR, T, « *Journey through the Ebola heartland in Sierra Leone and Guinea* » BBC News, 23 Novembre 2014. URL : <http://www.bbc.com/news/world-africa-30160666>
- BARROUX, R, « *Avec les damnés du virus Ebola* » Le Monde, 1 Août 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/01/avec-les-damnes-du-virus-ebola_4465188_3244.html
- AUTEUR INCONNU : « *Ebo-Lie : l'immense arnaque de la pandémie Ouest-africaine de 'fièvre Ebole'* ». Wiki Strike, 18 Août 2014. URL : <http://www.wikistrike.com/2014/10/ebo-lie-l-immense-arnaque-de-la-pandemie-ouest-africaine-de-fievre-ebola.html>

- FEUER, A, « *The Ebola Conspiracy theories* », The New York Times, 18 Octobre 2014. URL : http://www.nytimes.com/2014/10/19/sunday-review/the-ebola-conspiracy-theories.html?_r=0
- BRODERICK, C, « *Ebola, AIDS Manufactured by Western pharmaceuticals US DOD ?* » The Liberian Observer, 15 Mai 2015. URL : <http://www.liberianobserver.com/security/ebola-aids-manufactured-western-pharmaceuticals-us-dod>
- BANCARZ, S, « *What you are not being told about Ebola : what the world needs to know.* », (date non précisée). URL : <http://www.spiritscienceandmetaphysics.com/what-you-are-not-being-told-about-ebola/>
- AUTEUR INCONNU (éditorial), « *Ebola, des membres d'une mission de prévention tués en Guinée* » Le Monde, 19 Septembre 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/19/ebola-des-membres-d-une-mission-de-prevention-tues-en-guinee_4490415_3244.html
- OMS, « *lutter contre les idées fausses qui entourent la maladie à virus Ebola en Guinée* » Avril 2014. URL : <http://www.who.int/features/2014/ebola-myths/fr/>
- AUTEUR INCONNU, (non précisé), « *God is angry with Liberia* » The Liberian Observer, 31 Juillet 2014. URL : <http://www.liberianobserver.com/news-religion/god-angry-liberia>
- RASPLUS, J, « *Ebola : vols de reins et oignons miracles, les rumeurs les plus folles sur le virus* » France TV info, 25 Septembre 2014. URL : http://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/ebola/ebola-vols-de-reins-et-oignons-miracles-les-rumeurs-les-plus-folles-sur-le-virus_702169.html
- AUTEUR INCONNU, « *Ebola : malgré zero cas, la côte d'ivoire au bord de la psychose* » Jeune Afrique, 26 Août 2014. URL : <http://www.jeuneafrique.com/actu/20140826T074304Z20140826T074245Z/>
- LANCE, P, « *Ebola, non aux mitraillettes, oui aux solutions naturelles (le chlorure de magnésium)* ». Ze Journal, 8 Novembre 2014. URL : http://www.zejournal.mobi/index.php/news/show_detail/4615
- DUPUIS, J-M, « *Ebola : le mensonge généralisé* » Santé nature innovation, 27 Août 2014. URL : <http://www.santenatureinnovation.com/ebola-le-mensonge-generalise/>
- REROLLE, R , « *Cas de conscience humanitaire* » Le Monde, 11 Décembre 2014. URL : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2014/12/11/cas-de-conscience-humanitaire_4538961_3212.html

- TILOUINE, J, « *Guinée : Alpha Condé sur tous les fronts avant l'élection* » Le Monde, 22 Janvier 2015. URL : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2015/01/22/guinee-alpha-conde-sur-tous-les-fronts-avant-l-election_4561087_3212.html
- AUTEUR INCONNU (éditorial), « *Ebola : un centre d'isolement attaqué au Libéria* » Le Monde, 16 Août 2014. URL : http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/16/ebola-le-kenya-ferme-ses-frontieres-aux-voyageurs-venant-de-guinee-du-liberia-et-de-sierra-leone_4472520_3244.html
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *Guinée : attaque meurtrière contre une équipe anti-Ebola, 27 suspects arrêtés* » Jeune Afrique, 25 Septembre 2014. URL : <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAWEB20140925092247/>
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *Guinéens condamnés à perpétuité dans l'affaire du 'drame de Womey'* » Jeune Afrique, 22 Avril 2015. URL : <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAWEB20150422135952/>
- AJAKAYE, R, « *Face à l'Ebola, les Nigériens s'en remettent à l'eau salée* » Anadolu Agency, 14 Août 2014. URL : <http://www.aa.com.tr/fr/afrique/373549--face-a-lebola-les-nigerians-s-en-remettent-a-l-eau-salee>
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *1971 : la création de Médecins Sans Frontières* ». MSF, (date non précisée). URL : <http://www.msf.fr/histoire-sommaire-book-page/1971-creation-medecins-sans-frontieres>
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *La charte de Médecins Sans Frontières* ». MSF (date non précisée), URL : <http://www.msf.fr/association/charte-medecins-sans-frontieres>
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *Rapport international des activités 2013* » MSF, 2013. URL : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_activity_report_2013_fr.pdf
- AUTEUR INCONNU (non précisé) & AFP, « *MSF en première ligne contre Ebola.* », La Libre, 18 Septembre 2014. URL : <http://www.lalibre.be/dernieres-depeches/afp/medecins-sans-frontieres-en-premiere-ligne-contre-ebola-541af41e35708a6d4d573376>
- AUTEUR INCONNU (non précisé), « *Espace Bruno Corbé* », MSF, (date non précisée). URL : <http://www.msf-azg.be/fr/espace-bruno-corbe>

Annexes

I. Document envoyé à MSF dans le but de présenter le travail de recherche.

Mlle Marine Decaillet
25/10/2014
Bruxelles

Pour une analyse anthropologique des rumeurs autour de l'épidémie à virus Ebola (2014).

On ne peut qu'être frappé par le nombre et la diversité des rumeurs qui circulent depuis le début de l'épidémie 2014 à virus Ebola : rôle curatif quasi- miraculeux du chlorure de magnésium, prévention par l'absorption d'eau salée ou la consommation d'oignons, refus des pays occidentaux de fournir un traitement efficace, dénonciation d'un complot international visant à voler les ressources de pays africains, mise en cause de la Croix-Rouge accusée d'inoculer volontairement le virus....

Comme pour d'autres rumeurs en santé publique, leurs effets sont loin d'être anodins.

Dans ce contexte mon travail a pour but de mieux comprendre les rumeurs autour de l'épidémie actuelle et de voir en quoi les institutions, ONG et professionnels de santé (directement) impliqués dans la réponse à cette épidémie sont affectés par celles-ci et comment ils y réagissent et répondent.

Une meilleure connaissance de ces rumeurs devrait permettre la mise en place de meilleurs moyens de la gérer.

Ce travail pourrait donc inclure:

- 1) une revue de la littérature relative aux rumeurs en santé,
- 2) l'observation, l'analyse et la classification des rumeurs autour d'Ebola (origine, nature, caractéristiques générales, vitesse de propagation et « force » des rumeurs, facteurs favorisant leur diffusion...)
- 3) l'observation et l'analyse des effets de ces rumeurs sur le travail des professionnels de santé impliqués dans la réponse à l'épidémie et de la réaction et moyens de gestion de ces professionnels.

Pour ce travail, je souhaiterais pouvoir interroger et discuter avec des membres de MSF qui ont été ou sont directement impliqués, tant au siège à Bruxelles que dans les pays d'Afrique de l'Ouest concernés, dans la réponse à cette épidémie. La méthode à utiliser pour cela reste encore à définir et devra naturellement être adaptée aux possibilités/disponibilités de MSF, mais pourrait reposer sur une observation participante combinée à des interviews et éventuellement à un nombre limité de groupes de travail (focus-groups).

II. Guide d'entretien

Thèmes du Guide d'Entretien	Questions et/ou relances verbales prévues
<p>1. thèmes généraux :</p> <p>Qui ?</p> <p>Consigne générale :</p>	<p>Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ? Comment êtes-vous arrivé chez MSF ?</p> <p>Pouvez-vous me dire ce que le mot Ebola évoque pour vous ?</p>
<p>2. Aspects généraux :</p> <p>a) MSF en première ligne dans la réponse à Ebola?</p> <p>b) Sentiment, perceptions et discours autour de la maladie.</p>	<p>Quel a été le rôle de MSF dans la lutte contre Ebola ? par rapport à d'autres acteurs ?</p> <p>Comment expliquez-vous le rôle de MSF dans la lutte contre cette maladie ?</p> <p>Comment se positionne MSF par rapport à d'autres ONG ou groupe internationaux dans la lutte contre Ebola ?</p> <p>Comment Ebola a-t-il affecté votre travail et votre vie personnelle ?</p> <p>Avez-vous ressenti ou vécu des moments d'angoisses/préoccupations personnelles liées à Ebola ?</p> <p>Avez-vous entendu parler de telles préoccupations au siège comme sur le terrain ?</p> <p>Que pensez-vous de la situation au siège ?</p>

<p>3. Sujet :</p> <p>a) Rumeurs sur le terrain et au siège. Explications proposées pour ces rumeurs.</p>	<p>Qu'évoquent pour vous le terme de rumeur lorsqu'on parle d'Ebola ?</p> <p>Comment expliquez-vous l'existence de ces rumeurs ?</p> <p>Avez-vous déjà entendu des rumeurs, et croyances similaires durant des épidémies d'Ebola précédentes ou durant d'autres épidémies ?</p>
<p>4. Autour de la réponse</p> <p>c) A la rumeur</p>	<p>Avez-vous été préparé au sein de MSF à la gestion de ces rumeurs, croyances et perceptions ?</p> <p>Dans votre travail ou vie personnelle, comment avez vous fait face aux croyances et bruits/rumeurs auxquelles vous avez été confronté ?</p>

III. « FAQ Sheet » Fiche mise à disposition des promoteurs de la santé expatriés concernant les questions fréquemment posées.

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

- **What is Ebola?**

Ebola is a very contagious and very dangerous virus that can kill very quickly. However, those who receive care at the Ebola treatment center (ETC) have the best chance to survive.

- **Who is MSF? Why is MSF working here for Ebola?**

MSF is an independent, medical, humanitarian organization. MSF works in many countries all over the world to provide medical care to people affected by conflict, natural disasters, or epidemics such as Ebola. MSF is working on the Ebola epidemic in West Africa because it has more experience with Ebola than any other organization. Due to MSF's experience with Ebola, we are able to provide the best possible care to all patients.

- **What are the signs and symptoms of Ebola?**

Ebola can look like many other illnesses. Therefore, if someone is experiencing these symptoms, and they have had contact with a person who is sick or who has died from Ebola, they should be tested. The only way to be sure if a person is sick with Ebola is to do a blood test. A very small amount of blood is taken and tested in a special laboratory.

Not everyone infected with Ebola will have the same symptoms. The most important symptom is a high fever. Other important symptoms include weakness, fatigue, lack of appetite, and diarrhea. Some patients are also experiencing vomiting, nausea, difficulty swallowing, difficulty breathing, hiccups, and bleeding from the eyes, ears, mouth, or anus. It is important to understand that not all Ebola patients experience hemorrhagic symptoms (bleeding).

- **How is Ebola spread?**

The virus is first transmitted to humans by hunting, preparing and eating bush meat (monkeys and bats)

Then Ebola spreads through direct contact with bodily fluids. All bodily fluids can spread Ebola including blood, sweat, vomit, diarrhea, urine, saliva, sperm, and breast milk.

- **Who is at risk from Ebola?**

Everyone is at risk from Ebola if they come into contact with a person who is sick with Ebola, if they touch the corpse of a person who has died from Ebola, or if they come into contact with an animal such as a bat or monkey that has Ebola.

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

- **How can we prevent Ebola?**

Ebola can be prevented by avoiding contact with the bodily fluids of an infected person or animal. To protect yourself, never touch the body of a person who has died from Ebola, never touch a person who is sick with symptoms of Ebola, and never touch the clothing or bedding used by a person who was sick or died from Ebola.

Wash your hand with water and soap (or with chlorine solution) regularly

- **How can we tell if someone has Ebola?**

A blood specimen is taken for the Ebola laboratory test. The specimen is sent to the laboratory. The findings become available after a couple of hours.

- **What should we do if a person shows the signs & symptoms of Ebola?**

Different options exist following the context :

-you can call a hotline (free number) and they check and decide to send an ambulance -

you can inform an identified key person in the village, he/she will liaise with the MSF team

-you can go to a health center that will liaise with the MSF team

The health promotion team will inform you on the best option to follow.

- **Why do you go get patients rather than waiting for them to come to you, as you do for other diseases?**

In Ebola outbreaks the MSF approach is a **pro-active one**. The faster new cases are detected, the higher the chance of treating patients correctly and the more the disease's chain of infection is reduced (meaning to prevent the infection's being passed from one person to another). Waiting for the patient to present to us is not the best option. We want to facilitate to transport.

- **Why use several vehicles to pick up a single patient?**

The teams that arrive for an assessment of patients are composed of several people : drivers, health promoters who can answer all the community's questions if need be, health officers (hygienists) for transporting the patient, the medical officer, a hygiene team leader, etc.

It is not unusual also to have to travel great distances, so teams use the occasion to carry out different tasks other than just assessing the patient, such as decontaminating the homes of

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

other patients, carrying solidarity kits, etc. That is why we have sometimes several vehicles for a big team.

- **What is carried in the MSF vehicles?**

- Decontamination equipment (sprays, chlorine solutions, etc.)
- Garbage bags
- Stretchers
- Protective suits in case needed
- Examination kits
- Emergency medical equipment
- Solidarity kits
- Food and drink for team needs during the day
- Etc.

- ***What happens once the ambulance carrying the patient reaches the ETC?***

The patient is taken in hand by various members of the ETC's teams :

-A health promoter (HP) explains how the ETC works: is it possible to have a chaperone? Can the family visit? Is it possible to move around the facility (case by case) ? Etc.

-The patient is examined by a member of the medical team who provides initial care (medication to fight the fever, inserting a drip, etc.)

-A blood specimen is taken for the Ebola test. The specimen is then sent to the laboratory. With the findings becoming available a little later the same day

-The patient is also tested for malaria and treated if the test is positive

-The patient is informed of how to protect him/herself while waiting for the test findings.

-Patients are fed, then assigned a bed where they can wait for the findings

- **What happens if the test is negative?**

If the test comes back negative, patients are discharged from the ETC with a certificate attesting to the negative findings. This certificate is proof that patients do not have the disease at this precise moment. But be careful: it must be kept in mind that there is always a possibility to be infected later (for instance if they ever come into contact with infected patients) !!

If patients are well enough, they can go home. If patients are in a seriously ill state but it is not Ebola, they will be referred by our teams to a Central Hospital where they will receive treatment.

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

- **What happens if the test comes back positive?**

The patient is kept at the ETC. There, they will receive the best possible support treatment, i.e. antibiotics, vitamins, drips, etc., which will help them fight the disease. By keeping ill patients at the ETC, their family and friends will be protected from contamination.

Patients are transferred to the confirmed-cases unit where there are small hospital rooms and care is provided around the clock.

-Medical treatment to fight the disease is provided by qualified and highly trained doctors and nurses -

All signs and symptoms that develop can be alleviated: vomiting, diarrhea, weakness, fever, pain, etc.

-Patients are washed if they can't do it themselves and are provided with clothes and blankets according to their needs, and they are fed and encouraged to drink

-The various support treatments aim to fortify patients' bodies so they can better resist the disease

- **What happens in the community if patients test is positive?**

- 1) Decontamination of private and public places where patients have lived

A crew of specially trained hygiene officers, along with a health promoter specially trained will spray a chlorinated solution in the places where patients have spent time, like latrines, bedrooms where they have slept as well as common areas inside the house. If necessary, the places where patients have been during their disease will be decontaminated, such as private clinics, health centers, shops, etc.

- 2) Contact follow-up

All family members and friends who have touched, eaten or slept with, cared for or simply spent some time in the same dwelling as the patient are at risk of developing the disease. They must be monitored for 21 days after their last contact with the ill person. If they appear in good health, nothing is done, but they are kept under observation. At the slightest indication of ill health, follow-up contact agents will warn our teams, and we will come assess the person. After 21 days, the follow-up is ended as the risk of developing the disease has gone beyond the incubation period.

- **What is an Ebola contact and what is contact tracing?**

A "contact" is any person who was in physical contact with an Ebola patient. This means anyone who cared for the sick person, washed their clothing or bedding, slept in the same bed, or washed or touched the body of a person who died from Ebola.

All contacts should be followed by the contact tracing team who check to ensure that none of the contacts become sick. If a contact does develop Ebola symptoms, they will be sent to the

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

treatment center to give them the best chance to survive. This also helps prevent the virus from spreading to other family members.

- **Why do you spray houses?**

Homes are often highly contaminated by the diseases that have occurred there, either over long periods or after short visits. The virus that causes Ebola can be found in clothes, dried secretions, mattresses, on walls and so forth. Chlorinated solutions kill viruses still present in houses. Once decontaminated, homes are safe and virus-free again, and can be lived in without fear.

- **How is it that even a week after a round of spraying the disease can still spread in a village?**

It's not connected to the spraying, but to the very nature of the disease. When a person falls ill, they often have time to infect others, usually those closest to them who don't yet know the person is ill, so they catch it in turn. This is known as the incubation period. It generally takes from 5 to 7 days for the virus to multiply in large enough numbers to cause the disease's symptoms to appear.

- **If the patient is not afflicted with Ebola, do you spray houses?**

No, for there is no reason to. The Chlorine solution is used against the Ebola virus. If it isn't present, the people can simply carry on with their lives.

- **What should we do if a person dies from Ebola?**

If a person dies with Ebola symptoms at home, no one should touch the body! The house should be closed and the family or neighbors should notify the nearest health facility to make an alert.

If a person dies from Ebola in the MSF treatment center, the staff will prepare the body by washing it with chlorine mixed with water. Since the body of a person who has died from Ebola remains very dangerous, staff must wear special protective clothing when preparing the body. The family may come to see the body, but they are asked not to touch the body so as to avoid becoming sick themselves. The body is placed in the body bag and the bag is closed before leaving the treatment center. This protects the community from becoming contaminated with Ebola. The body will be transported to the cemetery and buried in a secure way. The family may organize prayers or other spiritual rites.

- **Why is a person who has died at the treatment center placed in a plastic sack?**

When a person dies from Ebola, the virus itself does not die. This virus can very easily spread to other people and cause more Ebola cases. Therefore, the body is carefully washed with chlorine and water and placed in a special bag that prevents the bodily fluids from escaping.

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

- **What happens when patients are cured?**

For patients to be announced cured, the medical team has to conduct another Ebola test, which has to come back negative, which means that the virus has disappeared from patients' blood. . Survivors may then return home, and their families, the neighborhood, sector and village community can resume their lives without risk.

Discharged patients are taken home in an MSF vehicle. All survivors must take with them a certificate of discharge signed by the Health Authority and the MSF doctor, which certifies that these people are no longer infectious or dangerous to the public at large.

- **Why should those who are sick with Ebola go to the treatment center?**

There are two reasons for those with symptoms of Ebola to go to the center:

- a) There is treatment for the symptoms of Ebola. Those who are ill have the best chance for survival if they are being cared for by doctors and nurses who are experts in this disease and who can give the correct medicine for each symptom. At the treatment center, medicine and good food are given for free to all patients to help make their body strong to fight the Ebola virus.
- b) The second reason to go to the treatment center is that Ebola is very contagious and in order to prevent transmission of the disease, special protective equipment and techniques are used so that the caregivers do not become sick. A sick person who is cared for at home can spread the disease to their family members.

- **How can we care for patients with Ebola?**

Those who have Ebola should go to the Ebola treatment center so that they can receive the best possible care. Medicine for Ebola symptoms, good food, and plenty of water and other drinks are provided. Ebola patients should **not** be cared for at home because of the risk of spreading the illness to other family members. Ebola patients should also not go to the community health centers because of the risk of spreading the disease.

- **What services are available at the MSF Ebola treatment center?**

At the treatment center all services are provided free of charge for all Ebola patients. Laboratory testing is available to diagnose Ebola. Medicine is provided by specially trained doctors and nurses to treat the symptoms of Ebola. Good food and plenty of water and soft drinks are given to help the patient stay strong. Psychological care is also available for patients and families to

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

help them stay strong mentally and emotionally. Showers and latrines are available and all necessary hygiene items are provided to patients. The entire area is kept clean and disinfected by specially trained staff.

- **What measures are in place at the treatment center to contain Ebola and to protect staff? Is it safe to visit?**

Many measures are put in place to prevent the spread of Ebola. Therefore, the center is surrounded by fences to show which areas are safe and which are risky for those who do not have special training and protective clothing. At the center, there are two types of tents for patients. Some tents are used only for patients who are sick and are waiting for the results of their Ebola test. Other tents are used for patients who have tested positive for Ebola. Family members are allowed to visit the treatment center and a special area has been created to ensure that they remain safe.

Staff is protected by the special clothing they wear when caring for patients, cleaning the high risk areas, and handling the bodies of patients who have died. All staff are trained to put the protective clothing on and also to take it off in a way that is safe.

- **If a person enters the treatment center, can they leave? Why don't the people who leave with the ambulance come back?**

Remember that not all patients who enter the treatment center have Ebola. This is why all patients will be tested when they arrive. Those with a blood test that is negative for Ebola will be discharged from the treatment center with a copy of their lab results. The treatment center is not a prison and all patients are free to leave at any time. However, patients understand that they have the best chance to live if they receive treatment for Ebola symptoms, therefore they decide to stay at the center.

Sadly, the type of Ebola currently in Sierra Leone is very dangerous and most of the people who contract the disease will die. Those who are sick with Ebola have the best possible chance to survive if they arrive at the center as soon as possible. This type of Ebola virus is the most deadly virus in the world.

- **Is there a risk to eating meat from the market?**

All fish and other seafood are safe to eat. It is safe to eat meat that is very well cooked because high heat kills the Ebola virus. However, during an Ebola outbreak it is important to avoid the meat of bats and monkeys because they are the main animals that spread the disease. People

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

are also advised to avoid bush meat. If you don't know how an animal has died, it is safest to avoid eating that meat. Never touch or eat an animal found dead in the forest.

- **What is in the spray bottles I see people using and will it hurt me?**

The spray bottles are filled with chlorine and water. If properly mixed, chlorine is safe to use for hand washing and disinfection. Chlorine will not cause harm or cancer.

- **What kills the Ebola virus?**

There are four things that can kill Ebola: 1) many hours of sunlight; 2) very high heat; 3) chlorine; and 4) soap. To protect ourselves at home, we should be sure to cook our food well and to wash our hands with soap and water before cooking food, before eating, and after using the toilet.

- **Why isn't chlorine distributed to all the schools and villages?**

Chlorine is a strong chemical and should only be used by people who are trained to use it. Soap and water are equally effective at killing the virus as chlorine. Any type of soap including the homemade soap used in the villages can kill the virus. It is important for people to wash their hands frequently.

- **Why isn't there a vaccine or cure for Ebola?**

Scientists are currently working on creating a vaccine for Ebola but so far they have not found anything that works. Different medicines are also being tested, but at the moment we do not have any evidence of a treatment that kills the virus. We hope they will have success soon.

It is important not to believe false information about vaccines or cures. At the moment, there is nothing you can buy at the pharmacy or from a traditional healer that will prevent or cure Ebola.

- **Is it safe to go to schools, banks, markets, churches, mosques, and other public places?**

Yes, it is safe to go to schools, markets, churches, mosques, and other public places. However, as always, it is important to wash your hands frequently with soap and water after using the toilet, before cooking food, and before eating.

- **Should I avoid contact with the family of a person who has become sick or died from Ebola?**

A person who does not have any symptoms of Ebola such as a high fever, plus the other symptoms such as fatigue, weakness, diarrhea, etc. cannot transmit the disease. Therefore, you do not need to be afraid of any person who is not sick. A person who has survived Ebola is not

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

contagious and cannot spread the virus to any other person. Therefore, it is very safe to live with and share food or a bed with a person who has survived Ebola.

- **Is Ebola spread in the air, water, soil, or by mosquitoes?**

The Ebola virus is strong when it is inside humans and animals, but it is very weak outside the human or animal body. The virus cannot live in air, water, soil or in insects such as mosquitoes.

- **Why has Ebola come to Sierra Leone and other West African countries? How long will it take for the epidemic to stop?**

It is difficult to say why Ebola is here now, and it is impossible to say how long it will take to stop the epidemic. We know that the Ebola virus is carried by wild animals and that is why people are advised to avoid bush meat during the Ebola outbreak. In addition, person to person transmission drives the epidemic. In order to protect our families and communities, we must change our behavior to avoid touching people who are sick or who have died from Ebola. Everyone who shows symptoms of Ebola should be tested at the treatment center.

- **Why is Ebola such a fast killer?**

Because it is a relatively recent disease, Ebola is still not very well known. It is also hard to predict its development. People who are stricken with it may see a rapid deterioration in their health, but even those in very advanced stages of the disease sometimes pull through. It would appear that some people develop an adequate immune response (antibodies) to the virus and manage to purge it from their systems, while in others the disease progresses faster than the immune system can cope with, not giving it time enough to adjust.

What's more, there is not yet any specific treatment for what causes the disease or any vaccine for it. There are, however, support treatments for it, and they have proved effective, e.g. antibiotics and malaria drugs for preventing the other infections that can take advantage of the situation, rehydration solutions, vitamins and drips for those unable to swallow, etc. **The earlier the disease is detected, the better the chance a patient has to survive.**

- **Why isn't MSF / MOHS testing everyone for Ebola?**

The test for Ebola only works when a person is showing signs and symptoms of Ebola. If a person is not sick, the test will be negative, so there is no reason to test healthy people.

EBOLA FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

WEST AFRICA 2014

- **What have we learned about Ebola epidemics in other countries?**

This is the largest Ebola outbreak ever in the world. In other countries, the epidemic stopped when people followed health messages about avoiding touching sick or dead bodies and allowed all people sick with Ebola to be treated at the Ebola treatment centers. It is best to avoid travel during the time of an Ebola outbreak.

Specific Beliefs: a few examples :

- **Is it true that a mix of ginger, honey, garlic, onion and vinegar can cure Ebola?**

No, it is not true. There is no home remedy but there is treatment for signs and symptoms of Ebola Virus Disease. You must go to the adequate health facility for proper management and treatment if you or someone you suspect has an Ebola infection. Your chances for survival are much higher at a treatment center than at home.

- **We have heard that drinking alcohol prevents Ebola virus transmission. Is this true?**

No, it is not true. Alcohol does not prevent Ebola. In fact, excessive consumption of alcohol is harmful to your body.

- **Is it true that Ebola is a curse?**

We don't know about curse, but what we know is that Ebola is a viral disease transmitted to humans from wild animals. It can also be spread from person to person.

- **I have heard that people are injected and killed at the health center. Is this true?**

That is a false rumor. Although people do die of Ebola some patients recover. All Ebola patients receive the best medical care . The medical team is working hard to save their patients and to have them returned to their families.

- **Is it true that organs are taken from Ebola patients to be sent to Europe ?**

That is a false rumor. There is only a small blood sample taken to be analyzed by the lab to check if the suspect patient has Ebola or not. Then, when a patient dies, his body is put in a plastic bag to avoid further contamination. But the family (or a member of the family) can see the dead body in the bag before the burial. He will then notice that the body is undamaged.

IV. Retranscription d'entretiens

Retranscription d'entretien: Julien P.

Conditions: L'entretien a eu lieu le 26 février 2015 au sein du siège dans une des « bulles » réservé aux communications Skype. L'interviewé a été contacté directement au bureau une semaine auparavant et s'est montré enthousiaste à l'idée de participer à ce travail. Avant le début de l'entretien, nous avons demandé l'autorisation d'enregistrer, celle-ci nous a été accordée. Nous avons rappelé la confidentialité de tous les propos rapportés et garantis l'anonymat de ceux-ci. L'entretien s'est déroulé dans une atmosphère décontractée et le discours a pris une forme relativement familière.

- (j'installe le magnétophone, demande les autorisations et précise que c'est confidentiel. Je précise que les retranscriptions sont disponibles pour les participants qui souhaitent s'assurer de la bonne transcription de leurs propos). Est-ce que tu peux commencer par te présenter et m'expliquer un peu ton parcours professionnel et comment tu en es venu à travailler chez MSF?

-Houuu, ça c'est...Ok. Je suis Julien P dans la fonction actuelle, je suis coordinateur médical des opérations. Ça veut dire sous le directeur médical, celui en charge du lien entre le département des opérations et le département médical. Donc tout ce qui est qualité médicale par délégation est quelque part ma responsabilité. Qualité médicale des opérations, ça s'est une partie. Parcours ? Donc, je suis médecin de formation, diplômé de Liège en Belgique. J'y ai travaillé un peu et très vite, j'ai fait médecine tropicale et je suis parti avec MSF.

- A Anvers? (la médecine tropicale)

-Oui, j'ai fait médecine tropicale à Anvers et je suis parti avec MSF. J'ai fait du terrain et puis tous les postes: cliniciens, médecins cliniciens de base jusqu'à la coordination. Heu.. Coordination de terrain, coordination médicale du pays. Après ça, j'ai fait une pause académique, j'ai fait un master en santé publique à Londres, à la London School. Donc j'ai fait cette pause académique et puis après j'ai commencé à travailler à des positions dans les sièges. J'ai commencé à Rome, puis j'ai fait ici, où j'étais des positions dans les cellules, dans les desks, médical dans les cellules, intérim coordinateur de cellule. J'ai fait quelques années à faire ça et puis après, j'ai pris cette position actuelle qui est « coordinateur médical » des opérations. De facto en fait coordonne. Je suis donc le responsable fonctionnel de tous les médicaux des différentes cellules. En plus du lien avec les ressources humaines pour tout ce que sont les coordinateurs médicaux et pleins d'autres petites choses comme ça. Spécifique à Ebola, bien sûr, j'ai eu le suivi Ebola puisque naturellement, je l'ai fait. J'ai fait quelques intérim de MEDCO dans le cadre de la réponse. Mais aussi maintenant, je suis dans la

taskforce en temps partiel. En temps partiel, ils font plus qu'un temps plein. (il rit) donc je suis dans la Task Force, le focal point pour tout ce qui est recherche. Donc toute la recherche en cours dans Ebola a une personne focale, c'est moi qui joue ce rôle dans la Task force Ebola. Donc c'est comme ça que j'ai aussi le suivi spécifique à Ebola depuis, formellement depuis septembre.

-Et sur le terrain, ils t'ont envoyé où?

-J'étais au Libéria. Et au tout début en Guinée. En mai, on était en visite en Guinée pour le VIH quand y'avait Ebola. J'ai fait les deux. Là, je repartirais probablement la semaine prochaine pour tout ce qui est la vaccination justement qui va commencer. Donc voilà, quelque va-et-vient.

- Et comment ça se fait, j'ai vu qu'ils n'avaient plus tellement de patients maintenant?

- y'a toujours! Y'a plus autant de patients qu'il y avait dans le passé. On est plus débordé par les patients.

-y'a plus de nouveau cas?!

-(il secoue la tête) Hum.. si. Un peu éparse, alors pas concentré c'est ça qui est difficile peut-être de les avoirs dans une étude, mais en terme de besoin de prise en charge les équipes sont sorties la semaine passée par exemple, à beaufort qui est en haut de Conakry et on pense qu'ils auront du boulot pour six semaines. Tu as encore de poches qui s'allument mais tu n'as plus les grosses masses de régions qui s'embrasaient et tu voyais pas le bout et tu savais pas quand est-ce que ça allait finir mais tu continuais à voir. Un cas suffit pour allumer une famille, pour allumer un petit village. Donc on est dans cette configuration et ce sera comme ça encore je pense pendant quelque temps.

- On va parler du côté un peu epidémio après. Je voudrais juste commencer par cette consigne qui est très large parce que je voudrais avoir ta perception là-dessus: Qu'est-ce que le mot Ebola évoque pour toi?

-Bah Ebola, c'est simplement l'épidémie, ça évoque d'abord l'épidémie en soit. Mais aussi ça ramène à tout le fantasme historique de cette maladie mystérieuse qui était découvert quelque part. Parce que tu as tout... puis surtout venant de la Belgique, tu as toute la connotation et l'ancrage que tu peux avoir à l'INT parce qu'ils ont été très très longtemps, l'INT était associée quelque part à la découverte et à la prise en charge d'Ebola historique.

-Par Peter Piot ?

- Oui, et qui a un lien historique avec MSF parce qu'il a aussi été avant ça pendant longtemps responsable de l'USAID.

-Est-ce que quelque part, ça explique aussi le rôle que MSF a eu dans la gestion de cette épidémie.

-Non c'est plus difficile que ça. Le rôle que MSF a eu dans la gestion de l'épidémie vient du rôle que MSF a eu dans le Congo depuis la fin des années 70. Ça veut dire que, MSF a été présent sur toutes les épidémies documentées d'Ebola qu'il y a eu historiquement. Et ce, depuis le début. Ça veut dire que le lien de la réponse humanitaire des maladies négligées qu'il y a pu avoir dans le grands bassin congolais, dans l'Afrique centrale parce que ça a aussi a un certain moment été un plus large que la DRC simplement, un peu en Ouganda, parfois au Congo Brazza certaines alertes, au Gabon. Systématiquement quand il y a eu ces réponses, MSF étant présent, ayant répondu aux urgences, a souvent répondu aux urgences Ebola. Et on a dans la maison, quelques personne qui historiquement les ont faites presque toutes.

-Comment ça se fait que eux ont été historiquement présent justement?

- Parce qu'il y a le... Allez, MSF Belgique, avant qu'il s'appelle OCB a historiquement un ancrage au Congo qui remonte à Mathusalem et a eu aussi même si on remonte avant les années 90, on faisait encore ce qu'on appelait les districts opérationnels, ça veut dire que par exemple, MSF était en charge de toute la province de l'équateur au Congo. Si tu vois la taille de ce que c'est, ça veut dire qu'une organisation comme la nôtre qui en plus de d'autres activités dans le Congo était responsable de l'accès aux soins de toute la province de l'équateur. Ça veut dire, approvisionnement des médicaments, supervision des provinces, personnel de santé. Donc on a eu un rôle de santé publique, on était substitut de ministères, associé au ministère de la santé de manière très proche, ça c'est toute l'époque des initiatives de Bamako et le moment où on faisait l'accès aux soins qui après a montré ces limites dans le fonctionnement, dans certaines régions même si c'était certaines initiatives pertinentes pour d'autres endroits. Donc, MSF Belgique et les autres sections aussi ont été très, très longtemps historiquement associées au Congo. C'est comme ça que chaque fois que tu as eu des résurgences, c'est toujours MSF qui a répondu et qui était appelé par le ministère où par le gouvernement pour leur donner un coup de main à la réponse. Donc on a souvent été sollicité.

- Et par rapport à d'autres acteurs dans cette épidémie?

-Il y a autre chose. Maintenant, si tu regardes sur la distance d'autres acteurs ont désinvestit les fièvres hémorragiques, parce qu'il faut dire que jusqu'à la présente, l'actuelle qui n'est pas encore finie, les fièvres hémorragiques ont toujours été des flambées très isolées, très recluses, très reculées, peu accessible et dans des poches qui disparaissent vite. Souvent, ont été associé à ce genre de chose qui est tellement fulgurant (il claqué des doigts) que t'as pas vraiment le temps d'arriver et de pouvoir réagir si tu veux un vrai acteur d'urgence. Donc il y a très peu d'intérêts sur le développement parce que c'était une maladie endémique. Une maladie qui traîne dans les régions... C'était jamais des épidémies qui faisaient plus de trois mois, donc il n'y avait jamais le temps de pouvoir développer, de pouvoir investir. C'était un marché négligé. Il n'y avait pas d'intérêt pour les autres acteurs et une des illustrations de cela, maintenant on peut commenter ou se positionner, et que même l'OMS a réduit et diminué, son département de fièvre hémorragique a été réduit comme peau de chagrin. Il est resté peut-être une ou deux personnes dans l'organisation qui sont impliqués, et même dans les sections MSF, il y en a certains qui ont simplement désinvestit, puisque ça venait de manière tellement

épisode et tellement aléatoire que c'était contre intuitif (?) un investissement dessus. Maintenant, la dernière épidémie où ça arrive dans un endroit avec une mobilité facile, donc avec un accès, une circulation et une capacité de diffusion plus importante que ce fut historiquement, changera sûrement la donne de l'investissement sur les fièvres hémorragiques. Il y aura un après et un avant, ça c'est clair.

- Justement c'est quoi qui a fait la spécificité de cette épidémie?

- ça l'histoire nous le dira, parce qu'il y a des grandes questions. Il y a des questions non répondues, qui est de dire: est-ce que le virus actuel est différent de ce qu'il était ? Est-ce qu'il s'est adapté et il est transmissible ? Parce que avant il était fulgurant, il tuait tout et c'est vrai qu'il arrivait dans les endroits. Là, une des différences; déjà comment c'est arrivé en Afrique de l'Ouest, c'est la grosse interrogation. Y'a toute la littérature qui parle de la chauve-souris, on peut tout imaginer. Le réservoir a peut-être toujours existé mais n'a jamais été en contact. Il faudrait qu'on apprenne et qu'on puisse répondre. C'est une question toujours non répondu.

- Donc il y a encore ces zones d'ombres et de mystères..

-Plein, oui tout à fait. Le fantasme qui amène tout le ... la connotation, la perception que tu peux avoir fantasmagorique que tu peux avoir autour de la pathologie. Clairement, à la question: qu'est ce qui fait la différence entre cette épidémie et les précédentes ? Une des premières choses c'est que c'était très vite à un endroit qui était un à carrefour commercial, ça veut dire qu'entre, regarde ce que les gens appellent "la tête de canard", il faut beaucoup d'imagination pour y voir une tête de canard dans ce petit coin de pays qui est au sud, enfin le triangle entre les trois pays qui forme la région entre la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, juste dans ce point-là qui est en fait un carrefour commercial. C'est parti de là, c'est remonté très facilement sur Conakry, c'est parti vers Monrovia dans Loufa de là et à Monrovia et c'est descendu très rapidement vers Freetown. Comme c'était un carrefour commercial où c'est arrivé, la diffusion a été beaucoup plus importante que ce que ce fut, si c'était relativement isolé. Je crois que ça, ça a participé. Le fait que ce soit tombé sur un un endroit commercial, où il y avait beaucoup d'échanges, et a une saison il y avait beaucoup de trafic, fait que ça a contribué à la dissémination. Maintenant au-delà de ça, il faut pas être un génie pour réaliser que les trois pays ont au moins entre quinze et trente ans de guerres, sur la dernière décennie, sur les derniers cinquante ans. Ce qui fait que leurs systèmes de santé et moins performant que beaucoup d'autres. Je sais que beaucoup se posent la question de pourquoi ça n'a pas flambé au Nigeria, pourquoi ça n'a pas flambé au Sénégal. Une des hypothèse, maintenant c'est à vérifier, est que les systèmes de santé de ces pays-là, étaient un peu plus fort, un peu plus organisé que ce qui est en train de renaître, on va dire, des crises et des guerres précédentes comme tu peux avoir en Sierra Leone, au Libéria ou en Guinée. Qui sont des systèmes de santé, relativement fragilisés par l'historique, le passé, qui bien sûr comme tous ceux... ont fait simplement écho et amplifié la problématique plus que de la contrôler.

- Oui, je pense que la transmission nosocomiale a été très forte pendant cette période non?

-Elle est toujours forte. Si tu interview quelqu'un comme Michel Van Herp, si tu réussis à le chopper, il t'expliquera que... Parce qu'il y a des grandes discussions hein... Fin décembre on avait des suspicions, mais la particularité d'une pathologie...

- Tu veux dire quoi fin décembre vous aviez des suspicions

- Fin décembre 2013. Y'avait des doutes de qu'est-ce qui se passait. C'était pas encore identifié comme Ebola. Y'avait des morts qu'il commençait à avoir, y'avait conjointement depuis septembre une épidémie de rougeole qui était dans la poche et dans la région, mais le basculement a été quand ça a été claire que tu avais plus de soignants que de population générale qui meurt. Ebola est souvent une maladie qui se révèle dans les structures de santé, parce que le cas index et les quelques cas initiaux qui arrivent, arrivent dans un système de santé qui pour la plupart n'utilise pas, ni mesure de prévention, ni de précaution, et qu'est-ce que ça fait: ça décime, comme ça a toujours fait historiquement, ça décime dans le système de santé et c'est là que l'alerte part. C'est de là que part l'alerte. L'alerte part du fait que ça arrive dans une structure de santé. Dès que tu as une épidémie qui a une mortalité très élevés chez les soignants, c'est souvent Ebola que tu retrouves derrière. Parce que ça tue en très peu de temps. ça signe un peu. C'est une signature de la suspicion d'Ebola. L'autre chose qui est très différentclair, c'est en Ouganda ou dans le Congo tu as souvent eu des signes hémorragiques, ce qui est une exception dans tout le bassin de l'Afrique de l'Ouest. ça c'est des questions auxquelles il faudra répondre après.

- Y'avait pas de symptômes hémorragique en Afrique de l'Ouest?

-Très très peu.

- Et je sais que ça doit être recherché, mais toi tu expliques ça comment?

-ça c'est la grande question. ça veut simplement dire que la pathologie... oui, elle a une présentation atypique.

- Le virus serait différent ou?

-Y'a beaucoup d'hypothèses.

- Ou la manière dont les gens se nourrissent, agissent est différente?

- ça c'est la vraie question. Parce que si on peut répondre à cette question, on pourra répondre à notre capacité de surveillance, ce que maintenant qu'on sait que ça existe et que ce n'est pas que dans le grand bassin d'Afrique centrale, pour pouvoir mettre en place un système de surveillance stable, il faut être capable de définir le panel de présentation possible. Or, y'a eu un changement drastique et c'est ça qui a par exemple expliqué le fait que la Sierra Leone pendant deux ou trois mois n'a jamais accepté qui avait Ebola dans leurs pays, parce qu'il y avait pas de signe hémorragiques et temps qu'il n'y avait pas de preuve de signes biologiques objectives que c'était Ebola, y'avait pas Ebola dans leurs pays. Ce n'était pas possible que ce soit Ebola.

-C'était la première fois qu'une épidémie de fièvre hémorragique Ebola, éclatait en dehors d'Afrique centrale?

-Tu as historiquement, le Lhassa qui a une fièvre hémorragique qui est souvent en Sierra Leone, qui maintenant a refait une autre résurgence ici au Bénin y'a pas longtemps. Donc oui, il existe des fièvre hémorragiques mais des fièvres hémorragiques à propagation beaucoup plus lentes, à virulence beaucoup plus basses que ce qu'est Ebola. Le grand fantasme d'Ebola est la vitesse de propagation et le taux de létalité associé à la maladie. C'est une des seules qui va aussi vite.

-Et en Sierra Leone pendant toute la période de déni, on dénie le fait que ce soit Ebola mais on se doute bien qu'il se passe quelque chose? Comment c'était expliqué?

-Oui. Ça tu peux poser la question... ça c'est encore à creuser. On a eu des batteries d'anthropos qui sont parties dans tous ces projets. On est tout doucement en train de ne pas perdre ce qu'ils ont écrit ou ce qu'ils ont pu documenter, parce que après ce sera impossible rétrospectivement de le retrouver si on le fait pas maintenant. Il y a eu beaucoup, beaucoup de tentatives de compréhension de la perception de ce que les gens avaient peur, parce que si tu ne comprends pas, tu seras incapable de le faire et la Guinée c'est 56 ethnies donc tu vas pas venir en commençant à faire des grands trucs macro régionaux en disant: voilà tous les gars du sud pensent comme ça, tu vas mettre une stratégie puis tu vas te prendre des cailloux au village suivant.

- J'ai entendu qu'en Guinée c'était particulièrement difficile?

- C'est pas vrai! En Sierra Leone ça a été la même chose. Au Libéria ça a été la même chose, sauf que peut-être l'hétérogénéité de là où ça passe. Si tu es au nord du Libéria, tu as moins d'ethnies dans la partie géographique du Lofa où ça se passait, que tu as dans la pointe du bec du canard où tu as quatre ou cinq ethnies déjà différentes toutes seules la dessus avant que ça flambe et que ça aille ailleurs. Donc l'hétérogénéité ou l'homogénéité de la population autour de toi est un facteur qui te permet de recevoir des messages adaptés, compréhensibles et qui te permettent d'engager avec la population à un niveau de compréhension qui est le bon, et ne pas ajuster à chaque sous-groupe ou sous-populations ton message, fait que parfois vous n'avez pas de dialogue.

- Donc la solution dans ces cas-là, serait d'avoir une bonne connaissance de chacune de ces ethnies et de pouvoir adapter son message à chacune.

- C'est une obligation. C'est même pas... si tu le fais pas, tu n'avances pas et c'est toute la difficulté de l'évolution du contrôle, le contrôle de la maladie, parce que la réalité c'est que le contrôle de la maladie n'est pas exogène. Tu ne peux pas venir et expliquer aux gens qu'ils vont arrêter leurs rites funéraires, qu'ils vont changer leurs habitudes culturelles juste parce que tu dis que c'est bon pour eux. C'est sympa, mais ça ne suffira pas.

- Oui, je pense que si quelqu'un que je ne connaissais pas venez chez moi et plein de bonnes intentions me disait: il faut que tu fasses ça, t'as pas le droit de toucher ton père, tu n'as pas le droit de toucher ton enfant, je réagis mal.

- C'est exactement ce qu'il se passe.

- Qu'est-ce qu'évoque pour toi le terme de "rumeur" lorsqu'on parle d'Ebola?

- La réalité sur la rumeur quand on parle d'Ebola est nôtre incompréhension du paradigme de l'autre. Parce qu'on peut toujours appeler rumeur la compréhension des autres mais c'est simplement qu'on a pas la même grille de lecture ou de vue des choses. Ce qui fait, voilà... qu'est ce qui fait que les judéo-chrétiens ou l'islam ait une vision différente de certaines choses qui semblent évident pour l'un qu'on ne sait pas pour l'autre. Et simplement le fait qu'on ne se mette pas dans le paradigme, dans les chaussures de l'autre pour regarder les choses. On prend pas les lunettes de la position en face. Tout ce qu'on considère comme rumeur pour moi c'est ça, un véhicule de croyances d'autres qui ne correspondent pas à ce que toi tu analyses, ce que tu vois. Donc tu le considères comme des rumeurs. Parce que ça ne correspond pas au cadre logique que tu utilises.

- Donc rumeur?

- C'est ce que l'autre croit que toi tu ne comprends pas.

- c'est d'office quelque chose de négatif? D'opposé à toi?

-De différent. C'est différent. C'est simplement quelque chose qui ne correspond pas à ton paradigme. ça veut pas dire que... Y'a pas de jugement de valeur à avoir. Est-ce que cette chose différente est positive ou négative, après on pourrait si on souhaite un jugement de valeur mais elle est d'abord différente de ce qu'on fait, donc on arrive pas à la capturer ou à la comprendre dans la dimension de ce qu'elle est. Donc elle est d'abord une rumeur, et après quand tu comprends pourquoi les gens le disent ce n'est plus une rumeur, c'est seulement leurs croyances, leurs façon de voir la chose qui est différent.

-Tu as des exemples de rumeur dans le contexte Ebola?

-Mais tu en as plein. Des rumeurs dans le contexte Ebola, tu as des grands classiques. Tu as eu dans le sud, ça c'était quand? En Avril, Aout, tu as eu cette personne qui était venue justement de Conakry avec des messages classique de sensibilisation sur Ebola et avec l'intention, ça c'était pour les écoles, de sprayer du chlore dans les écoles et de tout désinfecté. La première chose des rumeurs qui ont été dites, il y a eu un sms qui a été envoyé à toute la population en disant: on va vous amener Ebola et on va utiliser un vaccin pour propager. Ça c'était une rumeur et c'était un sms hein, qui était envoyé a tout, en fait ça a fait relais sur toute une antenne donc ça a couvert toute la région. Donc c'est exceptionnel, c'est l'utilisation du multimédia au-delà de ce que tu peux imaginer. Donc y'a eu ça, et puis tu as eu la rumeur de dire que c'est le gouvernement qui vient dans les zones contrôlée par l'opposition pour propager Ebola et pour vous tuer. Et ça ça a fait les morts, qu'ils ont tous tué et mis dans les fosses septiques. Donc, tu as eu ce genre de rumeurs autour d'Ebola. Tu as encore maintenant les rumeurs autour d'Ebola qui disent que derrière les essais cliniques, les gens sont en fait en train de venir prendre votre sang pour l'utiliser pour soigner les occidentaux qui seraient malade. Quand tu prends un peu de recul et que tu regardes que on fait du convalescent de plasma, ça veut dire qu'on prend quand même des produit sanguins d'individus et que au

Libéria aujourd'hui on a pris plus de produit que de malades, donc y'a un surstock de produit, dont certains se posent la question de savoir est-ce qu'on va pas les renvoyer en Europe pour extraire les hyper-immuno globule pour faire des médicaments plus important. Vu sous un autre angle, oui, tu prends le sang des gens pour en faire quelque chose.

-Donc c'est tout à fait logique?

- Oui, donc c'est une rumeur, mais c'est une rumeur qui lie différemment. Y'a justement un truc qui parle de ces rumeurs liées aux médicales, aux interventions médicales que tu as pu avoir historiquement du temps de la colonisation et des rejets qu'il y a pu avoir. Ebola ne fait pas exception à la règle. Les rumeurs que tu entends aujourd'hui sur Ebola, ne sont pas différente que celle que tu entendais sur la vaccination par rapport à la polio. Donc, je veux juste dire c'est juste des choses qui sont recyclées, qui sont adapté ou ajusté mais c'est pas des choses différente ou nouvelle. La manière dont il faut les aborder dans le cadre d'une spécifique, que ce soit Ebola, que ce soit la vaccination ou autre chose doit être ajusté pour justement permettre d'engager un dialogue. Mais le type ou le registre des rumeurs, il n'y a pas de nouvelles choses qui est apparu dans le registre. C'est juste les même choses qui sont recyclées et réutilisée différemment.

- Et tu penses que c'est quoi qui fait que tout à coup dans un endroit spécifique ces rumeurs réapparaissent, comme si elles étaient cycliques, un peu comme une épidémie. Le parallèle se fait.

-Je pense pour moi la rumeur arrive quand les gens essayent de se trouver une explication logique pour eux de ce qui se passe autour d'eux. Pour moi, elles commencent quand il y a un gap dans la compréhension des choses.

-C'est pas nécessairement un manque d'information si?

-ça dépend ce que tu considères ce qu'est l'information. Si tu dis: je considère que l'information c'est quelque chose qui est accessible à des professionnels de la communication, de la sante, de tout ce que tu veux. Est-ce que ça veut dire que c'est quelque chose qui est accessible à des gens qui ne sont pas dans ce niveau de compréhension des choses. La rumeur c'est simple. L'argent en Belgique, tu as des (?) qui vont dire: oui, mais les banques ont piqué votre argent. Dexia va fermer, va faire faillite et va partir avec tout le fric. D'où est-ce que ça peut partir? Du fait que les gens se demandent... On parle de, comment tu appelles ça? Tu parles de crise, tu parles de fermeture d'emploi, tu parles de fermeture de banque. Est-ce que mon fric va partir demain. Et à partir de là les gens vont essayer de logiquement se trouver une chaîne: oui mais en fait si ça et ça et ça, alors l'étape suivante serait... Et c'est cette étape, c'est cette analogie, ce pas de trop dans la tentative d'explication de ce qui se passe, qui devient une rumeur.

-Donc dans un contexte de crise ou d'angoisse, que ce soit épidémie ou financier.

-Les gens veulent avoir une explication, les gens veulent comprendre, on veut se l'expliquer.

-Pour se protéger?

-Déjà pour comprendre. L'incertitude, l'incertain ou le vide est quelque chose qui n'est pas confortable. Donc déjà on veut se créer un environnement de confort, de compréhension.

- Ce que j'entends de ce que tu dis c'est que c'est humain avant tout. C'est quelque chose d'humain.

-Bien sûr. Tu connais un système humain où y'a pas de rumeur? Tu connais une société humaine où la rumeur n'existe pas?

-Je les connais pas toutes! (on rit tous les deux)

- Si tu en trouves une c'est bien, t'auras un Nobel avec ça. Mais non c'est juste un mécanisme que la société utilise pour retomber sur une zone de confort et se rassurer par rapport à une incertitude, une incompréhension, par rapport à un malaise.

- Par rapport à certains faits... Mais en quoi c'est rassurant tout ce qui est rumeurs de conspirations? Par exemple: le CDC a un brevet sur une souche d'Ebola, c'est eux qui l'ont inventé et ils l'inventent parce que les États-Unis veulent une excuse pour aller implanter leurs armée en Afrique de l'Ouest pour piller les ressources?

- Au moins, il t'explique pourquoi ces gens ils débarquent chez toi sans te poser de question et sans intérêt. Est-ce que les gens font des choses sans intérêt? C'est parti du fait que le CDC ne se pointe pas en Afrique pour le bien universel.

-Donc ça conforte les gens dans l'idée de se questionner: qu'est-ce qu'ils veulent?

- Que y'a un intérêt et toute la discussion et tu l'entends de le collectif. La variole! Où sont les dernières souches de variole? A Moscou et au CDC. (il pause)

-Donc ils font le lien.

- Oui, qui fait les banques, qui fait la guerre bactériologique, qui fait le contrôle de cela. Après ça se dilue dans la compréhension et ça devient quelque chose d'énorme et de gros. Oui, c'est la discussion, tu as la même discussion aujourd'hui. La discussion que tu as aujourd'hui sur la constitution de laboratoire de niveau 4. C'est à dire capable d'engager des agents volatiles à haute transmission comme les fièvres hémorragiques. Tu as zéro de ces laboratoires dans des pays en voie de développement au jour d'aujourd'hui. Ok. On a encore eu la discussion hier puisqu'on a été à la réunion des ministres de la santé des ACP (Afrique, Caraïbes, Pacifique) donc tu avais soixante, quatre-vingts mecs, tous ministres tout ce que tu peux imaginer, et il y a sur la table la demande qu'on voudrait que l'union Africaine ait un CDC pour le continent. Qu'est-ce que tu as en face? Tu as un chercheur très bien intentionné, maladroit comme c'est pas possible, mais c'est pas grave, c'est juste son paradigme qui n'est pas ajusté. Il vient et il dit: Oui, mais demander d'avoir un laboratoire de ce niveau c'est quand même complexe et on va pas non plus faire des banques de virus un peu partout parce que ça pourrait les diffuser et aller partout. En gros qu'est-ce que tu dis? Tu dis à un panel d'individus qui vous disent: nous pensons que étant victime systématique d'un manque de contrôle des épidémies sur notre espace géographique, ça nous aiderait de mettre en place des mécanismes formels pour

pouvoir être capable de le contrôler. Et très paternaliste tu leurs expliques qu'ils sont trop jeunes pour le faire parce qu'ils ne vont pas comprendre ce qu'il se passe. En résumé, c'était l'intervention du mec.

- C'est ça qu'il a dit?

- Oui ou: si vous voulez moi je peux vous introduire au CDC d'Atlanta parce que vous pouvez aller avec tout ce que vous voulez tester là-bas mais pas besoin de faire chez vous parce que c'est trop compliqué pour être fait et c'est dangereux. Oui, mais tu vois, c'est un mec bien intentionné le mec!

-Paternaliste et condescendant?

- C'est ça. Tu as entendus des discours effrayant des gens qui disent: nous on a jamais eu de souche d'Ebola.

-Dans des pays touchés?

-Non, je te parle de pays Occidentaux de haut niveau qui disent: nous on a pas de souche d'Ebola. Maintenant, qu'on a l'opportunité c'est nôtre occasion d'en avoir aussi. qu'est-ce que ça veut dire: c'est sûre et c'est pas légiféré, que tous ces laboratoires qui se sont déployé et qui ont fait du diagnostic, du support et autres n'ont pas respecté le minimum de règles universel de gestion de produit, d'organe. Ça veut dire que le reste, les fonds de tubes qu'il y a, ils les congèlent et ils en font des banques qu'ils utilisent à leurs fins. C'est la grande discussion actuelle: on veut créer un spécimen Library, donc une banque d'échantillons où tous les échantillons qui existent doivent être mis avec un inventaire et quiconque voudrait doit pouvoir dire pourquoi il le veut, pour faire quoi et pour quel intérêt et que tout le monde puissent y avoir accès de manière équitable. La réalité c'est que les différents laboratoires dont tu as entendu parler et qui sont partis et qui en fait, garde des reliquats de tous les échantillons, ils feront des trucs. Qu'est-ce qu'ils feront? Ils feront des banques d'antigène, des banques d'ADN, ils chercheront si il y a des spécificités entre ceux qui survivent et ceux qui sont mort, ils chercheront si le virus a muté au cours du temps, ils chercheront mais pas de manière transparente. Tu vas chercher sur la littérature américaine, il y a encore trois mois, toutes les institutions américaines ont écrit un article vraiment contre le CDC en disant: ils ne partagent pas leurs données, ils ne partagent pas la connaissance. Ils ne partagent jamais!

- Il y a vingt ans les labos français disaient la même chose du CDC

- Bah maintenant ces labos dont tu parles, maintenant ont l'occasion d'en avoir aussi. On aura aussi des souches.

- C'est plus de la compétition entre labo?

- C'est toute la discussion du savoir et du pouvoir, donc ce que je sais et que tu ne sais pas me donne un pouvoir et une longueur d'avance sur toi.

- Quelque part la rétention des connaissances c'est aussi une manière d'asseoir sa domination ?

-Bien sûr que ça permet la domination. Si moi je suis capable de contrôler pourquoi la recherche aux Etats-Unis sur les fièvres hémorragiques à persister et à continuer. Parce que depuis le 11 septembre, ils ont remis du fric dans la guerre bactériologique. Après la Guerre froide y'avait plus d'argent. Depuis le 11 septembres, ils ont remis et c'est comme ça qu'a surfé la plupart des gros trucs. ça vient des Etats-Unis l'incompréhension, l'avancé que tu puisses avoir parce que c'est devenu un enjeux militaire, c'était même pas un enjeux civil. Et les militaires qui ont investi c'était les américains. C'est cynique! Il faut juste savoir que c'est comme ça et après on tire son parti. C'est pas le monde des bisounours.

-Oui...Les rumeurs ont déjà eu des effets catastrophiques pendant l'épidémie d'Ebola, mais on voit ce que ça fait aux États-Unis avec la vaccination aussi.

- Tu parles des Etats-Unis mais lis l'article que tu as, qui est-ce qui a fait ça? (il tapote les doigts sur la table et lève la tête pour réfléchir). Tu as un article où heu... (il pause) L'OMS Europe, hier tu dois avoir une copie de ça sur la RTBF ou quelque chose comme ça, l'OMS Europe a demandé à ce qui est une campagne de vaccination de rougeole en Europe de couverte globale. Parce que toute la rumeur de l'autisme et des trucs, fait que la proportion des gens qui rejettent la vaccination augmente et maintenant la conséquence et que tu as suffisamment de cas maintenant pour qu'on déclare une épidémie de rougeole en Europe. On retourne soixante ans en arrière.

- Dans le cadre de ces épidémies, ces concepts de rumeurs ou de pseudosciences qui sont entre la rumeur et la désinformation...

- Alors le drame c'est que désinformation suppose que quelqu'un intentionnellement monte un message qui n'est pas correct. C'est juste... C'est la vraie discussion qu'il faudrait se poser: c'est qui a tort dans le paradigme qu'il utilise. Est-ce que la science au sens où tu l'entends, ça veut dire y'a pas d'évidence de ce qu'ils disent est vrai, est l'absolu. Et c'est ça. Donc, ce pourquoi tu te mets en porte-à-faux, c'est la tendance, ou le mouvement n'est pas basé sur des faits, mais basé sur une opinion ou une impression d'un individu ou un groupe de personne. Qui après s'avère devenir plus néfaste. Donc c'est la balance entre le bénéfice et le risque d'avoir cette rumeur, cette tendance de choses diffusé, fait que tu risques d'avoir maintenant de la mortalité. Mais, est-ce que il y a vingt ans quand ça a commencé, c'était un problème pour 1% ou 1% ou 0.001% de la population s'ils n'étaient pas vaccinés? Non, ça devient un problème si ça amène a 20 ou 30% de la population qui n'est pas vacciné. Donc, une opinion qui pouvait être tout à fait pertinente quand 99% de la population était vacciné, ne l'est plus quand 80% de la population ne l'est pas. Donc si c'est juste de dire.

- Y'a un côté de diffusion massive, j'ai l'impression que le discours de cette opinion qui est un paradigme qui au départ n'est pas un paradigme généralisé, n'est pas celui de tout le monde, ça s'étend parce que justement il y a de plus en plus de monde qui y croit. Et plus la masse s'élargit, plus se sera crédible. Je pense que dans le cas de Ebola y'a aussi eu ce phénomène-là.

- En plus quand les leaders d'opinions s'y mettent ou les politiciens utilisent ça pour manipuler ça prend, ça amplifie. Au jour d'aujourd'hui on sait que c'est les élections en Guinée et c'est

repartit. ça veut dire que depuis dix jours ils t'ont remis une bonne couche. Tu avais une couche de base qui était la peur de la maladie de l'incompréhension, de l'inconnu. Tu avais la couche suivant qui était le fait que c'est nouveau dans la région et que ça fait pas vingt/trente ans au Congo que ça circule et là tu rajoute le fait que les élections approche et on commence à utiliser politiquement.

-Et c'est utilisé comment?

- Bah tu as le ministre de la santé hier qui s'est enflammé en disant, les messages sont simples, c'est de dire: tous ces mecs veulent utiliser Ebola pour vous décimer et s'assurer qu'il n'y ait plus assez d'électeurs de l'opposition de tel parti.

-ça c'est ce que dit le ministère de la santé ?

-Sur les opposants qui utilisent ...

-Sur les opposants ou sur les acteurs internationaux puisqu'ils sont aussi entrés dans un engrenage politique.

-Oui mais ils ne vont pas venir sur une plateforme internationale se positionner contre les acteurs internationaux! Je veux juste dire maintenant tu es dans la couche politique où chacun l'instrumentalise pour son enjeux du moment sans se poser la question de savoir quel est la conséquence de ça. Même si à la fin la conséquence de dire: on va vendre le sang, on va vous instrumentaliser, on va faire de la recherche sur vous, comme ça a été au Libéria, on va vous utiliser comme des cobayes de laboratoire et que les gens ne vont pas venir chercher des soins et vont crever, le mec au moins qu'il le dit à un intérêt immédiat dont il ne réalise pas la portée sur la durée ou dans le temps.

- Y'a un peu un côté, y'avait ces rumeurs là et elles sont réappropriées à des fins politique... J'ai juste quelques autres question à poser et après je te libère! Comment est-ce que toi personnellement, la situation Ebola ça a affecté ta vie personnelle ou ton travail?

- Bah la première chose c'est que ça a perturbé tout, ça veut dire que comme toute grosse urgence, ça a augmenter la charge de travail global donc ça a mis en retard certains autres dossier, c'est-à-dire d'autres choses sur lesquelles on devait travaillé on l'a pas fait parce qu'on travaillait sur Ebola. Donc, ça perturbait la planification tout simplement, ça c'est clair. C'est le propre de l'urgence, quand elle est grande elle perturbe. Et au plus elle est grande, au plus elle perturbe, ça c'est une chose. L'autre chose, c'est très simple, c'est qu'à partir du moment où tu décides d'aller dans les pays à missions Ebola, tu prends le risque de la stigmatisation. Bon, il faut en être conscient et l'accepter et la stigmatisation et plus perverse que ce qu'on peut imaginer. ça veut dire que quand, par exemple, j'étais au Libéria les compagnies aériennes commençaient les unes après les autres à suspendre les vols donc en partant tu te disais: est-ce que je pars en sachant que je peux peut-être me retrouver coincé un mois plus que prévu. Il faut se poser la question de est-ce qu'on veut ou pas le faire, donc ça commence, c'est pas innocent comme réflexion de te dire ok: ça veut dire aussi que si je me casse la

jambe et que je n'ai pas Ebola je peux peut-être pas trouver un avion pour pouvoir aller me faire soigner.

- y'a pas une prise en charge de MSF pour rapatrier les expats?

-La prise en charge de MSF a existé, elle a été méchamment... Parce qu'on beaucoup souffert pour la maintenir, elle a été méchamment perturbée quand tu as commencé à avoir les compagnies qui on fermées, quand tu as commencés à avoir les Etats qui ont fermé leurs accès. ça veut dire à un moment, le Canada avait dit: On ne veut plus de Canadiens qui ont pas fait plus de 21 jours dans un pays Ebola. Donc si tu as un Canadien qui pour une raison ou pour une autre doit rentrer pour des soins au Canada Ta-ta (il fait non de la tête) tu dois trouver une alternative pour 21 Jours. Les japonais et les australiens ont dit la même chose. Si les Belges disaient la même chose, tu les mets où après ces gens ? Tu les mets dans les eaux internationales.

-Tu crée des sans patries pendant un mois!

- Oui, et c'était le cas. ça veut dire aussi, t'avais pendant un moment ici, les Canadiens, les Américains, les Australiens qui devaient faire 21 jours en Belgique avant de rentrer chez eux. Donc, ça perturbe les choses. L'autre chose aussi que ça perturbe au niveau personnel c'est de dire: à partir du moment où tu pars, pendant 21 jours tu vas voir ton thermomètre sur ton chemin. Tu vas prendre ta température tous les jours et le jour où tu à l'impression que tu fais de la fièvre, tu vas t'éloigner de tous ceux que tu peux toucher, proche ou pas. Donc, ça veut dire que tu te perçois comme un danger pour ton environnement proche, ce qui est très très agréable (il rit).

-ça t'es arrivé?

- En plus quand tu reviens de mission pendant 21 jours tu prends ta température.

-Mais toi tu as eu ce sentiment de te sentir comme un danger?

-tu es un danger parce que le jour où tu fais de la fièvre, il faudrait que tu te sois isolé suffisamment tôt pour n'avoir contaminé personne. Quand tu reviens tu dois.

- C'est angoissant comme situation?

-Oui c'est pour ça qu'on dit toujours: les congés ne commencent pas avant 21 jours. Tous ceux qui partaient dans les missions et autres, on compte leurs congés après les 21 jours parce que pendant ces 21 jours tu ne te reposes pas. Tu ne fais peut-être rien mais tu ne te reposes pas. Parce que tu es toujours dans l'attente. Dans l'attente de la fin des 21 jours. A titre personnel, oui ça un impact et puis tu commences à éviter les bains de foules et tu commences déjà, l'implication est simple. Tu ne peux pas aller où tu veux parce qu'il y a une liste de pays ou de capitales qui sont répertorié, on a même des critères! Il faut que tu sois à six à huit heures d'un endroit où tu puisses faire un diagnostic, que tu sois un moins de 24 heures d'un endroit où tu peux être hospitalisé si quelque chose se passe. Donc, t'as vie privé est méchamment sacrifiée. J'ai un exemple très simple aussi, tu as u expatrié qui maintenant à la personne qui la

élevée qui est décédée. Il a quitté la mission avant-hier en disant: je rentre chez moi. Dans son pays de résidence, il n'y a aucune capacité de prise en charge si Ebola se passait. Donc, il ne peut pas rentrer chez lui pendant 21 jours, donc il ne pourra pas aller aux funérailles. Et il est pas content, je te le dis! Donc, oui ça perturbe les vies personnelles et privée.

- Et tu parlais de la stigmatisation ici. Toi, tu l'a vécu ce rapport?

- C'est des gens qui te disent: t'es sure que tu vas venir pour le dîner comme prévu? T'es sure que tu contamineras personne si tu viens? C'est anodins, c'est naïfs de la part de ceux qui le disent, mais c'est clairement de la stigmatisation.

- Tu penses que c'est dû à quoi que les gens aient cette réaction-là?

-Ici? Dans le bureau ici, on a dû commencer à faire des sessions de sensibilisation et de faire des questions/réponse pour le personnel. Pourquoi? parce qu'on a réalisé que les gens qui revenait de mission Ebola, les gens évitaient de leurs dire bonjour. A l'intérieur du bureau, je te parle pas de personne qui n'ont rien à voir avec la réponse.

- Des gens avec une certaine connaissance?

- Qu'on pensait avec une certaine connaissance. Donc, c'est juste dire: je peux comprendre que ceux qui ne travaillent pas du tout pour une organisation médicale, encore moins pour une organisation humanitaire, ou qui n'ont rien avoir avec ce qui se passe, puissent avoir une compréhension qui est la leur, de ce qu'est la maladie. C'est là que tu réalises que oui, ça a un impact quand tu revenais.

- Comment tu expliques que même à l'intérieur d'une même organisation, d'une ONG où les gens ont quand même accès à une information qui est systématique la même, il y ait toujours ces réactions-là?

- ça te rapproche... Allez, toutes ces incertitudes, cet inconfort te rapproche à ta mort. C'est le rapport à la mort. Y'a pas beaucoup de gens qui sont confortable avec l'idée qu'ils vont mourir. Où qui sont conscient qu'ils vont être confronté à leurs morts.

- C'est bizarre, parce que je veux dire MSf a quand même une organisation qui va dans les zones de conflits, c'est pas la première fois qu'ils sont face à des épidémies. C'est quoi la particularité qui fait que Ebola est perçue comme un danger direct?

- Ce que les collègues me disaient c'est: dans une zone de conflit, tu sais ce qu'il se passe et tu sais où est le danger. Ça veut dire c'est la bombe qui te tombera dessus qui te crève. Dans Ebola, c'est tellement insidieux, que tu peux être porteur toi de la bombe sans le savoir et sans l'avoir vu venir. C'est pas comme dans une zone de conflit où au-delà du truc, il y a le risque classique qui est souvent mis derrière la phrase: Tu es au mauvais moment, au mauvais endroit. Avec Ebola, tu es toujours au mauvais moment et toujours au bon endroit. Il faudrait juste qu'après 21 jours tu saches si ou pas tu as été victime. Donc, c'est ce côté lancinant ou à retardement qui le rend encore plus dangereux. Avec tous les autres contextes, l'Afghanistan, le Pakistan toutes ces conneries, la Somalie, on l'a fait! (il claque des doigts) Mais, là tu sais...

Le danger.... y'a une certaine fatalité peut-être dans l'appréciation(?) de ce que ça pourrait être. Mais, une fois que tu sors de là tu en es sorti, ce qui n'est pas le cas d'Ebola.

- Et par rapport à d'autres épidémies parce qu'il y'a quand même d'autre maladies virales ou d'autres épidémies qui peuvent être très contagieuses...

-Tu contrôle un peu plus. Y'a pas beaucoup d'épidémie qui se passe par transmission porté à la main qui est mortelle immédiate.

-Donc sur le cas Ebola c'est vraiment la spécificité de ce mystère, de ce taux de létalité et de transmission?

-toutes les autres, il y a moins d'inconnus autour des mécanismes, de la maladie, qu'il y'en a autour d'Ebola. Autour d'Ebola aujourd'hui, et y'a encore toute les études, comme ce qu'ils appelaient "évident" qui va essayer de comprendre où sont les réservoirs, comment ça se transmet, qu'est ce qui fait que ça comporte ou comporte pas. Y'a encore beaucoup trop d'inconnu et c'est normal que quand il y'a autant d'inconnu on ne soit pas rassuré.

-Est-ce que MSF prépare/ avertit son staff du genre de discours qu'on a vu apparaître ou c'est quelque chose qu'on apprend sur le terrain par expérience?

- Je crois que allez.... si les briefings sont fait correctement, c'est sujet sont adressés. Parce qu'historiquement, le rejet, la colère sont des mécanismes connus et systématiques dans la prise en charge. Ils font partie de la prise en charge. Donc, si tu as l'opportunité de correctement briefier les gens en fonction du rôle qu'ils auront, ils sont mis au courant des résistances ou du contexte dans lequel ils vont, ou de ce à quoi ils devraient être attentifs. Maintenant, tu peux perdre en qualité de briefing quand le volume et la précipitation se mêle. ça veut dire, on a jamais autant envoyé de personne qui n'avait jamais eu d'expérience, pour une première fois, dans tels nombre et sans encadrement. Ceci a fait que peut-être oui, à certain moment, dans des groupes de travailleurs, de collègues, de collaborateurs, tu pouvais avoir un niveau de compréhension ou d'attentes, plus basses que ce qui aurait dû être et de ce qui était connu. Mais, les mécanismes de correctifs se mettent en place progressivement et ils sont peut-être mieux vers la fin qu'au début. Quand tu as envoyé la première vague, ceux qui vont être classiquement/traditionnellement dessus et que tu envoies une deuxième ou troisième vague qui n'est pas toujours prévu ou anticipé, là tu as une vulnérabilité dans ces vagues là parce que leurs niveau de préparation n'est pas le même que ceux de la première vague. Et après tu peux avoir le temps de monter en puissance et de compenser. Oui, a un certain moment il y a eu peut-être un certain niveau de préparation qui ne correspondait pas au niveau d'exposition que les gens allaient avoir simplement.

- Qui est spécifique à l'urgence.

- A Ebola. C'est le volume d'Ebola. Traditionnellement t'avais pas plus de deux vagues, donc a aucun moments on a pu anticiper les besoins qu'il y avait à avoir, donc à un moment on a tous... les guides qu'on avait écrit, était destinés pour des structures de cinquante, soixante lits, on en avait de 200 lits! On découvrait en même temps qu'on mettait en œuvre. (Phrase incomprise)

- Est-ce que tu penses que MSF doit répondre à ces rumeurs d'une certaine manière? Et si oui, comment ?

- Je crois que la première des choses que l'on doit faire, c'est au moins être conscient que les rumeurs existe, au moins s'assurer qu'on les prend en compte dans notre analyse et qu'elles soient adressées dans notre réponse. C'est-à- dire que de la même façon dont tu prends en compte le fait que la saison des pluies ça va ralentir la vitesse des bagnoles. Donc si je dois faire un trajet je le multiplie par deux. Je dois prendre un compte le fait que si tu n'as pas pris le temps de la compréhension de ce qui est, tu peux avoir des messages ou tu vas travailler par essai et erreur et tu te trouves à remettre en question l'outil, remettre en question la stratégie, requestionner ce que tu fais si ça ne fonctionne pas, parce que peut-être tu es confronté à des rumeurs ou à autre chose. Chez les coordonnateurs c'est quelque chose qu'on essaie de faire parce que c'est eux qui sont souvent appelé au niveau.. par contre avec le reste de l'équipe, on invite les gens a resté à l'écoute de ce qui se passe et à remonter tout ceux qu'ils entendent qu'il leur apparait, que ce soit normal ou pas. Parce que quelque chose qui peut être normal, mais si le (?) continue à une dimension différente que si il est juste ponctuel et il disparaît. Donc, on invite les équipes justement à rester alerte. C'est toute la difficulté et le choix politique de MSF sur son rôle de proximité. La proximité n'est pas juste être proche d'eux mais c'est être à l'écoute et pouvoir comprendre ce qu'il se passe.

- Un respect de paradigme qui sont pas forcément les mêmes?

- Oui, voilà. Et on a un avantage avec cette organisation multiculturelle, ça veut dire on a pas tous les même backgrounds. On va dire, quand on arrive dans l'organisation, on doit être capable aussi de comprendre les nuances de l'interprétation des autres. Donc ça mets un deuxième niveau de difficultés, ça veut dire, si on était une organisation tout à fait homogène en terme de population, de compréhension, la manière dont les choses remonterait serait la même. En fait, en plus on a des gens différents... En fait ma compréhension d'une chose n'est pas forcément la même que la tienne et plus tu multiplie, plus ça diversifie. Et la personne qui est censé analyser et censé enlever le filtre de chaque canaux de communication pour s'assurer que là en fait l'information vient du canal initial. Ça demande un peu de gymnastique parfois. (On rit tous les deux) ça fait partie de l'exercice, quand tu disais est-ce qu'on doit rester à l'écoute et comment l'adresser, c'est ça. C'est que ceux qui sont en charge de la synthèse, doivent être conscient que les différents canaux de communications peuvent distordre les messages et que comme on n'est pas une organisation purement judéo-chrétienne ou purement occidental mais qu'elle est multiculturelle, tout ce qui l'entend doit être retriangulé à chaque niveau. C'est une force. La triangulation permet justement de limiter la distorsion de tous les messages justement qui sont communiqués. Donc oui, structurellement comme organisation c'est quelque chose qu'on fait. On le fait pour la sécurité, on le fait pour...

- C'est tout!

-Bah Voilà. (Il rit)

-Demande pour un effet boule de neige.

-Tu devrais chercher des gens qui ne travaillent pas pour nous. Demande à Yasmine, y'a un anthropologue qui a toujours été proche de nous mais qui a toujours été très critique de nous. Que certain déteste dans la maison. Il avait fait un film.

-Epelboin?

- Je ne sais pas, il est maintenant consultant pour l'OMS.

- C'est Hewlett ou Epelboin, c'est un français qui dit qu'il faut se laver des mains et manger des bonbons?

(On rit)

- C'est bien de l'approcher parce qu'on a un peu des critères de sélection. Si on est dans l'organisation et qu'on y reste, c'est qu'on est peut-être différent de ceux qui n'y sont pas, donc c'est peut-être bon de voir ce que ceux qui n'y sont pas pensent.

- Il me parle de Fernanda à la Task Force. (OCBA)

-Ok, et Merci beaucoup.

- Je t'en prie et bonne continuation!

[FIN]