L'HOMME

L'Homme
Revue française d'anthropologie

222 | 2017
Varia

La mise en camp de la Guinée

Ebola et l'expérience postcoloniale

Encamping Guinea : Ebola and the Postcolonial Experience

Veronica Gomez-Temesio et Frédéric Le Marcis

OpenEdition Journals

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/lhomme/30147
DOI : 10.4000/lhomme.30147
ISSN : 1953-8103

Éditeur
Éditions de l'EHESS

Édition imprimée
Date de publication : 1 juin 2017
Pagination : 57-90
ISBN : 978-2-7132-2689-2
ISSN : 0439-4216

Référence électronique
Veronica Gomez-Temesio et Frédéric Le Marcis, « La mise en camp de la Guinée », *L'Homme* [En ligne], 222 | 2017, mis en ligne le 01 juin 2019, consulté le 06 janvier 2021. URL : http://journals.openedition.org/lhomme/30147 ; DOI : https://doi.org/10.4000/lhomme.30147

© École des hautes études en sciences sociales

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by OpenEdition

La mise en camp de la Guinée

Ebola et l'expérience postcoloniale

Veronica Gomez-Temesio & Frédéric Le Marcis

Au sommet d'une colline surplombant Guéckédou, ville du sud de la Guinée située aux frontières de la Sierra Leone et du Libéria, se trouve un Centre de traitement Ebola (Cte) géré par une équipe de Médecins sans frontières (Msf)[1]. Avant de devenir un Cte, le lieu était connu comme la *Trypano*, du nom du service qui, depuis l'époque coloniale jusqu'à la fin du régime de Sékou Touré (1958-1984), organisait dans la préfecture de Guéckédou, comme dans l'ensemble des territoires sous domination française, la lutte contre la trypanosomiase, ou « maladie du sommeil » (Dozon 1985 ; Lachenal 2014). De nos jours, ce lieu abrite la Direction préfectorale de la santé (Dps), une maternité et, depuis mars 2013, un Cte.

Chaque jour, une noria de 4 x 4 quitte le centre pour sillonner la région : des soignants sensibilisent les populations et les informent sur la maladie à virus Ebola. Si les signes d'une fièvre hémorragique sont identifiés chez une personne, celle-ci est ramenée vers le centre dans un véhicule dédié faisant office d'ambulance. Au plus fort de l'épidémie Ebola, en 2014, le Cte disposait d'un total de 100 lits et de 355 employés[2]. Entrer, comme sortir du centre, suppose de passer ses semelles, de même que ses mains, à l'eau chlorée, afin d'éviter toute contamination. Ce rituel liminal signale la rupture de l'éthique ordinaire qui est caractéristique de ces structures d'isolement[3].

1. Le Cte de Guéckédou a été mis en place et géré par la Section belge de Médecins sans frontières (Msf dans la suite du texte).

2. La majorité d'entre eux était des Guinéens (gardiens, hygiénistes, infirmiers, médecins, *health promoters*) et travaillaient avec des humanitaires expatriés, moins nombreux et responsables de la gestion administrative, politique ou médicale du site, de la communication, ou occupant une fonction d'infirmier ou de médecin. Le nombre des employés a varié tout au long de l'épidémie en fonction de son intensité.

3. Pour une description visuelle du centre de traitement de Guéckédou et des activités de *outreach*, cf. Frédéric Le Marcis & Vinh-Kim Nguyen (2015).

L'HOMME 222 / 2017, pp. 57 à 90

L'année 2014 a vu le développement de la première épidémie d'Ebola massive en Afrique de l'Ouest[4]. Touchant les trois pays traversés par la Mano River – la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria –, également dénommés par la presse locale anglophone puis francophone l'*Ebolaland*, cette épidémie est apparue exceptionnelle tant par sa durée – plus d'un an –, que par son extension – trois pays, alors que la maladie ne concernait auparavant que quelques villages forestiers d'Afrique centrale (Gasquet-Blanchard 2016) –, ou encore par la mobilisation technico-scientifique et humanitaire qu'elle a suscitée. Cette mobilisation fit également l'objet, comme nous le verrons, de réactions hostiles, voire violentes de la part des populations ciblées (Faye 2015).

Dans cette contribution, nous verrons que le dispositif des Cte peut être relié à l'histoire longue des multiples régimes d'extraction de populations en Guinée – de l'esclavage précolonial aux politiques répressives contemporaines. En plus de cette continuité historique, le modèle des Cte illustre l'avènement d'un régime global de gouvernance de la santé fondé sur la mobilisation de technologies sanitaires et sécuritaires – la biosécurité –, et structuré par la polarisation entre une élite transnationale et une population flottante, sans visage, et pensée comme une menace : un groupe d'humains chosifiés (Mbembe 2013). Nous démarquant ainsi des commentaires qui se focalisent sur la mobilisation exceptionnelle assurée par les acteurs humanitaires et sanitaires pour faire face à cette situation d'urgence, nous souhaitons plutôt, dans cet article, démontrer en quoi la gestion de la récente épidémie d'Ebola révèle un état du monde contemporain à la fois postcolonial, transnational et polarisé.

Cet état du monde se traduit en Guinée par un rapport singulier des populations à l'État et, plus largement, aux élites. Il s'incarne sous la forme du « camp » : un complexe architectural gouverné par des logiques technico-scientifiques et politiques. Nous proposons d'analyser les Cte comme une des multiples « formes-camp » (Courau 2007) qui jalonnent le contemporain et qui déterminent deux formes d'« appartenance au monde » : d'un côté,

4. La maladie à virus Ebola a été identifiée pour la première fois en 1976, en République démocratique du Congo, à Yambuku sur les bords de la rivière Ebola qui lui donna son nom, et au Soudan du Sud, à Nzara (Hewlett & Hewlett 2008). Le virus Ebola fait partie de la famille des *filoviridae*, parmi lesquels on compte les virus de Marburg et de Lhassa. Les chauves-souris semblent être les hôtes naturels du virus, qui passe des non-humains (chauves-souris, singes, antilopes infectés) aux humains par contact avec du sang, des sécrétions, ou avec des organes ou des liquides biologiques [cf. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/]. La transmission interhumaine intervient lors de contacts avec des fluides corporels de patients contaminés (sang, sueur, fèces, liquides biologiques), avec des ustensiles ayant été touchés par ces derniers, ou encore avec le corps d'un malade décédé. On sait aujourd'hui que le virus peut persister dans le sperme des patients guéris pendant plus d'un an, mais des études complémentaires sont encore en cours (Diallo *et al.* 2016). Les patients survivants présentent des séquelles biologiques et psychologiques, et font l'objet de discriminations (Qureshi *et al.* 2015).

une population d'humains qu'il s'agit de protéger, de l'autre une masse d'« indésirables » ou de « surnuméraires » (Agier 2011 ; Bauman 2006) qu'il s'agit de contrôler, quitte à les laisser mourir. Parce qu'ils représentent un modèle de gouvernement des hommes imbriquant « biopolitique » et « nécropolitique » (Jackson 2013 ; Mbembe 2003), les Cte sont exemplaires du rapport des populations africaines aux élites tant nationales que mondiales, mais aussi « de la vie politique des débris de l'empire, de la longévité des structures de domination et du rythme inégal avec lequel les gens peuvent s'extraire de l'ordre colonial des choses »[5]. Les Cte rendent compte ainsi d'un aspect de la vie dans le présent postcolonial ou, plus exactement, dans ce que Ann Stoler définit comme les « formations impériales » pour traduire les contraintes longues qui sous-tendent les sociétés anciennement soumises au pouvoir colonial.

Le présent article s'appuie sur le matériel ethnographique collecté par les deux auteurs durant l'épidémie[6]. Les enquêtes de terrains ont été réalisées principalement dans deux Cte de Guinée : Frédéric Le Marcis a effectué trois séjours dans le Cte de Guéckédou, en Guinée forestière, entre novembre 2014 et mars 2015 ; Veronica Gomez-Temesio a enquêté, entre février et septembre 2015, au sein du Cte de la ville de Wonkifong, située dans la région de la Basse-Côte, à une cinquantaine de kilomètres à l'est de la capitale Conakry. À ces terrains s'ajoute la participation des auteurs à certaines activités menées dans le cadre du dispositif de réponse à Ebola dans le pays[7].

5. « […] the political life of imperial debris, the longevity of structures of dominance, and the uneven pace with which people can extricate themselves from the colonial order of things » (Stoler 2008 : 193). Toutes les citations de l'article extraites d'ouvrages en anglais ont été traduites par nos soins et restituées dans leur version originale dans les notes.

6. Les enquêtes sur lesquelles ce texte s'appuie ont été financées par le programme Horizon 2020 de l'Union européenne, dans le cadre du projet Réaction !, coordonné par Hervé Raoul (US003, Laboratoire P4 Jean Mérieux-Inserm, Lyon). Elles visaient à accompagner un essai clinique portant sur un antiviral, le Favipiravir, pour le traitement d'Ebola. Cet essai était dirigé par le Pr Denis Malvy (Inserm, Umr 897, Université de Bordeaux & Hôpital Pellegrin, Bordeaux) et coordonné par Abdoul Habib Beavogui (Centre de recherche en santé rurale, Maféryniah, Guinée), Xavier Anglaret (Inserm, Umr 897, Université de Bordeaux, France, Programme Pacci, Abidjan, Côte d'Ivoire) et Daouda Sissoko (Inserm, Umr 897, Université de Bordeaux & Hôpital Pellegrin, Bordeaux). Par ailleurs, elles consistaient à documenter la réponse à Ebola en Guinée, en se focalisant sur la fabrication de la science dans l'urgence et à l'échelle de la santé mondiale. Enfin, nos enquêtes ont également reçu le soutien financier de l'ambassade des Pays-Bas au Ghana. Ce texte a bénéficié d'échanges nombreux avec Sylvain Faye et Vinh-Kim Nguyen. Nous sommes redevables aux patients et à leurs familles, ainsi qu'aux professionnels des centres de traitement auprès desquels nous avons passé du temps et appris de leur expérience. Que tous soient ici remerciés.

7. Ces activités comprenaient la participation à des réunions des coordinations nationales et/ou préfectorales de lutte contre Ebola, aux campagnes de sensibilisation (« Zéro Ebola en 60 jours ») et/ou de prévention menées par des *Health Promoters* de Msf dans les villages et/ou les quartiers de grandes villes (Guéckédou, Conakry), aux campagnes de sensibilisation à la transmission du virus Ebola de l'Unicef à Conakry, à la campagne « Hommage aux travailleurs d'Ebola » lancée par le Pnud avec le soutien financier de la Fondation Inside/Out du photographe JR, le suivi de l'activité …/…

L'intérêt de cette ethnographie comparée consiste à étudier les centres de traitement non pas comme des réalités réifiées, homogènes et statiques, mais comme des objets dynamiques, en tenant compte à la fois de leurs transformations dans le temps de l'épidémie et de leur contexte institutionnel. En outre, l'approche ethnographique envisageant le Cte dans son écologie locale permet de comprendre la façon dont son action rayonne au-delà de son enceinte. Cette ethnographie du camp pensé « hors ses murs » permet finalement, à partir de l'exemple guinéen, d'interroger certains aspects de l'économie morale et politique du monde.

Ethnographier les centres de traitement Ebola

Les Cte se sont imposés dès le début de l'épidémie comme une évidence, tant pour soigner des malades que pour contenir la propagation du virus sur le territoire. De simples centres de transit, ils ont été transformés en centres de traitement au fur et à mesure que l'épidémie progressait et que l'afflux de patients l'imposait.

Conçu comme une structure d'isolement et donc de quarantaine, le modèle du Cte se déploie à partir d'un « kit » sanitaire d'urgence mis au point par Msf pour juguler de précédentes épidémies d'Ebola, en Afrique centrale et au Soudan[8]. La pertinence de ce modèle a été mise en cause durant l'épidémie par les observateurs : la séparation entre patients infectés et patients suspectés de l'être a été jugée insuffisante par certains[9] ; le non-recours à la réhydratation par intraveineuse dans le premier temps de l'épidémie, action pourtant cruciale dans la prise en charge de la maladie, fut au cœur des débats (Roberts & Perner 2014). Plus globalement, la faible capacité des Cte à prodiguer des soins de qualité a fait l'objet d'âpres discussions, notamment entre délégations nationales au sein même de l'association Msf, comme le révéla un courrier ayant circulé en décembre 2014, soit neuf mois après le début de l'intervention de l'organisation en Guinée[10]. Cependant, l'urgence épidémiologique a eu raison de ces questionnements. Si, à la suite

[Suite de la note 7] des comités de veille villageois, et, enfin, à l'accompagnement de patients « sortis guéris » dans les préfectures de Coyah, Forécariah et dans la ville de Conakry.

8. Pour un historique des précédentes épidémies d'Ebola en Afrique centrale, cf. : Peter Piot (2012) ; Donna Patterson (2015) ; Clélia Gasquet-Blanchard (2016).

9. Cf. la lettre du Dr Fatou F. Mbow, « Msf Ebola Treatment Centres Were Far From Perfect », in *The Bmj*, 2015 [https://doi.org/10.1136/bmj.h2787].

10. Cf. Manica Balasegaram *et al.*, *Ebola, a Challenge to our Humanitarian Identity. A Letter to the Msf Movement* (December 4th 2014) [Unpublished Internal Msf Document]. Parmi les signataires de ce courrier figuraient les directeurs d'Épicentre (le centre de recherche en épidémiologie fondé par Msf-France), le directeur du Crash (le Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires, abrité par la Fondation Msf) et les présidents de Msf-Suisse, Msf-France et des membres de l'Ong ayant assumé des fonctions de terrains au début de l'épidémie.

de ces débats et grâce à la conduite d'essais cliniques à partir de décembre 2014 (Löwy 2002 ; Irenge, Dindart & Gala 2017 ; Le Marcis *et al.* 2017), le modèle du Cte a évolué en fin d'épidémie vers une plus grande prise en compte des besoins des patients et une meilleure efficacité thérapeutique (comme en témoigne l'ouverture par Msf Belgique, en juillet 2015, d'un Cte mieux adapté dans le quartier de Nongo à Conakry), il est resté l'outil principal de prise en charge des malades et de lutte contre l'épidémie. La pertinence de ce modèle reste cependant toujours discutée – y compris chez les acteurs du dispositif humanitaire – tant du point de vue de son efficacité réelle (épidémiologique et sanitaire) que de celui des problèmes éthiques qu'il pose (Calain & Poncin 2015).

Outre le Cte de Guéckédou et celui du Centre hospitalier universitaire de Donka (Conakry), qui sont les deux premiers centres ouverts en Guinée par Msf, le Cte de Wonkifong, situé dans la préfecture de Coyah, occupe une place singulière dans le paysage institutionnel. Il est le produit d'une collaboration originale entre le gouvernement guinéen, l'Oms et deux *foreign medical teams* : une brigade cubaine et un contingent africain envoyé par l'Union africaine et la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (Cdeao). Ces deux équipes ont reçu l'appui de médecins et infirmiers guinéens. Financé par le programme alimentaire mondial, le Cte de Wonkifong constitue, au moment de son inauguration en décembre 2014, le plus grand centre de traitement du pays, avec une superficie de 6400 m^2. Construit de toute pièce dans une palmeraie en marge du village de Wonkifong, à une cinquantaine de kilomètres de la capitale, il était destiné à prendre en charge les malades de la région de la Basse-Côte qui étaient jusqu'alors transportés à Conakry. De par son isolement – il est situé à plusieurs kilomètres du village le plus proche –, le centre passerait inaperçu pour la plupart des habitants de la région, si ce n'était la fréquence des 4 x 4 allant et venant sur l'unique piste de terre qui y donne accès. Il s'est avéré que, quels qu'ils soient, les emplacements des Cte ont toujours fait problème : placés près des centres villes, ils s'exposaient aux réactions parfois violentes du voisinage ; placés dans un endroit isolé, leur inaccessibilité alimentait les rumeurs prétendant que des trafics d'organes s'y dérouleraient.

Être un patient dans un centre de traitement Ebola

L'ambulance qui approche du Cte de Wonkifong annonce l'arrivée d'une patiente. Son mari l'accompagne. L'ambulancier est interpellé par le personnel soignant : « Pourquoi l'homme a-t-il voyagé avec une personne malade, et ce, en infraction du protocole ? ». L'ambulancier s'explique : « Le vieux a dit, personne n'emporte ma femme sans moi ». Ces propos offusquent

un hygiéniste[11] : « Le vieux-là, on a qu'à le mettre avec les malades. Les gens refusent d'obéir et après le virus continue en Guinée ». Un autre intervient : « On ne peut pas le mettre dedans. Il va se contaminer s'il n'a rien ». La tension est palpable. Quelques jours auparavant, quatre « garde-malades » n'avaient pas été autorisés à ressortir du Cte alors qu'ils ne présentaient aucun signe clinique de la maladie. Un soignant s'en est plaint à la direction du centre, mais d'autres ont approuvé cette mesure : « Les gens, ce sont des criminels. S'ils ne veulent pas laisser leurs parents malades, ils n'ont qu'à entrer dans le Cte aussi ».

Comme toute personne arrivant au centre, la femme malade doit passer par une zone de dépistage, appelée salle de triage, du nom de la procédure par laquelle un membre du personnel soignant évalue rapidement s'il s'agit d'un cas suspect d'Ebola ou d'un cas présumé. Cette salle de triage est divisée en deux : d'un côté l'espace des patients, de l'autre celui des soignants, séparés par une barrière de plastique orange qui marque la frontière entre les deux. Du côté des soignants, le médecin lit le formulaire d'évaluation médicale de la femme rempli par l'ambulancier. Elle présenterait de nombreux symptômes, survenus après qu'elle se serait rendue à l'enterrement d'un proche très certainement décédé d'Ebola. Plusieurs personnes ayant assisté au même enterrement ont d'ailleurs déjà été pris en charge par le Cte, avec le statut de cas *confirmés*. La femme nie tout. Pourtant, au moment de s'asseoir, prise de vertiges, elle trébuche. Un soignant commente : « À l'ambulancier, elle a dit la vérité, mais maintenant elle ment car elle a peur ».

Dans l'attente de son dépistage, la femme est installée dans la tente dévolue aux patients *suspects*. Cette tente est séparée en deux par une barrière de chantier en plastique, derrière laquelle attendent les patients *probables*. Cette séparation – faite par le soignant au terme du triage – a pour but d'éviter une potentielle contamination entre les patients qui seront sûrement testés positifs au virus et ceux qui pourraient être testés négatifs. L'Oms a proposé une définition de ces différents cas[12], cependant, dans les faits, la distinction n'est pas toujours évidente : la femme présente des signes cliniques et un lien avéré avec un malade. Selon le protocole, elle aurait dû être admise comme un cas *probable*. Or, son refus de discuter a conduit le personnel médical à lui accorder le bénéfice du doute et à la laisser avec les cas simplement *suspects*.

11. Les professionnels des Cte se répartissent selon une logique, classique en milieu hospitalier, qui hiérarchise les acteurs en fonction de leur activité plus ou moins proche du sale et de la souillure (Arborio 2012 [2001]). Les hygiénistes ont la charge de la chloration de l'eau, ainsi que de la propreté du centre et des patients. Ils évacuent également les corps des défunts. Ils travaillent aux côtés des promoteurs de santé (Hp), qui interviennent dans et hors des centres, et des psychologues ou « psychos » (généralement formés aux sciences sociales), qui accompagnent les patients et leurs familles.

12. Cf. Organisation mondiale de la santé, *Recommandation provisoire. Définitions de cas recommandées pour la surveillance des maladies à virus Ebola ou Marburg*, août 2014 [http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/case-definition/fr/].

Commence alors l'attente des résultats d'un test sanguin – par la méthode de la réaction en chaîne polymérase ou *Polymerase Chain Reaction* (Pcr)[13] – pratiqué à l'arrivée. Cette procédure requiert plusieurs heures. Si son test est négatif, le patient doit attendre 48 heures supplémentaires pour un second contrôle avant d'être autorisé à sortir. C'est donc la Pcr qui déterminera si un individu trié *suspect* ou *probable* à son arrivée est un *non-cas* – son test est négatif – ou un cas *confirmé* – son test est positif. Les résultats du laboratoire décident de la circulation des patients à l'intérieur du centre : certains déménagent d'un espace à un autre, d'autres restent encore pour un temps dans la même zone et les plus chanceux sortent.

Dans la tente réservée aux cas *suspects* ou *probables*, les lits des patients ne sont séparés que de quelques mètres. Les toilettes sont partagées de même que les chaises. Un après-midi, à Wonkifong, des éclats de voix retentissent dans cette tente. L'homme qui crie est agité. Les résultats de son test sont négatifs, mais la peur succède au soulagement : « Pourquoi est-ce que je ne sors pas ? ». Un soignant s'approche : « Tu dois rester ici deux jours. Pour que le test soit fiable, il faut le répéter dans 48 heures ». L'homme panique à cause d'un jeune homme entré après lui et dont le test n'est pas encore revenu : « Laissez-moi sortir ! Ce gamin va me contaminer, il dit qu'il a envie de vomir ». Le soignant tente de raisonner l'homme : « Ne t'inquiète plus. Reste sur ton lit et il ne t'arrivera rien. Ebola ne vole pas ». Plus tard, en repensant à la scène, il avouera son impuissance : « Qu'est-ce qu'on peut faire ? On est obligé de les garder 48 heures pour un deuxième contrôle ».

Un autre jour, dans la zone des patients *probables*, deux soignants trouvent un homme mort sur son lit (son test leur reviendra plus tard, positif). À côté, ils découvrent également un autre homme caché sous ses couvertures. Ce dernier vient de passer la matinée à proximité d'un cadavre porteur du virus. Ce genre d'événement ne constitue pas une exception dans la routine du Cte. Les soins sont organisés sur la base de trois gardes par 24 heures. Durant chaque garde, le personnel médical descend en général deux fois en *zone rouge*[14] pour voir les malades. C'est pourquoi, lorsqu'un décès survient, il n'est pas rare que vivants et morts cohabitent plusieurs heures dans l'attente de l'arrivée d'une équipe de soignants, puis d'hygiénistes qui lèveront le corps. Si le décès avait eu lieu à l'extérieur du Cte, le protocole des *enterrements dignes et sécurisés*[15]

13. La Pcr est un test de biologie moléculaire utilisé pour les maladies infectieuses. Il vise à détecter la présence d'un génome viral dans l'Adn du patient.

14. Zone où le risque de contamination est maximal, comprenant les espaces réservés aux patients suspects et confirmés, la morgue et l'incinérateur.

15. Les *Safe and dignified burials* ont été élaborés à partir d'un protocole de l'Oms, en septembre 2014, qui définit un modèle d'inhumation sans risque, respectant la dignité et les pratiques culturelles des personnes décédées dans leur communauté en contexte de flambée épidémique (cf. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*, 2014).

aurait imposé un rapide transfert de la dépouille, ainsi qu'une interdiction formelle de s'en approcher.

Lorsque le dépistage est positif, le patient est installé dans l'espace réservé aux *confirmés*. Dès lors, il est définitivement conçu comme un corps porteur de virus, comme une menace qu'il s'agit de contenir, et les interactions avec ce malade obéissent à de nombreuses règles de biosécurité. La première d'entre elles est le port obligatoire d'une combinaison Epi par le personnel médical dans la zone rouge, qui évite la possibilité d'une exposition de la peau, des yeux, du nez ou de la bouche au virus[16]. À l'entrée comme à la sortie des tentes des patients, les soignants trempent leurs pieds dans des pédiluves d'eau chlorée. Un sens unique de circulation interdit les allers-retours entre les différents espaces en dehors des tentes. Quant à la sortie de la zone rouge, elle fait l'objet d'une attention redoublée. Le soignant retire son Epi sous le regard d'un hygiéniste qui veille à ce que le déshabillage soit conforme au protocole préétabli – chaque élément de l'équipement doit être enlevé minutieusement selon un ordre précis, tout en pulvérisant à chaque étape une solution d'eau chlorée. Ainsi le respect de ces procédures réduit le risque que la contamination ne s'étende aux membres du personnel ou à la population saine hors des Cte.

Nous sommes à Wonkifong, pendant une tournée médicale. Il fait excessivement chaud à l'intérieur de l'Epi que nous devons porter nous aussi : l'un des soignants nous confirme que la température peut y monter rapidement jusqu'à 50 degrés. La durée recommandée de port de cet équipement ne doit d'ailleurs pas dépasser 45 minutes sous peine de provoquer des hyperthermies. Afin de voir tous les patients lors d'une tournée, le personnel soignant est donc contraint d'aller vite. Nous constatons que beaucoup de patients sont déshydratés et, pourtant, nombre d'entre eux ne sont pas perfusés. Un médecin nous explique : « Les malades d'Ebola peuvent devenir très agités, s'ils arrachent la perfusion, ils peuvent perdre du sang rapidement et nous ne pouvons pas facilement descendre dans la zone rouge en urgence ». C'est pourquoi il est plutôt recommandé aux patients de « boire et manger beaucoup »[17].

Bien que l'espace des *confirmés* dispose de toilettes, la plupart des patients sont trop faibles pour se lever et font leurs besoins devant les autres dans un seau placé au pied de leur lit. Aucun paravent ou rideau ne préserve l'intimité

16. L'Epi, ou « Équipement de protection individuel », se compose d'une tenue classique de bloc opératoire doublée d'une combinaison complète souple et imperméable, de deux paires de gants superposées, de deux masques de tissus superposés, d'une paire de lunettes de protection imperméables et de bottes en caoutchouc.

17. À Guéckédou, la nourriture préparée à l'extérieur du centre de traitement est distribuée aux patients directement dans des sacs plastiques.

des malades qui, parce qu'il fait trop chaud ou parce qu'ils sont souillés, sont souvent nus. Dans la tente des hommes, un adolescent est étendu par terre dans une flaque de sang. Un hygiéniste commente : « Celui-là, il va nous donner trop de travail. On va le faire en dernier ». Plus tard, ils l'assoient, nu, sur une chaise et le lavent avec de l'eau légèrement chlorée. La réalisation des soins s'expose donc à la vue de tous et le même matériel est utilisé pour nettoyer les objets et le corps du malade.

Dans ces lieux de promiscuité, chacun assiste à la souffrance de l'autre et, parfois, à sa mort. Ainsi Koro, admis au Cte de Guéckédou après avoir perdu sa première épouse, et y rejoignant deux autres co-épouses et dix de ses enfants raconte : « Moi j'ai pensé que je ne guérirai pas parce que les gens mouraient autour de moi. J'ai pensé que moi aussi j'allais succomber. Mes enfants sont morts également et d'autres encore. J'ai pensé que je sortirai comme ça aussi ». À la question de savoir s'il estimait que les morts étaient l'œuvre des Blancs qui dirigeaient le Cte, il répond : « Si j'étais mort, mon âme aurait dit qu'ils m'avaient tué ! ». Et lorsque les soignants lui proposent de modifier son traitement, il explique avoir refusé parce qu'il craignait que leur intention ne soit en réalité de le faire mourir plus vite.

Lorsqu'un individu décède, son corps est déposé à la morgue. À Guéckédou comme à Wonkifong, la morgue est visible depuis les tentes abritant des malades. Si les patients ont assez de force pour se lever, ils se promènent à seulement quelques mètres du lieu où reposent les corps de ceux qui étaient avec eux quelques heures plus tôt.

Cette description de la prise en charge des patients témoigne de l'expérience radicale du traitement au sein des Cte. Cela peut cependant varier d'un centre à l'autre, voire au sein d'un même centre, en fonction du nombre de patients reçus et de l'évolution de l'organisation de la réponse à l'épidémie. À Guéckédou, l'introduction de l'essai clinique Jiki, pour tester l'efficacité du médicament antiviral Favipiravir, a coïncidé avec une volonté de Msf d'améliorer la qualité des soins prodigués, notamment la reconnaissance des besoins exprimés par les patients. Si cette évolution ne s'est pas traduite par une baisse significative de la mortalité due au virus, elle a cependant eu un impact sur l'« humanisation » des soins : les équipes du Cte de Guéckédou ont sensiblement réorienté leurs pratiques, passant du registre de l'urgence à celui du *care* (Le Marcis *et al.* 2017) ; dans le Cte de Wonkifong, l'autorisation d'usage compassionnel du Favipiravir[18] (impliquant la mobilisation

18. Un programme d'usage compassionnel consiste en l'administration d'un médicament dont l'efficacité et la tolérance sont connues pour une autre pathologie que celle concernée par ce programme, mais dont on pense, faute de mieux, qu'il pourrait apporter une nouvelle solution thérapeutique. Il rend possible le recours à une molécule n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Ainsi, lorsque le Favipiravir est introduit à Wonkifong, l'essai clinique Jiki …/…

d'une équipe de soignants dédiée au suivi des patients sous traitement) a permis également une amélioration qualitative en faveur du *care*.

Dans les Cte, les visites familiales ne sont pas autorisées à l'intérieur de la zone rouge. À Wonkifong, une femme se présente pour voir ses neveux, qu'elle cherche depuis qu'ils ont été « pris » à leur domicile après la mort de leur mère – sa sœur – décédée des suites d'Ebola deux jours plus tôt. Attendant à l'extérieur du centre, la femme aperçoit l'un de ses neveux gisant par terre et appelle à l'aide. Un soignant lui explique qu'on ne pourra rien faire avant la prochaine tournée médicale ; alors seulement on le remettra dans son lit. À la différence des autres structures de soins, le modèle du Cte ne permet donc pas aux familles de s'occuper de leurs proches malades.

Sortir d'un centre de traitement Ebola

Pour les patients non infectés ou guéris, le sésame de sortie s'obtient après que les deux tests sanguins (Pcr) réalisés à 48 heures d'intervalle se sont avérés négatifs. Ils reçoivent alors un *kit de sortie* préparé par un soignant. À Guéckédou, ce kit contient de l'huile, du riz, quelques conserves et des habits, un peu d'argent pour payer le trajet du retour à leur domicile[19], ainsi que des préservatifs. En prévention contre les risques de transmission sexuelle de la maladie, l'utilisation de préservatifs et même l'abstinence sont, en effet, vivement recommandés pendant les trois mois qui suivent la guérison du patient, période durant laquelle le virus reste présent dans le sperme. Loin des mises en scène joyeuses souvent présentées dans les médias, les sorties de patients guéris sont en fait une source d'angoisse, tant pour l'individu lui-même que pour les membres de sa famille ou de sa communauté[20].

Lorsque les patients ne survivent pas à Ebola, la mort étant malheureusement l'issue la plus fréquente[21], il est d'usage de les inhumer rapidement en raison du risque élevé de contagion. Les parents ne peuvent approcher ni toucher le corps de leur proche, mais ont la possibilité de le voir pour

[Suite de la note 18] portant sur cette molécule avait montré des signes d'efficacité encourageants mais non garantis. Malgré tout, en l'absence d'autres options thérapeutiques, le gouvernement guinéen avait demandé que cet antiviral devienne le traitement de référence contre la fièvre hémorragique à virus Ebola.

19. Si, au début de l'épidémie, les agents de Msf étaient en mesure de raccompagner les « sortis-guéris » jusque dans leurs villages, avec l'extension géographique de la maladie, ils ont été contraints de s'en tenir à les déposer à la gare routière la plus proche.

20. Cette inquiétude s'est confirmée par la suite lors de la résurgence de l'épidémie en Sierra Leone et en Guinée, imputée aux contaminations des partenaires sexuels des « sortis-guéris ». C'est pourquoi le suivi des patients sortis-guéris des Cte fait l'objet de recommandations précises de la part de l'Oms [cf. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204235/1/WHO_EVD_OHE_PED_16.1_eng.pdf?ua=1].

21. Dans le centre Msf de Guéckédou, le taux de mortalité était de 57% avant l'introduction de l'essai clinique sur le Favipiravir, 52% après (Sissoko *et al.* 2016).

l'identifier depuis l'extérieur du centre : à la morgue, la dépouille est placée dans une housse de plastique blanc fermée hermétiquement, puis elle est transportée à proximité de la barrière derrière laquelle attendent les membres de la famille ; le sac est alors brièvement ouvert au niveau du visage. Une fois le patient décédé identifié, les agents de la Croix-Rouge guinéenne procèdent à son inhumation en dehors du centre. Lorsque les malades viennent de loin, leurs parents n'arrivent pas toujours à temps pour être présents au moment de l'enterrement. C'est pourquoi, à Guéckédou, les soignants photographient les défunts avant de transmettre aux familles l'image attestant non seulement de leur identité, mais aussi du respect de leur intégrité corporelle – cela afin de couper court aux rumeurs circulant depuis le début de l'épidémie, selon lesquelles les Ong pratiqueraient des prélèvements d'organes sur les morts d'Ebola. À Wonkifong, deux hommes originaires d'une préfecture voisine venus s'enquérir de la santé de leur père apprirent que son décès remontait à trois jours, mais personne ne put leur indiquer l'endroit où il était enterré. Ce cas ne fait pas figure d'exception puisqu'à Guéckédou, sur près de 350 tombes du cimetière spécialement aménagé aux abords du centre, près de 200 sont anonymes (Le Marcis 2015) – ce qui est pourtant interdit par les Conventions de Genève. À Wonkifong, les près de 150 patients décédés durant l'épidémie ont également tous été enterrés anonymement dans le cimetière de la ville de Coyah.

Des logiques de camp

Formellement, un Cte constitue un espace d'isolement et de prise en charge des malades d'Ebola. Il doit permettre de contenir l'épidémie sur le territoire, de prodiguer des soins aux personnes infectées par le virus, et ce, bien qu'aucun traitement n'ait encore été reconnu comme entièrement efficace. Or, à la lumière de la présente enquête, il est apparu qu'au-delà de l'espace de soins ou encore du modèle de confinement épidémiologique, d'autres logiques le sous-tendent. En revenant sur quatre caractéristiques propres au fonctionnement des Cte saisies par l'ethnographie – une logique de frontière, une logique épidémiologique, une logique de tri et une suspension de l'éthique ordinaire –, nous défendrons ainsi l'hypothèse qu'un Cte s'inscrit dans la famille des lieux d'internement regroupés sous le terme de « camps » (Agamben 1998 ; Arendt 1972 [1951]), qu'ils relèvent d'expériences contemporaines (Courau 2007 ; Le Cour Grandmaison, Lhuilier & Valluy 2007 ; Agier 2011, 2014) ou plus anciennes (Eckart 1996).

Matérialité de la frontière

Un Cte est un lieu à l'intérieur duquel s'exerce sur les corps, sains ou malades, un régime d'exception, celui de l'urgence. Répondant *de facto* à d'autres lois que celles qui s'appliquent sur le reste du territoire guinéen, il constitue un espace liminal : c'est un lieu clos échappant à la souveraineté nationale, un « hors-lieu » caractérisé par son « extraterritoralité » (Agier 2011, 2014) et soumis au « gouvernement humanitaire » (Agier 2011 ; Fassin 2007 ; Fassin & Pandolfi 2010). Les frontières qui le délimitent symbolisent un changement de régime de gouvernement et de droits.

Placé en quarantaine, tout individu admis dans un Cte est coupé de son réseau familial et social[22]. Les visites sont soumises à un protocole strict : parents et amis doivent rester à l'extérieur et ne peuvent communiquer avec leurs proches qu'à travers la barrière du centre. Ainsi, aux heures les plus chaudes de la journée, ces entrevues sont généralement éprouvantes, tant pour les visiteurs que pour les patients affaiblis. Si un patient est trop faible pour se lever seul, les membres de sa famille peuvent demander à un soignant de le porter hors de la tente pour qu'ils puissent l'apercevoir. Cela n'est pas toujours possible.

L'internement, qui commence dès le triage de l'individu, consacre ainsi une perte de droits pour ce dernier. À la différence de l'entrée en milieu hospitalier, les portes d'un Cte matérialisent une frontière dont le franchissement inaugure la rupture des liens sociaux ordinaires (la famille n'y est pas autorisée), la perte des attributs sociaux (hommes et femmes, jeunes et vieux sont pris en charge ensemble et de manière identique)[23] et la réduction de l'individu au statut de corps menaçant car potentiellement porteur du virus : « La frontière devient un lieu de pouvoir au moment où elle acquiert une matérialité : tous les remparts, les murs, les pierres témoignent d'une violence inaugurale ou conclusive » (Pandolfi 2002 : 30). L'entrée dans un Cte entérine donc le passage à un monde de violence légitimée par des protocoles de biosécurité.

22. L'admission dans un Cte ne fait l'objet d'aucune formalité administrative, sauf pendant la mise en place des essais cliniques où une demande de consentement est formulée. La majorité des patients décédés a été enterrée de façon anonyme (Le Marcis 2015). Quant aux patients ayant survécu, d'abord appelés « survivants » puis, officiellement, « sortis-guéris » afin d'atténuer l'image négative des Cte, ils reçoivent des certificats de guérison, leur permettant notamment d'obtenir la reconnaissance du statut de victime d'Ebola, donnant droit à des aides *via* l'adhésion à l'« Association des personnes guéries et affectées d'Ebola en Guinée ».

23. Il convient toutefois de préciser que les enfants, parce qu'ils suscitent plus de compassion, bénéficient parfois d'une attention particulière.

Les kits humanitaires sont les héritiers d'une médecine d'urgence développée en France avec la médecine militaire, incarnée notamment par la création, en 1960, du Service d'aide médicale urgente (Samu) (Carémel 2012). Au sein de Msf, cette technologie matérialise la volonté d'intervention globale de l'Ong humanitaire. À partir des années 1980, cette dernière standardise sa chaîne de création et d'approvisionnement de kits d'urgence et un premier entrepôt est aménagé à cet effet en France, en 1986 (Redfield 2008). Stocké en containers sous cette forme de kits dans les dépôts européens de l'organisation, un Cte peut donc être expédié et monté rapidement dans n'importe quelle partie du monde.

Si les Cte ont été conçus pour contenir les précédentes épidémies locales d'Ebola, ce modèle s'inscrit, comme on le verra, dans l'histoire des camps médicaux mis en place, dès le début du xxe siècle, par la médecine coloniale pour organiser un contrôle draconien des populations vectrices de maladies contagieuses, telles que la maladie du sommeil (Dozon 1985 ; Eckart 1996), la variole (Hayden 2008) ou la lèpre (Silla 1998). Dans ce cadre, Msf était déjà présente dès le début de l'épidémie dans la région de Guéckédou, avant que l'Oms ne décrète l'état d'urgence, et est donc apparue comme le premier intervenant apte à coordonner l'organisation des soins, avant de s'imposer comme le passeur légitime de savoirs et de technologies pour tous les acteurs qui rejoindront, par la suite, le dispositif de réponse à l'épidémie (Redfield 2015). C'est pourquoi, même pour une épidémie transnationale d'une ampleur jamais connue jusqu'alors, le recours à ce modèle du Cte devint une évidence indiscutable au nom de l'urgence épidémiologique – justification du « droit d'ingérence » défendu par Msf depuis sa fondation (Fassin & Pandolfi 2010) –, reléguant au second plan d'autres solutions plus locales, comme l'organisation de la quarantaine ou des soins à l'échelle domestique (Abramowitz *et al.* 2015 ; Park & Umlauf 2014). Cette forme de réponse à l'épidémie s'appuie sur ce que Charles Briggs et Mark Nichter avaient défini comme la « communication biopolitique » au moment de l'émergence du virus H1N1 :

> « Ces circuits et "sphères de biocommunicabilité", en ces temps de prise de conscience, résonnent et font appel à une politique de citoyenneté de santé mondiale qui exige à la fois des systèmes de surveillance mondiale au nom de la biosécurité et accepte de nouvelles formes de gouvernance durant les menaces épidémiques »[24].

24. « These circuits and "spheres of biocommunicability", at these times of heightened awareness, resonate and appeal to a politics of global health citizenship that at once demands global surveillance systems in the name of biosecurity and accepts new forms of governance during pandemic threats » (2009 : 191).

Or, la logique de quarantaine présentée comme la mieux adaptée n'est pas perçue de cette façon par les populations locales, ainsi que le montre la violence de certaines réactions observées par les artisans mêmes de ce dispositif. Un soignant du Cte de Guéckédou résume ainsi le ressenti des patients : « Pour eux on les isole, ils ne savent pas que c'est le virus qu'on essaie d'isoler ». Face à une épidémie aussi inédite de par son ampleur et sa durée, l'ethnographie a permis d'observer les limites de ce modèle dont la pertinence n'était plus aussi évidente à mesure que les patients, les cas d'infection et les décès augmentaient, et que les zones concernées rencontraient des problèmes sociaux et politiques qu'on ne pouvait ignorer et qui appelaient une réponse collectivement décidée.

Le tri

Le modèle du Cte implique de « trier » la population guinéenne touchée par le virus. Dans un premier temps, à l'échelle du territoire, certains individus, suspectés d'être « dangereux » pour le reste de la population, sont placés en quarantaine le temps d'un dépistage. Par la suite, à l'échelle du centre, le diagnostic médical et les examens sanguins donnent lieu à un second tri : *non-cas*, *confirmés* ou *guéris* sont placés dans des espaces distincts et reçoivent des traitements différents.

Or, ce procédé n'est pas sans risque pour les individus en attente de dépistage. Dès le trajet en ambulance entre les centres de transit et les Cte, des personnes suspectées d'Ebola mais valides en côtoient d'autres déjà comateuses dans un même véhicule durant plusieurs heures de route. À l'intérieur du Cte, la possibilité de contamination entre patients est réelle, comme le confirme le fait que le personnel soignant circule obligatoirement en Epi dès la salle de triage. Si le danger est donc bien pris en compte dans les protocoles de biosécurité concernant la protection des soignants, il est en revanche occulté dès lors qu'il s'agit des patients. C'est ce que dénonce le Dr Fatou Mbow, consultante pour l'Unicef en Guinée pendant l'épidémie ; sur les deux premiers centres de Guinée qu'elle a visités en octobre 2014, elle note qu'ils sont :

> « […] au mieux techniquement bancals, au pire éthiquement inacceptables […]. Les patients suspectés d'Ebola sont rassemblés dans une tente pour le test et retenus avec les patients présentant des symptômes pas forcément liés à Ebola pendant des heures ou des jours ; les personnels de santé portent des équipements individuels de protection dans ces tentes […] l'infection par des individus soupçonnés d'avoir la maladie ne peut pas être exclue »[25].

25. « At best technically unsound, and at worst ethically unacceptable […]. Patients with suspected Ebola were gathered in one tent for testing, keeping symptomatic patients of unknown Ebola status together for hours or days; health staff wore personal protective equipment in these tents […] …/…

Comme en contexte de guerre, la pratique du triage dans un centre de traitement consiste à « sauver des vies par le sacrifice de quelques-unes » (Lachenal, Lefève & Nguyen 2014 : 2), à la différence près que c'est la procédure même qui met les vies en danger : la frontière entre le « laisser » et le « faire » mourir est par conséquent ténue. L'établissement d'une priorité – contenir le virus – sur une autre – protéger la vie de chacun – s'apparente ainsi à un « pouvoir souverain » (Redfield 2014 : 87), exercé par un opérateur humanitaire à qui on a délégué provisoirement ou durablement une mission sanitaire.

À ces procédures caractéristiques du Cte, qui traitent les malades de façon collective comme des sujets biologiques, s'opposent d'autres modèles où les malades reçoivent des traitements privilégiés et individualisés. En effet, en janvier 2015, un an et dix jours après le début de l'épidémie, l'armée française inaugure un centre de traitement des soignants (Cts) sur le site de la base aérienne de Gbessia, à Conakry. Cette structure administrée par des militaires est entièrement vouée aux travailleurs dits de « première ligne »[26]. Elle est composée de dix chambres individuelles, ce qui, pour les patients en attente de dépistage, permet de réduire fortement les risques de contamination[27]. Pour les patients infectés, elle permet un soin plus proche des conditions du milieu hospitalier européen : à l'abri dans sa chambre, chaque patient est constamment surveillé par des soignants depuis le Pc médical grâce à une caméra.

Pour le personnel expatrié, l'exception se poursuit en dehors de la Guinée : les frontières s'ouvrent pour permettre le rapatriement. Entre 2014 et 2015, des unités d'isolement aux standards militaires accueillent ainsi des porteurs du virus suspectés ou confirmés en Europe et aux États-Unis. Selon Paul Farmer (2015), si le taux de mortalité d'Ebola se situait aux environs de 70% dans les pays de la Mano River[28], celui-ci chutait en dessous de 20% pour le personnel humanitaire européen ou américain rapatrié. Dans le discours officiel, le Cts a été construit pour pallier le « lourd tribut payé » par le personnel de santé local depuis le début de l'épidémie.

[Suite de la note 25] Infection between people with suspected disease could not be excluded » (Extrait de la lettre du Dr Fatou F. Mbow, « Msf Ebola Treatment Centres Were Far From Perfect », in *The Bmj*, 2015, *op. cit.*).

26. L'expression « travailleurs de première ligne» englobe davantage que les soignants investis dans les Cte. Elle comprend également le personnel de toutes les structures médicales et paramédicales du pays.

27. Le coût de ces cellules individuelles est d'environ 200 euros (cf. la lettre du Dr Fatou F. Mbow, *op. cit.*).

28. Il convient cependant de noter que ces statistiques ne disent rien des variations de la mortalité d'une semaine à l'autre, dont on peut raisonnablement penser qu'elles étaient fonction, notamment, du nombre de patients pris en charge comme de leur état à l'arrivée dans le centre de traitement.

Dans le Cte de Wonkifong, nous avons pu observer qu'une telle différence de traitement existe également, de façon informelle, pour les membres du personnel soignant. Par exemple, pour éviter les désagréments de la mise en quarantaine, un soignant qui présente une fièvre ou d'autres symptômes est généralement autorisé à rester chez lui dans l'attente d'une amélioration. De la même façon, à Guéckédou au plus fort de l'épidémie, une soignante expatriée se sentant fiévreuse a pu attendre dans sa chambre d'hôtel le résultat de sa Pcr. À l'inverse, si les soignants expatriés infectés sont systématiquement rapatriés, les soignants guinéens dans le même cas restent sur place et reçoivent un traitement standard (même s'ils disposent d'un lit isolé) dans le Cte. Ce n'est qu'un an et dix jours très exactement après le début de l'épidémie, qu'ils ont pu bénéficier des soins du Cts ouvert par l'armée française à Conakry. Il apparaît donc que certaines catégories de patients, jugés plus méritants ou utiles, ont droit à un traitement de faveur (Jackson 2013). C'est également souvent le cas pour les enfants infectés qui, s'ils n'ont pas d'espaces réservés, constituent une catégorie singulière et font, dans plusieurs Cte, l'objet d'un traitement spécifique : ils reçoivent l'attention des soignants, sont reconnus par leur prénoms et bénéficient généralement de soins supplémentaires.

Ce traitement privilégié de certains types de populations constitue un trait caractéristique d'autres « formes-camps », comme les camps de réfugiés. Henri Courau (2007) a montré comment, en France, dans le camp de migrants de Sangatte, certains réfugiés intègrent la machine de contrôle mise en place par les employés du camp et bénéficient, par ce biais, de privilèges. Ceux-ci ont un point en commun : ils ne sont pas destinés à enrichir celui qui en est le détenteur, mais à maintenir sa survie *a minima*. Par exemple, les réfugiés qui participent au maintien de l'ordre du camp, ou servent de porte-paroles entre les employés et les résidents, se voient garantir des rations de nourriture supplémentaires. Dans les Cte, la différence de traitement fondée sur des critères professionnels, raciaux ou d'âge est révélatrice de l'aporie de la « politique de la vie » de la gestion humanitaire (Fassin 2007), à laquelle Didier Fassin reconnaît trois degrés de distinction :

> « [Premièrement, on] distingue les vies qui peuvent être mises en danger (agents humanitaires) de celles qui ne peuvent qu'être sacrifiées (les populations parmi lesquelles ils interviennent) […]. Deuxièmement, dans ce même mouvement, on différencie ceux dont les vies ont une plus grande valeur (travailleurs humanitaires expatriés) et ceux auxquels on n'accorde qu'une protection limitée (travailleurs locaux) […]. Troisièmement, on établit une distinction entre les vies qui se racontent à la première personne (les intervenants) et celles qui ne se racontent qu'à la troisième personne (les sans-voix au nom desquels l'intervention a eu lieu) »[29].

29. « [I]t distinguishes lives that may be risked (humanitarian agents) from lives that can only be sacrificed (the populations among whom they intervene) […]. Second, within the movement …/…

Dans ce schéma, les vies des patients guinéens entrent dans la première catégorie : elles ne sont perçues que d'un point de vue biologique, elles peuvent être sauvées mais avec un « minimum » de moyens mobilisés (Redfield 2013), et à travers des dispositifs qui dépolitisent et, par conséquent, déshumanisent (Arendt 1972 [1951]). Et ce, quand sur le même espace géographique, d'autres vies sont sauvées à tout prix, parce qu'on leur accorde une valeur plus élevée.

La suppression de l'éthique ordinaire

L'organisation des soins dans les Cte est caractérisée, pour les soignés autant que pour les soignants, par une suspension de l'éthique ordinaire régissant les relations entre individus dans la société guinéenne. Cette suspension consacre l'abolition des valeurs socio-culturelles qui encadrent les interactions entre hommes et femmes, ou entre générations, comme les règles de pudeur ou les rapports à la mort. Un patient confiné dans un Cte est dépossédé de son intimité et confronté à la souffrance d'autrui. Il est déchu de ses droits et apprend à vivre sous un régime où il est réduit à son expression biologique et au groupe auquel il est rattaché. En ce sens, les patients des Cte rejoignent les réfugiés du centre de Sangatte : « La gestion [humanitaire] de la population par son rassemblement tend à transformer les résidents en récipiendaires mutiques, abandonnant un traitement individuel à un traitement collectif » (Courau 2007 : 129).

Par ailleurs, contrairement à ce qu'il est d'usage de faire dans le système de santé public (Jaffré & Olivier de Sardan 2003) ou à domicile, les proches ne peuvent pas, dans un Cte, s'acquitter d'une partie des soins (toilette, alimentation). Or, l'exclusion de la famille a un impact majeur sur le « care », c'est-à-dire sur la relation dépassant le soin médical lui-même (en anglais, *cure*) et relevant de l'attention portée au malade, de l'écoute et de la reconnaissance de ses angoisses, besoins et attentes ou, plus généralement, du « soucis des autres » (Paperman & Laugier 2005).

En outre, comme nous l'avons vu, alors que certains parents pouvaient, au début de l'épidémie, communiquer avec leur proches à travers les barrières du centre, cela est devenu impossible à mesure que l'épidémie s'étendait et que la distance s'accroissait entre Cte et localités d'origine des patients. Le téléphone constitue alors pour les malades le seul moyen de maintenir un contact avec leurs familles. Sauf que, dans les Cte, son usage est limité et

[Suite de la note 29] itself it separates lives into those with higher value (expatriate humanitarian workers) and those that are accorded only limited protection (national staff) […]. Third, it establishes a distinction between lives that can be narrated in the first person (those who intervene) and lives that are recounted only in the third person (the voiceless in the name of whom intervention is done » (Fassin 2008 : 519).

dépend de la bonne volonté du personnel : il faut fournir tantôt le téléphone – dans le cas fréquent où le patient n'a pas pu prendre le sien avant de partir –, tantôt un chargeur – pour ceux qui, bien que munis d'un téléphone n'ont pas la possibilité de charger leur batterie. Enfin, pour tous se pose le problème du crédit téléphonique. L'octroi d'unités téléphoniques fait lui aussi l'objet d'une évaluation par le personnel. Au Cte de Wonkifong, le comptable du centre réprimande régulièrement le personnel soignant : « Il ne faut pas trop donner. L'idéal, c'est que ce soit leurs familles qui les appellent ».

Un autre exemple de ce pouvoir discrétionnaire est la communication des résultats médicaux aux patients. À Wonkifong, il arrive régulièrement que, lorsqu'un soignant juge un patient « inapte » à comprendre le protocole, il ne lui communique pas le résultat de son examen sanguin, que celui-ci soit positif ou négatif. Cette « inaptitude » est évaluée selon plusieurs critères, mais ce sont surtout les femmes qui sont le plus souvent perçues comme étant incapables de comprendre un diagnostic médical. Ainsi, une patiente de la tente des *probables* confie : « Un matin, ils sont venus me réveiller avec leur combinaison. Ils m'ont dit : "Prends tes affaires". Moi je ne connaissais rien, je pensais que c'était le paludisme. Ils m'ont emmenée dans une autre tente. Là-bas, les gens mouraient. Alors seulement j'ai compris c'est quoi Ebola ». Interrogé sur ses propres pratiques, un soignant explique : « Souvent les femmes, elles ne sont pas instruites, elles ne vont pas comprendre. Tu leur dis que leur résultat est négatif, elle vont vouloir sortir, il va y avoir du bruit dans leur tête, on ne pourra plus les tenir deux jours de plus pour faire le contrôle ». Cependant, il est plusieurs fois arrivé que ce soit la non-communication qui provoque des heurts, les patientes demandant pourquoi les médecins ne leur parlent pas alors qu'on leur a pris du sang. Au contraire, lorsque la procédure est convenablement expliquée, les personnes consentent généralement à suivre le protocole sans se plaindre.

En raison du taux de mortalité élevé et de la faible fréquence du passage des équipes médicales, non seulement les individus sont témoins de la mort d'autrui, mais vivants et morts doivent partager le même espace, parfois pendant plusieurs heures. Après leur sortie du Cte de Wonkifong, des patients guéris se disent « surpris » d'avoir survécu : « Quand tu es dans le Cte, tu vois quelqu'un le matin, il est debout, le soir-même, il a rendu l'âme. Après cela, toi-même tu ne penses pas que tu puisses t'en sortir, même si tu te sens bien, tu te dis, demain je serai mort ».

On perçoit un sentiment de malaise provoqué par cette suspension éthique dans les témoignages de soignants qui reconnaissent avoir participé à des pratiques irrespectueuses des valeurs socioculturelles locales, que ce soit dans la délivrance des soins ou dans le traitement du corps des défunts. Ainsi, en Guinée forestière où les rites d'initiation dominent la vie spirituelle et

sociale, un non-initié n'est pas supposé assister aux funérailles d'un initié, *a fortiori* toucher son cadavre. De même, hommes et femmes ne sont pas supposés se montrer nus en public, etc. Un hygiéniste interprète les coupures d'électricité survenues après que des non-initiés se sont occupé du corps d'un initié comme la manifestation du courroux du défunt. Après la fermeture du Cte de Guéckédou, une jeune psychologue (en réalité étudiante en licence de sociologie), qui venait d'y passer toute une année, se demande si elle et ses collègues seront punis pour ce qu'ils ont fait (Le Marcis 2015).

Le Centre de traitement Ebola en tant que camp

Un lieu de dépossession

Nous avons retenu quatre caractéristiques qui ressortissent aux formes élémentaires du camp, à ce qu'Henri Courau a proposé d'appeler la « forme-camp » (2007) : la matérialité de la frontière, la logique du tri, la logique épidémiologique, ainsi que la suspension éthique. Les Cte constituent en effet des « hors-lieux » (Agier 2011) qui se soustraient à la souveraineté nationale et à l'intérieur desquels un régime d'exception s'applique sur le corps des reclus, légitimé par le risque, réel ou perçu, de contamination que représente le virus hors les murs du centre. Par conséquent, les Cte, comme les camps, ne sont pas des zones de « non-droit » mais, au contraire, des zones d'exercice de certains droits exceptionnels sur les corps de ceux qui y sont internés *(Ibid.)*, voire un espace de « plein droit » pour ceux à qui les grandes instances de l'Onu (ici l'Organisation mondiale de la santé, ailleurs le Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés) en ont délégué la gestion.

L'individu enfermé dans un centre de traitement Ebola l'est au titre de corps biologique porteur d'un virus hautement contaminant. Nié dans ses affects ou angoisses, comme dans ses liens sociaux ou ses droits, il n'est plus membre à part entière de la société. La reconnaissance d'une souillure – la contamination avérée ou confirmée par Ebola – favorise ainsi l'extraction de l'individu du groupe des citoyens de la Nation et son placement dans un espace gouverné par des normes transnationales. C'est cette perte d'identité et d'appartenance politique qui entérine la transformation d'un sujet citoyen en corps biologique. L'individu fait ainsi l'expérience d'une perte du « droit d'avoir des droits » au sens de Hannah Arendt (1972 [1951]) – qui remarquait, il y a plus de soixante ans, le caractère supra-juridique des camps mis en place par le dispositif concentrationnaire nazi – et de la « vie nue » (Agamben 1998). Le modèle du Cte réduit donc le *bios*, la vie des hommes en ce qu'elle est inscrite dans un monde politique et social, de relations, de sentiments et de culture, en *zoé*, la vie animale (*Ibid.* ; Fassin 2007).

Filiation historique entre les camps et les Cte

D'un point de vue généalogique, c'est dans l'histoire de la médecine coloniale que l'on peut identifier un rapport de filiation entre les camps et les Cte. Durant la colonisation allemande puis française, celui d'Ayos, situé au Cameroun à une centaine de kilomètres de Yaoundé, est un maillon essentiel de cette histoire des camps sur le continent africain. Créé en 1912 par les Allemands pour lutter contre la trypanosomiase, il s'inspire d'un modèle « qui préconisait, outre le contrôle strict des déplacements des indigènes, un dépistage massif des porteurs de trypanosomes et l'isolement et le traitement des malades dans des *Konzentrationlager* » (Lachenal 2013 : 27). Ayos est d'abord un « camp de sommeilleux » *(Schlafenkrankenlager)*, puis un camp de prisonnier, puis à nouveau une « hypnoserie » au début du XXe siècle, sous domination française, c'est-à-dire un « centre de ségrégation » pour malades de la trypanosomiase (*Ibid.* : 33). Le modèle du camp s'applique également au Cameroun dans le cadre de l'expérience utopique de politique populationnelle de mise sous tutelle médicale de la région du Haut-Nyong par l'administration française (Lachenal 2010, 2017), ou ailleurs pour circonscrire d'autres pathologies (Bado 1996), comme la variole (Hayden 2008) ou la lèpre (Bargès 1996)[30]. La mise en camp et le contrôle des populations dans un but médical sont donc incontestablement privilégiés en Afrique durant la période coloniale (Delaunay 2005), et ce, sous l'influence du médecin allemand Robert Koch. Wolfgang Eckart (1996) rapporte que c'est en effet ce dernier qui, après l'échec d'une première mission en Afrique de l'Est, en 1907, visant à tester un traitement contre la maladie du sommeil, suggéra au Conseil impérial de la santé *(Reichsgesundheitsrat)* de développer l'enfermement des malades :

> « Les personnes infectées devraient être "sélectionnées" pour être envoyées dans des "camps de concentration". Koch utilisait alors ce terme en référence aux "camps de concentration, comme les appellent les Anglais", où les Boers fauteurs de troubles étaient gardés en tant que prisonniers politiques. Ils ont ensuite servi de lieux à l'intérieur desquels les citoyens contagieux étaient isolés. De toute évidence, isoler les personnes infectées était une méthode "idéale" pour protéger le reste de la population »[31].

Ces recommandations furent suivies d'effet puisque trois camps de malades de la maladie du sommeil ouvrirent, deux au bord du lac Victoria,

30. Pendant la période coloniale, le déplacement des lépreux est ainsi limité et leur confinement organisé. Au Mali, l'Institut central de la lèpre est fondé à cet effet à Bamako, en 1928 (Silla 1998).

31. « Those infected would have to be "picked out" in order to be sent to "concentration camps". Koch applied the term in reference to the "concentration camps, as the English call them", where troublesome Boers were kept as political prisoners. They later served as places in which contagious citizens were isolated. Simply getting the infected out of the way was an "ideal" method for protecting the rest of the population » (Eckart 1996 : 74).

un au bord du lac Tanganyika. Si le nombre de guérisons y était faible, au moins permettaient-ils de ralentir la transmission de la maladie (*Ibid.* : 75). Wolfgang Eckart (*Ibid.* : 76-78) décrit, pour le Togo, une politique systématique et brutale d'encampement appliquée par l'administration coloniale allemande, mais aussi, à l'intérieur des camps, la très mauvaise qualité des soins et des conditions de vie (manque d'eau, de bois pour le chauffage, de couvertures). Les décès y sont importants, de même que le nombre de fuites de patients, tandis que les autorités locales se heurtent à la résistance de la population. Cent dix ans plus tard, il semble que ces échos du passé – l'aveuglement qui préside aux conditions de prise en charge et ses conséquences (résistances et violences) résonnent à nouveau pendant l'épidémie d'Ebola.

De la biopolitique à la nécropolitique

À l'intérieur du centre de traitement, les patients deviennent des corps attendant la mort, des « zombies » (Comaroff & Comaroff 2002). Les zombies décrits par le couple Comaroff sont emblématiques de l'expérience sud-africaine de l'avènement de l'économie néolibérale dans la période qui suit la fin de l'apartheid. Ils sont :

> « [U]ne nation étrangère de prolétaires parias, morts et vivants. C'est un moment historique, englobant des champs de force à la fois globaux et locaux, qui a conduit à une mutation sismique dans l'expérience ontologique du travail, de l'individualité, du genre, de la communauté et du lieu »[32].

Mobiliser cette notion de « zombies » pour éclairer l'expérience guinéenne permet de faire un parallèle avec à la fois le contexte des économies extractives dans lesquelles elle s'inscrit et les inégalités profondes qui les sous-tendent (aux niveaux local et global), mais également avec la valeur accordée aux patients admis dans les Cte : par leur travail silencieux, leur rôle est de protéger la population saine. Le processus d'effacement des frontières entre la vie et la mort atteint également les soignants. Par exemple, deux jeunes médecins du Cte de Wonkifong nous expliquent pourquoi il se surnomment entre eux « maccabée » :

> « Au début de l'épidémie les gens arrivaient sans cesse pour mourir. C'était traumatisant, en tant que jeune médecin, de voir tant de gens mourir sans que l'on puisse rien faire. À la fin, c'est devenu une blague. Quand nous étions en poste et que ce type de patients arrivait, nous disions, "voilà un maccabée". Et à la longue, c'est devenu un surnom pour chacun de nous ».

32. « [A]n alien-nation of pariah proletarians, dead and alive. It is a historical moment that, in bringing together force fields at once global and local, has conduced to a seismic mutation in the ontological experience of work, selfhood, gender, community, and place » (Comaroff & Comaroff 2002 : 798).

Au-delà de la mise à distance des tensions et des émotions par le recours à l'humour, fréquente dans les professions soumises à de forts enjeux moraux, l'anecdote révèle la proximité entre Cte et espaces de production de la mort.

Après s'être interrogé sur « Quelle place est donnée à la vie, à la mort et au corps humain (en particulier le corps blessé ou tué) ? Comment sont-ils inscrits dans l'ordre du pouvoir ? »[33], Achille Mbembe poursuivait :

> « J'ai mis en avant les notions de nécropolitique et de nécropouvoir pour rendre compte des différentes façons par lesquelles, dans notre monde contemporain, des armes sont déployées pour détruire un maximum de personnes et créer des *mondes-mort*, formes nouvelles et uniques d'existence sociale où d'innombrables populations sont soumises à des conditions de vie qui leur confèrent le statut de morts-vivants »[34].

Dans un article sur les prisons américaines dans lequel elle s'interrogeait sur l'articulation entre biopolitique et nécropolitique, Jessi Jackson notait quant à elle :

> « Si les prisons répondent à l'objectif principal de discipliner et réhabiliter les prisonniers, pourquoi sont-elles à ce point incapables d'y parvenir ? Ce n'est pas seulement parce que les personnels des prisons sont incompétents dans l'exercice des formes biopolitiques de discipline ; c'est parce que les prisons sont des lieux de nécropolitique. Quand la fonction de la prison est de neutraliser et d'exclure les prisonniers de la vie civique, leur traitement importe peu. Les vies et les corps des prisonniers ne sont pas protégés, précisément parce qu'ils ne sont pas des citoyens à part entière – ils sont socialement à moitié morts, comptés dans les recensements mais incapables de voter ou de préserver une vie privée normative »[35].

De la même manière que d'autres espaces d'enfermement de populations jugées indésirables ou indignes, le fonctionnement d'un Cte permet de rendre compte de manière empirique de l'imbrication du biopolitique et du nécropolitique. Si la notion de biopouvoir a surtout été mobilisée pour analyser une forme de gouvernement se préoccupant des caractéristiques vitales de l'espèce humaine (Rabinow & Rose 2006), le biopouvoir comme

33. « What place is given to life, death, and the human body (in particular the wounded or slain body) ? How are they inscribed in the order of power ? » (Mbembe 2003 : 12).

34. « I put forward the notion of necropolitics and necropower to account for the various ways in which, in our contemporary world, weapons are deployed in the interest of maximum destruction of persons and the creation of *death-worlds*, new and unique forms of social existence in which vast populations are subjected to conditions of life conferring upon them the status of *living dead* » (*Ibid.* : 40).

35. « If prisons are serving the primary purpose of disciplining and rehabilitating prisoners, why are they so bad at it ? This is not simply because prison officials are incompetent at exerting biopolitical forms of discipline ; it is because prison serves as a site of necropolitics. When prisons function to incapacitate and exclude prisoners from civic life, prisoners' treatment does not matter. Prisoners' lives and bodies are not protected, precisely because they are not full citizens – they are socially half-dead, counted in the census yet incapable of voting or maintaining normative private lives » (Jackson 2013 : 208).

pouvoir sur la mort, dans un continuum entre « laisser mourir » et « faire vivre », a été beaucoup moins exploré empiriquement par les chercheurs en sciences sociales (*Ibid.* : 203). Michel Foucault lui-même (1997) n'a pas beaucoup écrit sur cet aspect, comme l'a noté Tania Murray Li (2009). Il était plus intéressé par les techniques de gouvernement qui favorisent la connaissance et l'amélioration des conditions de vie de la population.

Dans son étude des camps de réfugiés, Michel Agier montre comment ces espaces constituent de nouvelles déclinaisons de la « forme-camp ». Les camps n'ont plus, au XXIe siècle, pour vocation de faire mourir, mais de préserver des frontières et faire survivre à moindre coût. Ils éloignent les populations disqualifiées des populations à protéger. Comment comprendre que l'établissement d'une échelle de valeur des vies humaines perdure au-delà de l'urgence ?

Les logiques du camp en dehors du camp

L'analyse des CTE comme « forme-camp » ne peut pas se limiter à celle d'un site de prise en charge. Elle doit également prendre en compte la capacité de « rayonnement » du centre au-delà de ses frontières physiques. La population guinéenne a en effet été soumise à une véritable politique de « mise en camp ». En plus de la dizaine de CTE répartis sur l'ensemble du territoire guinéen et des centres de transit qui leur étaient rattachés, les divers acteurs humanitaires et sanitaires ont mené des activités de *outreach*[36]. À Guéckédou, chaque matin, des 4 x 4 partaient pour sillonner la région, afin de sensibiliser les populations de façon systématique, c'est-à-dire village par village. Chaque visite respectait la procédure à suivre en situation d'urgence humanitaire, consistant en campagnes de prévention ou de recherche de cas d'Ebola. La méthode de *cerclage* des foyers de l'épidémie a également été mise en œuvre et la Croix-Rouge guinéenne a procédé à des enterrements sécurisés pour tous les décès. À l'échelle du territoire, cette mise en camp s'est traduite par des mesures tout aussi drastiques : fermeture puis contrôle des frontières, arrêt des visas, etc. Dans le discours officiel, c'est l'ensemble de la population de la Mano River qui a été présentée comme potentiellement contaminée et donc dangereuse.

La dimension sécuritaire des missions des ONG s'est trouvée renforcée après l'épisode tragique de Womey où, en septembre 2014, huit membres d'une délégation en mission de sensibilisation furent tués par des villageois[37].

36. Ce terme anglais signifiant « sensibilisation » fait partie du vocabulaire des acteurs humanitaires, même lorsqu'ils sont francophones. Il désigne les actions d'information et de prévention menées en direction des populations.

37. Cf. Marie Ouendeno, « Rapport de la mission dans la sous-préfecture de Womey, préfecture de N'Zérékoré du 15 septembre 2014 ». Marie Ouendeno faisait partie de la délégation qui a été …/…

Ce massacre, particulièrement révélateur de l'hostilité des populations locales à l'égard du discours officiel, marqua le paroxysme des tensions entre les citoyens guinéens et les membres du dispositif de réponse à l'épidémie (Faye 2015). Après cet événement, la question de la sécurité des agents de l'État, des soignants et des partenaires humanitaires fut placée au centre des préoccupations, que ce soit à l'intérieur des Cte ou à l'extérieur durant les activités de *outreach*.

Le 29 décembre 2015, la fin de l'épidémie du virus Ebola est officiellement décrétée par l'Oms. Depuis lors, quelques nouveaux cas sont apparus de manière sporadique en Sierra Leone et en Guinée, témoignant de la persistance du virus chez d'anciens malades ou chez des porteurs asymptomatiques. L'issue de cet épisode épidémique majeur consacre-t-il la fin du régime d'exception auquel les populations ont été soumises depuis 2014 ? Il nous semble, au contraire, que l'analyse de la mise en camp de la Guinée lors de l'épidémie d'Ebola et la violence des relations entre les autorités et la population prolongent une situation postcoloniale, plutôt qu'elle ne relève d'un événement isolé et temporaire. Elle s'inscrit dans l'histoire des politiques extractives fondées sur le classement des individus selon des échelles de valeur et la captation de richesses par quelques-uns.

Dès avant la colonisation, en effet, la zone qui allait devenir la Guinée faisait déjà l'objet de violences associées aux grands empires impliqués dans le commerce des esclaves et dans les razzias, tels que l'État théocratique du Fouta-Djalon aux xviie et xviiie siècles (Botte 1994) ou de l'empire de Samori Touré, empereur du Wassoulou entre 1878 et 1898 (Person 1968-1975). Si l'entreprise coloniale met un terme aux razzias, elle introduit cependant d'autres formes d'extraction de populations en créant sur l'ensemble du continent les premiers lieux d'enfermement de personnes, que ce soit dans une logique sanitaire (Vaughan 1991) ou sécuritaire (Bernault 1999 ; Gillespie 2011 ; Thénault 2012). Du point de vue sécuritaire, dès 1900, la Guinée est « la seule des huit colonies de l'ex-Aof à abriter un pénitencier "indigène" de dimension régionale. En effet, cet établissement, devenu un camp pénal, recevait tous les Africains ressortissants de cette fédération et du Cameroun, condamnés à de longues peines de détention ou à la relégation » (Diallo 2005). Du point de vue sanitaire et préventif, l'administration coloniale impose systématiquement la quarantaine en cas d'épidémie de variole aux populations des colonies (Hayden 2008) et, comme on l'a vu, met en place des camps de « sommeilleux ». Au-delà de l'argument sanitaire, dans chacun de ces contextes l'internement des

[Suite de la note 37] attaquée, en tant que sociologue chargée d'activités de sensibilisation par l'Oms. Nous la remercions d'avoir partagé avec nous ce document qui n'a pas été diffusé par l'Oms.

colonisés sert à garantir les frontières coloniales tout en fournissant une main-d'œuvre docile à l'administration coloniale. Parallèlement, le maintien à distance d'une population jugée inassimilable répond aux restrictions de citoyenneté pour les indigènes (Barkat 2003). Après l'indépendance de la Guinée (1958), le président Sékou Touré orchestre une « purge » massive et crée des centres de détention où sont enfermés les supposés ennemis de la Nation (Arieff & McGovern 2013 ; Barry 2003, 2004). On estime qu'entre 10 000 et 30 000 Guinéens séjournèrent dans ces camps et que la plupart y ont perdu la vie (Arieff & McGovern 2013). Cette violence d'État perdure après la mort de Sékou Touré, puisque les différents régimes (Lansana Conté de 1984 à 2008, Moussa Dadis Camara de 2008 à 2010, Alpha Condé depuis 2010) qui se succèdent ensuite en Guinée ont en commun l'usage récurrent – bien qu'avec des intensités différentes – de la répression à toute forme d'opposition politique.

La crise d'Ebola apparaît dès lors comme une résurgence de ces modes d'interaction entre le pouvoir et la population. Les campagnes de sensibilisation appellent – comme au temps de Sékou Touré, où la population était encouragée à dénoncer aux comités révolutionnaires les ennemis de l'intérieur – à la vigilance envers ceux qui sont considérés comme mettant en danger la sécurité de la Nation : il ne s'agit plus d'opposants politiques, mais des populations qui, dans le cadre du dispositif de lutte contre l'épidémie, ont été unilatéralement présentées comme « réticentes » à l'intervention humanitaire (Carémel, Faye & Ouedraogo 2017). Or, pour ces populations, cette intervention est vécue comme une nouvelle violence, associée aux pratiques d'extraction et à l'impunité des élites nationales – qu'elles soient issues des chefferies ou de l'État – au service d'intérêts étrangers[38].

Aux yeux de la population, la collaboration des élites politiques guinéennes et des acteurs internationaux dans le cadre de la lutte contre Ebola est donc une évidence, qui confirme l'avènement d'un régime postcolonial dans lequel ces élites corrompues protègent leurs intérêts contre ceux du peuple[39]. En septembre 2014, le président Alpha Condé déclarait lors d'une conférence de presse : « Ebola est une opportunité pour la Guinée »,

38. Parmi les plus visibles et les plus emblématiques d'entre eux, on trouve : les trains de bauxite qui traversent Conakry pour atteindre le port et remplir les cales de navires en partance pour la Russie, l'implication de sociétés de communication et de télécommunication françaises dans la vie politique guinéenne, ou encore les liens tissés pendant son exil par le président Alpha Condé avec la classe politique française.

39. Par exemple, selon une rumeur largement répandue en Guinée forestière, le président Alpha Condé, voyant les élections approcher et mesurant son impopularité dans cette région (d'où était issu l'un de ses opposants de l'époque, Jean-Marie Doré), aurait demandé à son vieil ami Bernard Kouchner (ils étaient tous deux étudiants au lycée Turgot à Paris) d'intercéder pour lui auprès de MSF, pour que l'organisation introduise une maladie mortelle qui décimera les électeurs.

au sens où le soutien dévolu à la lutte contre Ebola générerait des ressources qui profiteront à la société guinéenne bien au-delà de l'épidémie. Mais son message exprimait en partie une vérité littérale pour ceux pour qui il ne faisait aucun doute qu'Ebola était un complot visant à enrichir quelques-uns au détriment de la majorité. Les commentaires sur les opportunités générées par Ebola portaient autant sur les pratiques de certains membres de la coordination nationale, qui créèrent des Ong dédiées à la prévention contre l'épidémie afin de capter la manne financière de l'aide internationale, que sur les étudiants qui avaient abandonné leurs études pour s'engager dans les Cte ou en tant que volontaires auprès de la Croix-Rouge guinéenne. Ces derniers furent souvent accusés de vendre leurs parents, amis ou voisins au dispositif de lutte contre Ebola. Cette accusation fait écho aux pratiques sorcellaires d'inclusion d'un initié, qui supposent que le nouveau sorcier offre à ses acolytes la force vitale d'un proche. Toujours sur la base des mêmes croyances, des survivants furent accusés d'avoir échangé avec Msf la vie de leurs proches contre la leur. C'est le cas de Koro qui, après être rentré guéri dans son village, fut accusé d'avoir vendu aux Blancs ses trois épouses et dix enfants, tous décédés, en échange de sa propre survie, et fut frappé d'ostracisme par les autres villageois. Les travailleurs locaux des Cte, enfin, n'échappent pas non plus aux accusations récurrentes de livraison de parents ou de voisins aux centres contre de l'argent. Le registre de la sorcellerie est présent également dans les récits étiologiques de l'épidémie. Dans la région de Guéckédou, l'apparition de l'épidémie est d'abord expliquée comme étant la conséquence d'une querelle entre sorciers des villages de Meliandou et de Baladou à la suite du crash nocturne d'un avion piloté par un habitant du second village et transportant des sorciers du premier.

❖

Les Cte comme « formes-camp » sont indissociables de formes de résistance et de défiance, pouvant aller jusqu'à la violence, manifestées par les populations guinéennes à leur encontre tout au long de l'épidémie. De telles réactions traduisent une lecture, un ressenti qui poussent ces populations à assimiler l'intervention humanitaire aux autorités prédatrices et extractrices auxquelles elles ont toujours été confrontées. Elles ne doivent donc pas, comme cela a souvent été le cas, être comprises comme le produit de « malentendus culturels » nécessitant l'interprétation des anthropologues. Plus que la culture, en effet, c'est l'histoire qu'il faut convoquer pour ouvrir des pistes d'interprétation du présent éclairantes.

Les réactions violentes des populations à l'égard des acteurs du dispositif de riposte à l'épidémie d'Ebola, les accusations de compromission du pouvoir guinéen avec les « Blancs » (MSF) ou des élites locales (chefs de villages, personnages religieux) avec les élites nationales sont induites par une double économie morale fonctionnant selon les mêmes logiques que celles convoquées par Didier Fassin dans le contexte de l'épidémie de sida en Afrique du Sud :

> « C'est parce que la vision des vaincus s'articule autour de ces deux économies qu'elle dit une vérité que l'histoire des vainqueurs refuse de nommer : le ressentiment concerne des faits du passé qui sont authentifiés, tout comme le soupçon implique des réalités du présent qui sont documentées » (2006 : 260).

Aujourd'hui, les dispositifs de réponse à Ebola qui instillent cette dualité s'appuient au niveau global sur un registre et des outils nouveaux : ceux de la biosécurité et d'un réseau militaro-sanitaire, fonctionnant sur le principe de la « garnison-entrepôt » décrite par Janet Roitman au Nord-Cameroun (1998). La mise en camp de la Guinée durant l'épidémie d'Ebola renvoie ainsi à une expérience postcoloniale qui gagne à être mieux comprise grâce la notion de formation impériale définie par Ann Stoler :

> « [E]n travaillant avec le concept de formation impériale plutôt qu'avec celui d'empire, l'accent est mis non plus sur des formes fixes de souveraineté, et de ses dénis, mais sur des formes graduées de souveraineté et sur ce qui a longtemps marqué les technologies de la règle impériale – échelles variables et contestées des droits catégoriels. Les formations impériales se définissent par des relations racialisées d'attributions et d'appropriations. Contrairement aux empires, ce sont des processus en devenir, non des choses fixes. Il s'agit notamment d'*États de reports* qui émettent des billets à ordre qui ne font pas exception dans leur fonctionnement, mais le constituent : la tutelle impériale, les tutelles, l'autonomie différée, l'intervention temporaire, la tutelle conditionnelle, la prise en main militaire au nom de l'action humanitaire, l'intervention violente au nom des droits de l'homme et, enfin, des mesures de sécurité au nom de la paix »[40].

L'analyse de la mise en camp dont la matérialité et l'imaginaire ont été analysés ici permet en outre d'interroger les effets de ce que Ann Stoler appelle la « mise en ruines » (2008), c'est-à-dire un rapport d'exclusion au monde : exclusion du circuit des richesses, mais également de la communauté

40. « In working with the concept of imperial formation rather than empire, the emphasis shifts from fixed forms of sovereignty and its denials, to gradated forms of sovereignty and what has long marked technologies of imperial rule – sliding and contested scales of differential rights. Imperial formations are defined by racialized relations of allocations and appropriations. Unlike empires, they are processes of becoming, not fixed things. Not least they are *states of deferral* that mete out promissory notes that are not exceptions to their operation but constitutive of them : imperial guardianship, trusteeships, delayed autonomy, temporary intervention, conditional tutelage, military takeover in the name of humanitarian works, violent intervention in the name of human rights and security measures in the name of peace » (Stoler 2008 : 193).

des humains. Et ce, pour servir de tampon sanitaire entre le virus et d'autres populations selon une logique relevant plus généralement de la *preparadness* (Collier & Lakoff 2008) et d'un spectre politique qui oscille entre « laisser vivre » et « faire mourir ».

École normale supérieure de Lyon
Laboratoire d'anthropologie des enjeux contemporains (Ladec, Fre 2002), Lyon
frederic.lemarcis@ens-lyon.fr
veronica.gomez-temesio@ens-lyon.fr

MOTS CLÉS/*KEYWORDS* : maladie à virus Ebola/*Ebola virus disease* – épidémie/*epidemic* – Guinée/*Guinea* – aide humanitaire/*humanitarian aid* – camp – triage (santé)/*triage (health)* – biopolitique/*biopolitics*– nécropolitique/*necropolitics*.

RÉFÉRENCES CITÉES

Abramowitz, Sharon Alane *et al.*

2015 « Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia : The View from Below », *Plos Neglected Tropical Diseases* 9 (5) [https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003767].

Agamben, Giorgio

1998 *Homo Sacer*, 1. *Sovereign Power and Bare Life*. Transl. by Daniel Heller-Roazen. Stanford, Stanford University Press.

Agier, Michel

2011 *Managing the Undesirables. Refugee Camps and Humanitarian Government*. Transl. by David Fernbach. Cambridge, Polity Press.

2014 « Introduction. L'encampement du monde », in Michel Agier, ed., *Un monde de camps*. Paris, La Découverte : 11-28.

Arendt, Hannah

1972 [1951] *Les Origines du totalitarisme*, 3. *Le système totalitaire*. Trad. de l'amér. par Jean-Loup Bourget, Robert Davreu et Patrick Lévy. Paris, Le Seuil (« Points. Politique » 53).

Arieff, Alexis & Mike McGovern

2013 « "History is Stubborn" : Talk about Truth, Justice, and National Reconciliation in the Republic of Guinea », *Comparative Studies in Society and History* 55 (1) : 198-225.

Arborio, Anne-Marie

2012 [2001] *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Économica-Anthropos (« Sociologiques »).

Bado, Jean-Paul

1996 *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose.* Paris, Karthala (« Hommes et sociétés »).

Bargès, Anne

1996 « Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali », in Jean Benoist, ed., *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala (« Médecines du monde ») : 280-313.

Barkat, Sidi Mohammed

2003 « Le corps d'exception et la citoyenneté intransmissible dans l'Algérie coloniale », *Tumultes* 21-22 : 181-192.

Barry, Alpha Ousmane

2003 *Parole futée, peuple dupé. Discours et révolution chez Sékou Touré.* Paris, L'Harmattan (« Études africaines »).

2004 *Les Racines du mal guinéen*. Paris, Karthala (« Tropiques »).

Bauman, Zygmunt

2006 *Vies perdues. La modernité et ses exclus*. Trad. de l'anglais par Monique Bégot. Paris, Payot & Rivages (« Manuels Payot »).

Bernault, Florence, ed.

1999 *Enfermement, prison et châtiments en Afrique, du XIXe siècle à nos jours*. Paris, Karthala (« Hommes et sociétés »).

Botte, Roger

1994 « Stigmates sociaux et discriminations religieuses : l'ancienne classe servile au Fuuta Jaloo », *Cahiers d'études africaines* 133-135 : 109-136.

Briggs, Charles L. & Mark Nichter

2009 « Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats », *Medical Anthropology* 28 (3) : 189-198.

Calain, Philippe & Marc Poncin

2015 « Reaching out to Ebola Victims : Coercion, Persuasion or an Appeal for Self-Sacrifice ? » *Social Science & Medicine* 147 : 126-133.

Carémel, Jean-François

2012 *Trajectoires d'une innovation médicale à MSF. Les traductions multiples de la prise en charge de la malnutrition : de la médecine humanitaire à la santé publique transnationale*. Paris, EHESS, mémoire de Master 2e année.

Carémel, Jean-François, Sylvain Landry Faye & Ramatou Ouedraogo

2017 « The "Humanitarian" Response to the Ebola Epidemic in Guinea : Between Routines and Exceptions », in Michiel Hofman & Sokhieng Au, eds, *The Politics of Fear. Médecins sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*. Oxford, Oxford University Press : 63-84.

Collier, Stephen J. & Andrew Lakoff

2008 « Distributed Preparedness : The Spatial Logic of Domestic Security in the United States », *Environment and Planning D. Society and Space* 26 (1) : 7-28.

Comaroff, Jean L. & John Comaroff

2002 « Alien-Nation : Zombies, Immigrants, and Millennial Capitalism », *South Atlantic Quarterly* 101 (4) : 779-805.

Courau, Henri

2007 *Ethnologie de la forme-camp de Sangatte. De l'exception à la régulation*. Paris, Éd. des Archives contemporaines.

Delaunay, Karine

2005 « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie », *Outre-mers* 92 : 7-46.

Diallo, Mamadou Dian Cherif

2005 *Répression et enfermement en Guinée. Le pénitencier de Fotoba et la prison centrale de Conakry de 1900 à 1958.* Paris, L'Harmattan (« Études africaines »).

Diallo, Boubacar *et al.*

2016 « Resurgence of Ebola Virus Disease in Guinea Linked to a Survivor With Virus Persistence in Seminal Fluid for More Than 500 Days », *Clinical Infectious Diseases* 63 (10) : 1353-1356.

Dozon, Jean-Pierre

1985 « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé* 3 (3) : 27-56.

Eckart, Wolfgang U.

1996 « The Colony as Laboratory : German Sleeping Sickness Campaigns in German East Africa and in Togo, 1900-1914 », *History and Philosophy of the Life Sciences* 24 (1) : 69-89.

Farmer, Paul

2015 « The Caregiver's Disease », *London Review of Books* 37 (10) : 25-28.

Fassin, Didier

2006 *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris, La Découverte (« Armillaire »).

2007 « Humanitarianism as a Politics of Life », *Public Culture* 19 (3) : 499-520.

Fassin, Didier & Mariella Pandolfi

2010 « Military and Humanitarian Government in the Age of Intervention », in Didier Fassin & Mariella Pandolfi, eds, *Contemporary States of Emergency. The Politics of Military and Humanitarian Interventions*. New York, Zone Books : 9-25.

Faye, Sylvain Landry

2015 « L'"exceptionnalité" d'Ebola et les "réticences" populaires en Guinée-Conakry : réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie & Santé* 11 [http://anthropologiesante.revues.org/1796].

Foucault, Michel

1997 "*Il faut défendre la société". Cours au Collège de France, 1975-1976*. Éd. par Mauro Bertiani et Alessandro Fontana. Paris, Le Seuil (« Hautes études »).

Gasquet-Blanchard, Clélia

2016 *Ebola, géographie d'une crise sanitaire, 1994-2005*. Préf. d'Anne-Cécile Hoyez et Emmanuel Éliot. Rennes, Presses universitaires de Rennes (« Géographie sociale »).

Gillespie, Kelly

2011 « Containing the "Wandering Native" : Racial Jurisdiction and the Liberal Politics of Prison Reform in 1940s South Africa », *Journal of Southern African Studies* 37 (3) : 499-515.

Hayden, Christopher Ellis

2008 *Of Medicine and Statecraft. Smallpox and Early Colonial Vaccination in French West Africa (Senegal-Guinea).* Evanston, Northwestern University, PhD.

Hewlett, Barry S. & Bonnie L. Hewlett

2008 *Ebola, Culture and Politics. The Anthropology of an Emerging Disease*. Belmont, Thomson Wadsworth.

Irenge, Leonid M., Jean-Michel Dindart & Jean-Luc Gala

2017 « Biochemical Testing in a Laboratory Tent and Semi-Intensive Care of Ebola Patients On-Site in a Remote Part of Guinea : A Paradigm Shift Based on a Bleach-Sensitive Point-of-Care Device », *Clinical Chemistery and Laboratory Medicine* [doi: 10.1515/cclm-2016-0456].

Jackson, Jessi Lee

2013 « Sexual Necropolitics and Prison Rape Elimination », *Signs* 39 (1) : 197-220.

Jaffré, Yannick & Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds

2003 *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Marseille, Apad / Paris, Karthala (« Hommes et sociétés »).

Lachenal, Guillaume

2010 « Le médecin qui voulut être roi : médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales. Histoire, Sciences sociales* 2010/1 : 121-156.

2013 « Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat camerounais : une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine* 30 (2) : 23-45 [www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cbmh.30.2.23].

2014 *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*. Paris, La Découverte (« Les Empêcheurs de penser en rond »).

2017 *Le médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*. Paris, Le Seuil (« L'Univers historique »).

Lachenal, Guillaume, Céline Lefève & Vinh-Kim Nguyen

2014 « Le triage en médecine, une routine d'exception », in G. Lachenal, C. Lefève & Vinh-Kim Nguyen, eds, *La Médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France (« Cahiers du Centre Georges-Canguilhem » 6) : 1-25.

Le Cour Grandmaison, Olivier, Gilles Lhuilier & Jérôme Valluy

2007 « Introduction. Quels camps ? Quel retour ? », in Olivier Le Cour Grandmaison, Gilles Lhuilier et Jérôme Valluy, eds, *Le Retour des camps ? Sangatte, Lampedusa, Guantanamo* Paris, Autrement (« Frontières ») : 5-13.

Le Marcis, Frédéric

2015 « "Traiter les corps comme des fagots" : production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée) », *Anthropologie & Santé* 11 [http://anthropologiesante.revues.org/1907].

Le Marcis, Frédéric & Vinh-Kim Nguyen

2015 « An Ebola Photo Essay », *Limn* 5 : *Ebola's Ecologies* [http://limn.it/an-ebola-photo-essay/].

Le Marcis, Frédéric *et al.*

2017 « Doing Science in an Emergency : Outcomes and Pitfalls of a Clinical Trial during an Ebola Outbreak » [À paraître].

Löwy, Ilana

2002 *Cancer de chercheurs, cancer de cliniciens. Trajectoire d'une innovation thérapeutique*. Trad. de l'anglais par Annette Frémont. Paris, Éd. des Archives contemporaines (« Histoire des sciences, des techniques et de la médecine »).

Li, Tania Murray

2009 « To Make Live or Let Die ? Rural Dispossession and the Protection of Surplus Populations », *Antipode* 41 (1) : 66-93.

Mbembe, Joseph-Achille

2003 « Necropolitics », *Public Culture* 15 (1) : 11-40.

2013 *Critique de la raison nègre*. Paris, La Découverte (« Cahiers libres »).

Pandolfi, Mariella

2002 « "Moral entrepreneurs", souverainetés mouvantes et barbelés : le bio-politique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et Sociétés* 26 (1) : 29-51.

Paperman, Patricia & Sandra Laugier, eds

2005 *Le Souci des autres. Éthique et politique du care.* Paris, Éd. de l'Ehess (« Raisons pratiques »).

Park, Sung-Joon & René Umlauf

2014 « Caring as Existential Insecurity : Quarantine, Care, and Human Insecurity in the Ebola Crisis », *Somatosphere* [http://somatosphere.net/2014/11/caring-as-existential-insecurity.html].

Patterson, Donna A.

2015 « Le virus Ebola : un révélateur d'inégalités biomédicales et une intervention internationale hétérogène », *Anthropologie & Santé* 11 [https://anthropologiesante.revues.org/1914].

Person, Yves

1968-1975 *Samori. Une révolution dyula.* Dakar, Ifan, 3 vol. (« Mémoires de l'Institut fondamental d'Afrique noire » 80).

Piot, Peter

2012 *No Time to Lose. A Life in Pursuit of Deadly Viruses.* New York, Norton & Co.

Qureshi, Adnan I. *et al.*

2015 « Study of Ebola Virus Disease Survivors in Guinea », *Clinical Infectious Diseases* 61 (7) : 1035-1042 [academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/cid/civ453].

Rabinow, Paul & Nikolas Rose

2006 « Biopower Today », *BioSocieties* 1 : 195-217.

Redfield, Peter

2008 « Vital Mobility and the Humanitarian Kit », in Andrew Lakoff & Stephen J. Collier, eds, *Biosecurity Interventions. Global Health & Security in Question*. New York, Columbia University Press : 147-172.

2013 *Life in Crisis. The Ethical Journey of Doctors Without Borders*. Berkeley, University of California Press.

2014 « Triage sans frontières », in Guillaume Lachenal, Céline Lefève & Vinh-Kim Nguyen, eds, *La Médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France (« Cahiers du Centre Georges-Canguilhem » 6) : 81-102.

2015 « Medical Vulnerability, or Where There Is No Kit », *Limn* 5 [http://limn.it/medical-vulnerability-or-where-there-is-no-kit/].

Roberts, Ian & Anders Perner

2014 « Ebola Virus Disease : Clinical Care and Patient-Centred Research », *The Lancet* 384 : 2001-2002 [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62316-3/fulltext].

Roitman, Janet

1998 « The Garrison-Entrepôt », *Cahiers d'études africaines* 150-152 : 297-329.

Silla, Eric

1998 *People Are Not the Same. Leprosy and Identity in Twentieth-Century Mali*. Portsmouth, Heinemann / Oxford, James Currey (« Social History of Africa »).

Sissoko, Daouda *et al.*

2016 « Experimental Treatment with Favipiravir for Ebola Virus Disease (the Jiki Trial) : A Historically Controlled, Single-Arm Proof-of-Concept Trial in Guinea », *Plos Medicine* 13 (3) [http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001967].

Stoler, Ann Laura

2008 « Imperial Debris : Reflections on Ruins and Ruination », *Cultural Anthropology* 23 (2) : 191-219.

Thénault, Sylvie

2012 *Violence ordinaire dans l'Algérie coloniale. Camps, internements, assignations à résidence.* Paris, Odile Jacob.

Vaughan, Megan

1991 *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press.

Veronica Gomez-Temesio & Frédéric Le Marcis, *La mise en camp de la Guinée : Ebola et l'expérience postcoloniale*. — En 2014, la première épidémie massive de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest fut un événement exceptionnel tant par son étendue et sa durée que par l'ampleur de l'engagement des organisations humanitaires, mais aussi du point de vue des populations guinéennes qui tentèrent de résister, parfois violemment, au dispositif de réponse à l'épidémie. À partir d'une ethnographie comparée de deux centres de traitement Ebola (Cte) mis en place par Médecins sans frontières, nous rendrons compte de l'organisation des soins à l'intérieur de ces centres et nous montrerons que les Cte partagent plusieurs points communs avec les multiples « formes-camp » qui peuplent le monde contemporain : la frontière, la logique épidémiologique, le triage des populations et, enfin, la suppression de l'éthique ordinaire. C'est pourquoi l'expérience d'Ebola révèle en fait l'avènement d'un régime global de gouvernance de la santé qui s'inscrit dans un contexte postcolonial et renvoie les populations guinéennes à l'histoire longue de leur relation au pouvoir caractérisée par la violence et l'extraction. Elle est aussi emblématique d'un gouvernement du monde qui conjugue biopolitique et nécropolitique.

Veronica Gomez-Temesio & Frédéric Le Marcis, *Encamping Guinea : Ebola and the Postcolonial Experience*. — In 2014, West Africa was hit by the first large-scale outbreak of the Ebola virus epidemic. The event was widely recognized as exceptional, not only for how rapidly it spread, how long it lasted, and the scale of the humanitarian response but also, from the point of view of people in Guinea, for the attempt to resist, sometimes violently, the means used to respond to it. Our comparative ethnographic study of two Ebola Treatment Centres (Etc) set up by Doctors Without Borders in Guinea will detail how care was set up and organized. We will show that Etcs have several traits in common with the « camp-forms » that inhabit the contemporary world : border regions, epidemiological reasoning, the triage of populations and finally, the suppression of ordinary ethics. This is why the Ebola experience actually reveals the coming of a regime of global health governance inscribed within a postcolonial context that has populations in Guinea revisit their long historical relation to power characterized by violence and extraction. It is also emblematic of a world government that conjugates bio-politics with necro-politics.