
INTRODUCTION GÉNÉRALE

LE VIRUS ÉBOLA ET LA FIÈVRE HÉMORRAGIQUE ASSOCIÉE

Le virus Ebola appartient avec le virus de Marburg à la famille des *Filoviridae*. Il se décline en cinq espèces, plus ou moins pathogènes pour l'homme :

- identifiée en 1976 en République démocratique du Congo (RDC), l'espèce Ebola Zaïre est la plus pathogène pour l'homme, puisque les taux de mortalité observés durant les épidémies s'échelonnent de 80 à 90 % ;
- l'espèce Ebola Soudan, identifiée également en 1976 dans le pays du même nom, provoque également des mortalités importantes, allant de 50 à 60 %, lors des épidémies ;
- l'espèce Ebola Côte d'Ivoire est identifiée en 1994 à partir d'un seul cas humain qui survit ;
- l'espèce Ebola Bundibugyo, identifiée en 2007, provoque une épidémie en Ouganda qui entraîne la mort de 25 % des malades ;
- l'espèce Ebola Reston, pour laquelle aucun cas clinique n'est reporté, est la seule espèce asiatique connue. Elle est identifiée en 1989 aux États-Unis où sévit une épizootie d'Ebola chez des singes importés des Philippines.

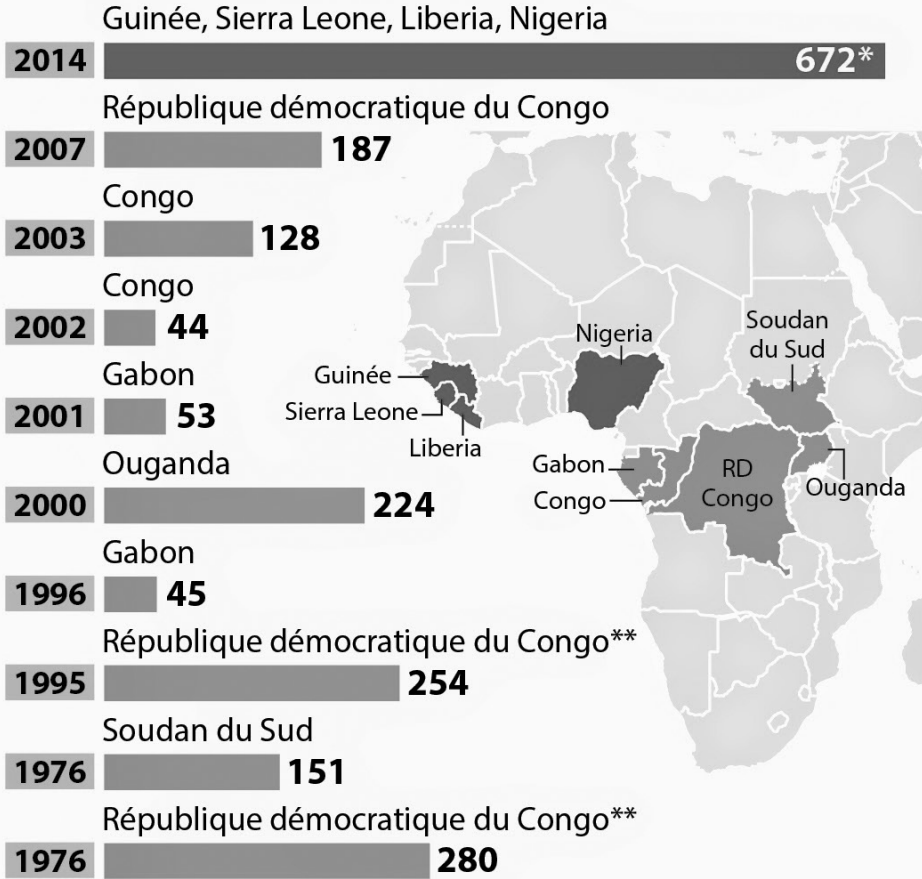
Concernant le virus de Marburg, une seule espèce virale a été identifiée à ce jour.

Selon les connaissances actuelles concernant son cycle selvatique, le virus Ebola est entretenu au cœur de l'Afrique centrale au sein de son (ou ses) réservoir(s), récemment identifié(s) comme une espèce de chauve-souris qui transmet l'infection en entrant en contact direct (morsure) ou indirect avec les espèces sensibles comme les grands singes (gorilles, chimpanzés) et certaines autres espèces (antilopes de forêt par exemple). Le contact indirect peut avoir lieu notamment à proximité des arbres fruitiers, où se rencontrent un grand nombre d'espèces et de fortes densités animales. Les fruits peuvent être mordus par les chauves-souris puis par un animal qui aurait été en contact avec la salive de la chauve-souris et donc avec le virus. Lors de la période de mise bas des chauves-souris, les espèces sensibles peuvent être exposées à du placenta contenant du virus et être ainsi atteintes par la maladie, susceptible de sévir dans ces populations sous formes d'épizooties meurtrières. Concernant la contamination

Carte 1 : Émergence d'Ebola en Afrique subsaharienne depuis 1976.

Ébola : les principales épidémies depuis 1976

Nombre de décès



Source : OMS

* Au 27 juillet 2014 ** Ex-Zaïre 

humaine, il s'agit du même procédé. Cette zoonose apparaît occasionnellement chez l'homme lorsque celui-ci entre en contact direct avec un animal contaminé (sang et autres liquides ou tissus biologiques de ces animaux), une carcasse ou le réservoir du virus. Ainsi, le virus Ebola infecte particulièrement les chasseurs-cueilleurs vivant dans les forêts primaires et secondaires, à la frontière de la barrière d'espèce¹. Les manifestations symptomatiques associées à ces virus, les fièvres hémorragiques à virus Marburg (FHVM) et Ebola (FHVE) sont des maladies graves, particulièrement lorsque, pour Ebola, il s'agit des espèces Zaïre et Soudan. L'émergence – comme « apparition spontanée, soudaine ou progressive, de nombreux cas d'une infection due à un virus apparemment nouveau et doué d'une forte invasivité et/ou mortalité² » – de ces virus au sein d'une population humaine constitue une menace réelle (carte 1), par leur taux de mortalité (jusqu'à 90 %) et leur contagiosité élevés. Ces deux filovirus font partie des agents pathogènes les plus virulents pour l'homme que l'on connaisse. La période d'incubation est comprise entre 5 et 8 jours. Ces maladies se caractérisent généralement par une fièvre d'apparition aiguë accompagnée d'une faiblesse intense, de myalgies et céphalées, suivies de vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, maux de gorges intenses, puis souvent d'hémorragies internes et externes. L'apparition de cas secondaires se développe dans le milieu familial lors des soins prodigués au malade, lors des cérémonies funéraires ou en milieu sanitaire, que le recours aux soins se dirige vers un centre de santé, un hôpital, un médecin traditionnel ou un pasteur-soignant de certaines confessions religieuses. Certains pasteurs disposent au sein de leur église de « cliniques », participant également à faire de ces lieux de cultes des espaces de diffusion propices à une épidémie.

LES ÉPIDÉMIES : UN PHÉNOMÈNE SOCIAL

Si les virus peuvent se développer « spontanément » dans la nature au sein de leur cycle selvatique, il n'y a rien de naturel dans ces épidémies, qui sont avant toute chose des événements de société. Partant de ce postulat, j'aborde cette géographie de la crise sanitaire induite par la FHVE à travers la dimension critique que recouvre la géographie sociale³, particulièrement en creusant des notions centrales à la compréhension de cette maladie : le risque et l'urgence.

-
1. Le virus franchit la barrière d'espèce quand il passe d'une espèce à une autre : d'une chauve-souris à un gorille, ou bien d'un gorille à un homme. Le plus souvent le franchissement de la barrière d'espèce par un agent pathogène est exceptionnel et aléatoire. Celui-ci doit regrouper un ensemble de conditions favorables (contacts, vecteurs, charge infectieuse, proximité des espèces...) mais aussi d'une adaptabilité de l'agent pathogène.
 2. CHASTEL C., 2006, *Virus émergents, vers de nouvelles pandémies ?*, Paris, Vuibert, coll. « Adapt-Snes ».
 3. SÉCHET R., 2006, « Quand le risque et l'urgence cachent les vulnérabilités et les inégalités... », in R. SÉCHET et V. VESCHAMBRE (dir.), *Penser et faire la géographie sociale, Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Dans la visée d'une telle analyse du phénomène épidémique en géographie sociale, je tiens à rappeler que l'un des objectifs de la géographie sociale est de comprendre comment la relation à l'autre se construit dans l'espace, comment se structurent et se reproduisent les groupes sociaux et les positions sociales qu'ils induisent au niveau territorial, mais également d'identifier comment les rapports de domination se jouent dans la dimension spatiale des politiques publiques⁴. L'analyse des processus sociaux gravitant autour de la question Ebola participe pleinement à illustrer les enjeux de contrôle, de production et de reproduction des groupes sociaux. À travers la prise en compte de l'émergence, de la diffusion puis de la gestion de l'épidémie, de sa contestation et de la réappropriation des lieux de vie en période post-épidémique, j'illustre dans cet ouvrage comment les représentations sociales autour de la maladie et les rapports de pouvoir sont mis en exergue par la crise.

Ces rapports se donnent à voir à travers la construction du « risque Ebola » et de la situation d'urgence que suscite ce virus. Penser le risque, c'est aussi penser les processus par lesquels les individus et les groupes sociaux construisent et actualisent les stratégies, actes, idéologies, technologies et savoirs par rapport à la menace épidémique⁵. Par ailleurs, l'évaluation du risque révèle les représentations collectives d'un phénomène, puisqu'elles induisent des logiques et actions spécifiques. Le risque est alors une manière de penser et d'agir, différemment de la crise et de la catastrophe qui sont ici des faits avérés. Pour qu'il y ait risque, « il doit y avoir des individus pour croire en l'existence d'un phénomène menaçant (pour qu'ils leur donnent un contenu et un sens⁶) ». Véritable paradoxe de la « santé globale », la construction du risque Ebola s'est faite dans un contexte international particulier. La représentation du risque épidémique apparaît ici centrale pour comprendre les processus à l'œuvre dans la construction de cette pathologie comme problème de « santé globale ». En effet, l'émergence à l'échelle internationale des questions de globalisation de la santé est empreinte de représentations sociales spécifiques étroitement liées à l'émergence d'Ebola et qui illustrent des rapports de pouvoirs nord-sud, participant à la pérennité sur les territoires des inégalités sociales et des inégalités de santé. Promulguées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les mesures sanitaires occidentales de prévention et d'endiguement des épidémies de fièvres hémorragiques virales africaines découlent d'une représentation partagée par une grande partie du public occidental : ce sont des « actes humanitaires ».

4. *Ibid.*

5. MARTINAIS E., MOREL-JOURNAL C. et DUCHÈNE F., 2006, « La construction sociale du risque environnemental : un objet géographique? », in R. SÉCHET et V. VESCHAMBRE (dir.), *Penser et faire la géographie sociale, Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

6. *Ibid.*

La notion d'urgence s'avère alors essentielle concernant Ebola et Marburg. La décision de déclarer une crise sanitaire est politique et accorde de larges pouvoirs d'intervention aux officiers de santé nationaux (ou non), partenaires locaux et/ou internationaux. L'urgence implique d'intervenir immédiatement concernant des situations « pour lesquelles l'action est condition de survie⁷ ». Une intervention globale devient également « prioritaire sur des situations collectives qui s'imposent par leur prégnance, quand à partir d'un certain seuil, "il devient urgent d'agir"⁸ ». Cette modalité de passage à l'acte vient cependant faire effraction au sein de la « temporalité du quotidien », laquelle tend à être mise à mal, ce qui induit en retour un sentiment de rejet et de non-sens. L'intervention d'urgence lors d'une épidémie constitue une lutte pour l'endigement de celle-ci et cette modalité d'action revêt, selon des formes symboliques et concrètes, les aspects d'une guerre biologique contre le virus, employant la maladie comme métaphore⁹, et portant le paradoxe de la santé globale. Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population vivant « l'intervention humanitaire » comme une guerre contre leur propre corps social malade, apeuré et en détresse. Celui-ci vit une intolérable intrusion en raison des actions de gestion, prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour la survie), violentes (vécues comme invasion par le groupe dominant) et temporaires (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village). Pour comprendre les processus qui aboutissent à la construction de ce paradoxe intolérable, on prend alors en compte la multiplicité des liens (rapports de force, de domination, de soins...) et des structures qu'implique la présence de différents acteurs sur un territoire en crise. Plusieurs réalités coexistent effectivement dans un même espace et sont en partie déterminées par le contexte qui y « repose ». Cet exercice doit donc se faire « en évitant de briser les relations significatives entre ces éléments ou de raisonner sur une fraction du réel¹⁰ ». L'examen du cadre général d'une société organisée renvoie à sa constitution, sa structure, son fonctionnement, sa constitution d'une somme d'individualités et à la pratique du pouvoir, notamment en ce qu'il est lutte de représentativité. Le territoire apparaît de fait comme un terreau fertile des phénomènes identitaires, de contrôle, et d'altérité. On y lit des phénomènes d'intégration, de ségrégation, d'exclusion, d'équité ou d'égalité. Autant d'indicateurs qui informent sur la position sociale des individus dans l'espace géographique.

7. SÉCHET R., 2006, *op. cit.*

8. *Ibid.*

9. SONTAG S., 2009, *La maladie comme métaphore, le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgeois éditions.

10. DI MÉO G. et BUELON P., 2007, *L'espace social, Lecture géographique des sociétés*, Paris, Armand Colin.

En déconstruisant par une approche critique les notions d'émergence, de risque, d'urgence et de crise qui guident cette analyse, on démontre que ce sont finalement des « constructions sociales de l'intolérable » qui se trouvent mobilisées. Pour ce faire, on se demande en quoi l'exercice d'une médecine socialement construite (occidentale d'urgence) devient-il intolérable au sein d'une société aux normes et aux valeurs différentes (celle de l'Afrique centrale) ? L'intolérable ne cesse de se déplacer, il est une norme « une limite historiquement constituée et donc frappée de relativité temporelle¹¹ ». De plus, « les individus vivent l'espace au rythme de territorialités bien différentes, moins tangibles et plus éphémères¹² » que celles définies par l'organisation politique dont ils dépendent, particulièrement en termes de santé.

Pourquoi les modalités de gestion de certaines épidémies et certains types de prévention effectués pour les informer du risque concernant la FHVE par les équipes humanitaires sont-ils devenus intolérables pour les populations touchées par Ebola ? Pour répondre à cette question, il nous appartient ici de saisir « les enjeux de cet au-delà des frontières de l'acceptable, parfois de l'exprimable¹³ ». Les personnes ayant vécu une épidémie d'Ebola, survivants, parents des victimes ou membres des communautés villageoises touchées par la maladie en portent, chacun à leur manière, les stigmates. Leur vécu véhicule certaines représentations d'identités perçues négativement par l'autre, influençant leur propre représentation identitaire. « La stigmatisation [...] est souvent associée à un type spécifique de fantasme collectif élaboré par le groupe établi. Il reflète en même temps qu'il justifie l'aversion – le préjugé – que ses membres éprouvent envers ceux du groupe exclu¹⁴. » Ces processus, qui aboutissent parfois à l'invisibilité sociale, méritent ainsi d'être étudiés.

L'APPROCHE LOCALE

Il semble que seule l'approche locale puisse mettre en exergue le fait que ces crises sont au moins autant sociales que sanitaires. La dimension locale s'avère être un niveau pertinent pour évaluer l'élaboration des processus qui aboutissent parfois au déni de certaines identités. Seule une analyse à l'échelle locale permet d'appréhender le vécu des individus autant que la « fabrique du risque » dans leur complexité, particulièrement leur dimension spatiale, sans ignorer d'autres échelles susceptibles d'informer sur les situations étudiées. Au final, la géographie du proche saisit la logique du monde social en s'immergeant « dans la particularité

11. FASSIN D. et BOURDELAIS P., 2005, *Les constructions de l'intolérable, Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte.

12. DI MÉO G., 2001, *Géographie sociale et territoires*, Paris, Nathan université.

13. FASSIN D. et BOURDELAIS P., 2005, *op. cit.*

14. ÉLIAS N. et SCOTSON J., 1997, *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard.

d'une réalité empirique, localisée et historiquement datée¹⁵ ». Le niveau local, au plus près des personnes et de la vie quotidienne, est le niveau le mieux à même de révéler l'ensemble des dynamiques à l'œuvre, que leur origine soit locale ou issue d'une échelle plus globale. On montre que c'est d'ailleurs le seul niveau qui puisse faire comprendre les raisons du rejet des politiques de santé publique contre la FHVE. En effet, l'échelon local permet ici de mettre en lumière la réalisation, après la maladie et l'épidémie, de la reconstruction d'identités traumatisées par la violence de l'événement. On met en avant le fait que dans un territoire donné l'observation des constructions (sociales, ethnologiques et anthropologiques) de la santé revient également à identifier les mécanismes et processus qui fondent l'élaboration d'un risque sanitaire.

En se positionnant à l'échelle locale, on cerne ainsi l'élaboration des actions humaines en temps d'épidémie, qu'elles soient motifs de soins, de domination ou de contestation. On identifie alors les processus d'élaboration du risque et des politiques à mettre en place pour le prévenir ou endiguer la maladie comme l'apanage des dominants (politiques ou/et médecins) tandis que les populations locales doivent élaborer des processus d'adoption, d'acceptation ou de rejet des stratégies mises en œuvre contre la maladie. Cet examen est rendu possible par une inspection minutieuse de l'espace particulier que crée la crise sanitaire. En effet, l'épidémie, sa gestion et ses conséquences se constituent comme des événements qui, dans une étude rétrospective, supposent d'appréhender l'événement passé à travers les différents récits qui en sont faits, et ce sans négliger qu'il y a « du » récit « dans toutes les formes d'expression¹⁶ » par le fait même du thème de recherche (sur l'exceptionnel plutôt que l'habituel). Cette étude rétrospective ravive les stigmates d'une invisibilité socio-sanitaire récurrente et pérenne en les situant en parallèle avec le traumatisme épidémique d'Ebola. Par cette analyse des représentations, cette réalité d'Ebola s'est donnée à voir à travers les mises en récit de vécus épidémiques, individuels et collectifs. Nous proposons alors une analyse des représentations des différents groupes d'acteurs (intervenant ou présents lors des épidémies) rencontrés, en vue de mettre en avant les dynamiques existantes entre les acteurs opérant sur un territoire en crise, de mettre en avant une réalité d'Ebola souvent occultée : celle d'une invisibilité sociale¹⁷ dont on lève le voile le temps de la crise sanitaire « exceptionnelle », mais dont l'exception ne porte pas les mêmes enjeux pour les différents acteurs. Les rapports humains deviennent, dans un contexte de crise sanitaire, des rapports de force, et les pratiques induites par ces confrontations sont aussi diverses pendant qu'après la crise. En réhabilitant des identités déniées, on découvre dès lors le processus de construction d'une situation qui met en lumière une crise sociale bien plus large que la crise épidémique.

15. MARTINAIS E., MOREL-JOURNEL C. et DUCHÊNE F., 2006, *op. cit.*

16. TADIE J.-Y., 1994, *Le récit poétique*, Paris, Gallimard.

17. LE BLANC G., 2009, *L'invisibilité sociale*, Paris, Presses universitaires de France.

L'ÉPIDÉMIE DE 2014 EN AFRIQUE DE L'OUEST

Un fait illustré, plus encore aujourd'hui par les épidémies sans précédent de FHVE qui touchent depuis 2014 en Afrique de l'Ouest et de manière plus circonscrite l'Afrique centrale. Si l'épidémie qui sévit depuis mars 2014 en RDC a vite été endiguée, l'épidémie sévissant en Afrique de l'Ouest, effective depuis décembre 2013, déclarée officiellement le 23 mars 2014 par l'OMS, décime encore en juillet 2015 les populations guinéennes, sierra-léonaises et libériennes.

Si jusqu'alors les épidémies de FHVE avaient été circonscrites (tableau 1) dans le temps (peu d'épidémies ont duré plus d'un an) et l'espace (seule une épidémie avant 2014 a touché simultanément 2 pays) mais également par leur degré de sévérité (avant 2014, la plus importante épidémie de FHVE avait causé 425 cas et 225 décès), aucune n'avait eu l'ampleur de celle que connaît depuis fin 2013, l'Afrique de l'Ouest (tableau 1).

Tableau 1 : Synthèse des épidémies de fièvres hémorragiques à virus Marburg et Ebola de plus de 150 cas entre 1976 et 2007.

Année	Espèce virale	Pays – Lieu	Nbre de cas	Nbre de morts	% de létalité
1976	Ebola Soudan	Soudan, Nazara-Maridi	284	151	53,2
1976	Ebola Zaïre	RDC, Yambuku	318	280	88,1
1995	Ebola Zaïre	RDC, Kikwit	315	254	80,6
1998-2000	Marburg	RDC, Durba-Watsa	154	128	83,1
2000-2001	Ebola Soudan	Ouganda, Gulu-Masindi	425	224	52,7
2001-2002	Ebola Zaïre	Gabon, Rép. du Congo-Makokou, Enstiami	125	97	77,6
2002-2003	Ebola Zaïre	Rép. du Congo, Kelle	143	128	89,5
2004-2005	Marburg	Angola, Uidge	374	329	88,0
2007	Ebola Zaïre	RDC, Luebo	425	225	52,9

Sources : OMS, CDC, ministères de la Santé, personnelles.

N. B. : Un tableau de l'ensemble des épidémies et cas isolés des fièvres hémorragiques à virus Marburg et Ebola est fourni en annexe (annexe I).

Début août 2014, l'OMS déclare pour la troisième fois depuis 50 ans l'épidémie « urgence de santé publique de portée internationale ». Fin août, on dénombre 3 069 cas suspectés dont 1 552 décédés. Début décembre 2014, la situation s'aggrave, touchant plus de 21 724 personnes et provoquant la mort de plus de 8 600 d'entre elles. Au 21 janvier 2015¹⁸, l'OMS estime que si l'incidence des cas continue d'augmenter légèrement en Guinée (1 876 décès), elle est stable, voire en baisse au Libéria (3 605 décès), mais augmente encore en Sierra Leone (3 145 décès). Fin mars¹⁹, la situation reste dramatique, car si aucun cas n'a été recensé durant la dernière semaine de mars 2015 au Liberia, 57 cas ont encore été identifiés en Guinée et 25 en Sierra Leone, portant, à la date du 29 mars 2015, l'épidémie à 25 213 cas et 10 460 décès, dont 2 314 en Guinée, 4 332 au Liberia et 3 799 en Sierra Leone.

Le contexte socio-historique et politique des pays touchés (Guinée, Sierra Leone, Liberia, Nigeria et aujourd'hui Mali) par l'épidémie actuelle d'Ebola est marqué par plusieurs décennies de guerres civiles qui participent à aggraver la situation traumatique initiale provoquée par toute épidémie d'Ebola. Par ailleurs, les représentations paniques des pays du Nord au regard de cette situation sanitaire permettent de justifier des interventions paradoxales : un repli international des États face aux pays touchés ou une réponse de plus en plus militarisée (envoi de soldats américains sur place). Ces réponses ont lieu dans un contexte globalisé de la santé où le conseil de sécurité de l'ONU qualifie cette épidémie de « menace pour la paix et la sécurité internationale ». Face à ces réactions l'OMS répète régulièrement les conséquences dramatiques que peuvent avoir les annulations de vols (début septembre, seules une compagnie marocaine et une compagnie belge assurent encore la liaison avec les pays touchés) et les restrictions imposées sur les voyages qui isolent ces pays et pérennisent des situations économiques catastrophiques qui compliquent l'aide apportée à ces pays. De plus, face à cette épidémie internationalisée, on observe un durcissement des politiques nationales de santé publique devenues coercitives et très violentes face à leurs populations dans un contexte où celles-ci mêmes doutent de la capacité de leurs États à endiguer l'épidémie. C'est ce qu'illustre la crise de confiance mise en lumière par la découverte de 70 morts et 150 nouveaux cas suite aux trois jours de confinement de la population sierra-léonaise, fin septembre 2014.

Cette crise sanitaire met alors en exergue différents enjeux :

- socio-sanitaires : les systèmes de santé des pays touchés sont dysfonctionnels et l'intervention massive visant à contenir la diffusion épidémique amène à négliger d'autres problèmes de santé publique persistants (paludisme, sida, mortalité maternelle et infantile...);

18. WHO, 2015, *Ebola Response Roadmap Situation Report*, Genève, 21 janvier 2015, 14 p.

19. WHO, 2015, *Ebola Response Roadmap Situation Report*, Genève, 1^{er} avril 2015, 15 p.

- politiques et économiques : l'arrêt de distributions de visa pour les ressortissants des pays touchés ou des liaisons aériennes par certaines compagnies ou encore la fermeture de certaines frontières montrent le repli de plusieurs pays et s'opposent inversement aux États qui ouvrent des corridors humanitaires en vue d'acheminer personnels et matériels vers les pays touchés ;
- humains, de genre et d'âge : les femmes sont plus touchées que les hommes dans cette épidémie, montrant des inégalités de genre face à la santé, notamment car les femmes sont plus souvent au chevet des malades que les hommes, mais aussi car la Banque mondiale prévoit une recrudescence de la mortalité maternelle en raison de la disparition d'une forte proportion des personnels de santé. La question des orphelins de l'épidémie se pose également, si 5 % des malades ont moins de 15 ans, les enfants ayant perdu un ou leurs deux parents sont des milliers ;
- mais également éthiques et moraux : les traitements expérimentaux disponibles en très faible quantité ont été dans un premier temps administrés à des Occidentaux²⁰ et les stocks semblent être réservés prioritairement aux personnels soignants, ce qui montre que le prix d'une vie humaine reste relatif à la race et la classe sociale des individus – car Médecins sans frontières (MSF) constate également au sein même de ces équipes que les soignants locaux (dont la mortalité est proportionnellement plus élevée que celle des soignants étrangers) sont plus exposés que soignants internationaux (rapatriés pour être soignés dans leur pays).

Les enseignements des épidémies passées, notamment l'humanisation de la prise en charge et la nécessité absolue de la mobilisation sociale, sont donc encore loin d'être intégrés par les gouvernements, les ministères de la Santé, les soignants locaux comme par les équipes dépêchées par les grandes institutions sanitaires internationales et organisations non gouvernementales (ONG) qui interviennent sur le terrain. Les analyses menées à une échelle plus locale et dans le contexte de l'Afrique centrale entre 2005 et 2010 trouvent aujourd'hui à l'échelle régionale voire globale une sinistre résonance, justifiant la nécessité de cet ouvrage. C'est en effet avec le recul d'une analyse post-épidémique que l'on peut tirer des conclusions à même d'éviter certains écueils connus en cas de résurgence virale : prise en considération des limites de la biomédecine et de la nécessité de l'associer aux médecines traditionnelles – en avril 2015, les tradi-praticiens d'Afrique de l'Ouest accusent les coordinations nationales de riposte à Ebola de ne pas assez les impliquer dans la lutte contre la maladie alors qu'ils sont plus écoutés par les populations que les soignants « modernes » – pour absolument développer la mobilisation sociale et l'information aux populations en vue de limiter la diffusion des rumeurs, des mouvements de révolte et de stigmatisation

20. Un prêtre espagnol, deux soignants américains ainsi qu'un soignant britannique.

des anciens malades d’Ebola... Mi-juin 2014 une recrudescence des cas montrait déjà que les phases de préparation et de réponse aux épidémies doivent encore être améliorées par les États autant que par les grandes ONG. Si la réponse curative semble adaptée (mise en place de centres d’isolement et de soins, de laboratoires de diagnostic), les méthodes de préventions, de formations des personnels de santé et des proches des malades, particulièrement en termes de communication gagneraient à être encore franchement améliorées. De plus les réponses parfois violentes des États (intervention de la police, de l’armée), voire des soignants (isolement de patients effectué de force, centres de santé désertés par leur personnel) participent à alimenter des rumeurs et des soulèvements de populations (révoltes, malades cachés aux autorités sanitaires) qui entretiennent la diffusion de l’épidémie. Ces réponses sont marquées au niveau international par une mobilisation trop lente et extrêmement timide ainsi qu’un manque de coordination globale, et au niveau national par des conflits inter et intra États qui doivent être évités pour endiguer l’épidémie. Début septembre 2014, l’OMS évaluait à 600 millions de dollars le montant de l’aide nécessaire pour endiguer l’épidémie, gérée par les États touchés débordés et des bailleurs privés comme MSF et annoncée hors de contrôle par l’ONG qui tente de mobiliser l’opinion publique internationale en expliquant notamment que des malades sont refusés dans le centre de soin mis en place à Monrovia. La représentante d’MSF en appelle à la mobilisation rapide et massive d’États (États-Unis, France, Chine, Russie...) ayant les capacités et moyens techniques et humains de lutter contre de telles épidémies pour appuyer les États touchés par ce fléau. La construction d’un crématorium pose question car bien qu’envisagée dans la capitale Sierra Leone dans la mesure où les moyens et les personnels sont insuffisants pour la réalisation d’enterrements sécurisés, les études antérieures ont montré, que lors des épidémies passées, la crémation pouvait être très mal vécue par les populations. Plus encore, cette épidémie met en exergue les questions éthiques de la recherche vaccinale pour lutter contre une pathologie qui sévit dans des pays d’Afrique subsaharienne où les débouchés financiers ne semblaient pas jusqu’à récemment satisfaire les industries pharmaceutiques, qui ne voyaient qu’un très faible intérêt à développer une recherche vaccinale à destination de populations non solvables. Enfin, les analyses trop rapides médiatisées sur les causes du refus de l’isolement par les populations touchées par la maladie se teintent rapidement d’un discours postcolonial, évoquant l’Afrique comme le continent du lien. Ce type de discours s’avère assez révélateur d’un socle de représentations autour de l’Afrique encore tendancieuses et pouvant participer à complexifier les relations entre les pays occidentaux et les pays touchés.

Ces faits illustrent le creuset même des inégalités sociales de santé et soulèvent plusieurs questions. Quelle est notre capacité à communiquer et notamment à prendre en compte des modèles socio-culturels différents du modèle biomédical ?

Cette prise en compte permettrait-elle de former des relais plus crédibles aux yeux des populations et au sein des communautés pour informer sur la maladie, ses risques, les soins possibles ? De plus, en interrogeant le modèle de l'urgence, on se demande si prendre le temps de former, notamment les familles, en vue d'un isolement à domicile de qualité, ne permettrait pas de participer à une meilleure gestion de la crise dans le temps long. Enfin, on constate que chaque vie humaine n'a pas le même prix partout, que la mondialisation nous rapproche des citoyens libériens ou guinéens autant qu'elle nous en éloigne, par les médias, mais aussi par notre indifférence généralisée à la crise majeure où ces pays sont actuellement plongés, alors même que cette crise en cache une ancienne et latente. Enfin, si l'urgence sanitaire est mondiale, les moyens mis à disposition par les différents pays pour la gestion de cet événement ne sont pas proportionnels aux potentialités financières de ces pays, montrant que l'engagement qu'il soit international, national autant que communautaire ou individuel s'arrête aux frontières que chacun construit.

TRAVAIL DE TERRAIN ET APPROCHE RÉFLEXIVE SUR LES CONDITIONS DE CETTE RECHERCHE

Cette recherche en sciences humaines émanait d'une commande formulée par des chercheurs de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) en sciences biomédicales, en 2004, après plusieurs événements violents : émeutes villageoises de 2001-2002 durant l'épidémie gabono-congolaise ayant empêché un temps les équipes internationales de lutte contre la maladie d'accéder aux sites d'épidémies ; massacre en 2003 de 4 instituteurs de la ville de Kelle. Suite à ces événements une équipe de virologie de l'IRD travaillant sur la problématique des maladies émergentes et particulièrement Ebola, souhaita alors ouvrir ses thèmes de recherche à la compréhension des facteurs anthropiques d'émergence et de diffusion de la FHVE. J'ai²¹ donc réalisé en 2004 mon DEA sur la question, puis ai été recrutée en 2005 en thèse sur ce même thème. Dans ce cadre j'ai réalisé un terrain de recherche dans le Nord-Est du Gabon et le Nord-Ouest de la République du Congo durant 7 mois (annexe II) au sein de 5 villes de forêt (4 avaient connu des épidémies de FHVE) et 10 villages (7 avaient connu des épidémies), en vue d'une collecte de matériaux qualitatifs (observation participante, entretiens, discussions informelles...) et quantitatifs (enquête auprès des chefs de ménage). Par ailleurs, à l'époque de cette recherche, le nombre, finalement assez limité, de personnes concernées par Ebola au Gabon et en République du Congo m'a permis d'entrer en contact avec la majorité d'entre elles. J'ai pu rencontrer des malades ayant survécu et leurs proches, leurs

21. On utilise le « je » dans cette section et jusqu'à la fin de l'introduction dans la mesure où le propos implique dans cette partie de l'ouvrage d'affirmer un engagement scientifique et personnel.

réseaux relationnels, les personnalités politiques ou sanitaires des pays touchés (Gabon, République du Congo, RDC, Soudan, Angola, Ouganda), les médecins et épidémiologistes des institutions ou réseaux sanitaires internationaux confrontés aux épidémies (OMS, Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie [GOARN²²], MSF, la Croix-Rouge [CR]...), les chercheurs travaillant sur ces questions (3 ou 4 équipes dans le monde en 2005). Mon intégration au sein de l'une de ces équipes scientifiques, puis au sein des structures sanitaires institutionnelles durant l'épidémie de Chikungunya ayant sévi en juin 2007 à Libreville, ainsi que notre présence au Quatrième symposium international sur les *filovirus* en mars 2008, m'ont permis une observation participante des acteurs institutionnels travaillant autour de ces questions. La réflexivité guida et cadra alors mon analyse. Très vite elle apparut comme un outil pour comprendre la construction du savoir empirique et l'influence qu'il exerce sur la production des données orientant en retour le savoir théorique produit, qui conduit notamment à dicter et influencer les programmes de lutte contre cette maladie (recherche vaccinale, intervention d'urgence, programme de prévention...).

Pour mieux comprendre cette démarche, je souhaite donc évoquer la place occupée par une doctorante en géographie de la santé (une discipline des sciences humaines et sociales) évoluant dans un centre de recherche biomédicale, au sein d'une équipe de virologie travaillant sur la problématique Ebola. Ce cadrage illustre les différentes représentations observées, elles apparaissent révélatrices des structures auxquelles les individus appartiennent. De fait elles contribuent également à créer un différentiel entre la réalité Ebola effective et vécue par les différents acteurs en présence (société civile, monde scientifique, politique ou médical) et la réalité Ebola fantasmée par les opinions privées, publiques, culturelles ou institutionnelles. Une confrontation qui participe en retour à la structuration des actions scientifiques, politiques et sanitaires, creuset d'inégalités déjà observables dans le contexte Ebola des années 1990-2000 et toujours d'actualité en 2014-2015.

LE NORD, ACTEUR INSTITUTIONNEL DE CETTE RECHERCHE

En 2005 plusieurs pays d'Afrique centrale (Soudan, Gabon, République du Congo et RDC) ont déjà été régulièrement touchés par des épidémies de FHVE, mais aucune étude en sciences sociales de « long terme » sur Ebola n'avait pu être menée dans ces pays, exception faite du Gabon, seul pays à présenter les conditions de sécurité et d'encadrement scientifique et institutionnel nécessaires à un travail de doctorat. Ces situations provoquent un différentiel politique, institutionnel, et *a fortiori* scientifique, dont les racines naissent dans

22. Global Outbreak Alert and Response Network.

les histoires particulières de ces pays. La France est le seul des ex-empires coloniaux à avoir maintenu des structures en recherche de santé créées sous la III^e République, en attestent l'existence du Centre international de recherches médicales de Franceville (CIRMF) et la présence en son sein, et alors au Gabon d'unités de recherches de l'IRD ou de l'Institut Pasteur. C'est dans le cadre colonial puis post-colonial que ces établissements sont développés. Les sciences au service du développement, et notamment de la santé, apparaissent d'ailleurs comme un enjeu récurrent des relations politiques, économiques, sociales et culturelles entre les pays marqués par le colonialisme. Aujourd'hui encore, sous des formes différentes, ces enjeux existent et imprègnent les recherches effectuées au Gabon et en République du Congo.

Les racines de l'IRD comme celles du CIRMF sont ancrées, chacune à leur manière, dans des histoires territoriales qui prônent la « recherche pour le développement ». Créé en 1943 et nommé Institut de recherche pour le développement en 1998, l'IRD est l'ancien Office de la recherche scientifique coloniale, branche du Centre national de recherche scientifique dans les pays colonisés. Il devient par la suite l'Office de la recherche scientifique et technique outre-mer (ORSTOM). Cet organisme de recherche est « un cas exemplaire de l'influence du courant tiers-mondiste sur les principaux paradigmes de la recherche scientifique française dans les territoires d'outre-mer²³ ». Jusqu'au milieu des années 1990²⁴, son rayonnement à partir de l'ancienne capitale de l'Afrique équatoriale française et actuelle capitale de la République du Congo, Brazzaville, s'exprimait dans toute l'Afrique centrale. En 1994 et 1997, les troubles survenus dans le pays entraînent le retrait des activités et des personnels expatriés. En 1997, le centre est rétrocédé à l'État congolais, soulignant le désinvestissement scientifique de la France en République du Congo. À l'inverse, il rejoint l'avènement du courant idéologique de l'humanitaire du début des années 1980, basé sur l'intervention ponctuelle dans les pays en développement qui succède au paternalisme tiers-mondiste enraciné dans les territoires.

Différemment, le CIRMF, créé dans les années 1970 au lendemain de l'indépendance, pour étudier l'hypo-fécondité des femmes gabonaises, affirme une volonté politique territoriale forte qui s'exprime symboliquement par son lieu d'implantation dans la province de naissance d'Omar Bongo Odimba et par la nomination du directeur directement par le président de la République

23. LEFÈVRE E. L., 1996, « L'ORSTOM au sein du mouvement tiers-mondiste. Convergence, rupture et persistance », in R. WAAST et A. M. MOULIN (dir.), *Les sciences hors d'occident au XX^e, vol. 4 : Médecines et santé*, Paris, Orstom, p. 119-142.

24. Commencées en 1947 avec la création du centre de Brazzaville, les activités de l'ORSTOM au Congo s'élargissent, en 1950, avec la création du centre de Pointe-Noire. Placé sous le patronage de l'Institut d'études centrafricaines, puis en 1989 sous celui conventionné de la délégation générale de la Recherche scientifique et technique, le centre de Brazzaville fut longtemps le centre de référence pour toute l'Afrique centrale.

gabonaise. Ce centre est une vitrine des actions de développement de l'ancienne métropole dans la mesure où son fonctionnement est financé à hauteur de 35 % par l'État gabonais et à 65 % par Total, une multinationale française du pétrole...

INTÉGRER UN HAUT LIEU DE LA RECHERCHE FRANÇAISE EN VIROLOGIE

En intégrant l'unité des maladies virales émergentes (UMVE) du CIRMF et celle des pathologies émergentes virales²⁵, j'entrais dans le monde de la recherche biomédicale sur Ebola mais aussi dans ceux, plus politiques, voire idéologiques, du développement et de l'humanitaire, au cœur des réseaux plus larges de l'OMS ou du GOARN. Grâce au dynamisme de l'UMVE²⁶, le CIRMF était devenu, en 2005, centre de référence pour le diagnostic des fièvres hémorragiques virales, agréé par l'OMS. Par ailleurs, la France, nation des initiateurs du mouvement des *French Doctors*, intervenait à chaque épidémie de FHVE, par le biais de l'ONG MSF, ainsi que des chercheurs de l'IRD qui posent le diagnostic des épidémies en Afrique centrale occidentale. Bénéficiant d'une position de proximité déterminante pour accéder aux données sur le virus Ebola et détecter rapidement les épidémies, l'UMVE est une unité de recherche précieuse pour les instances scientifiques comme politiques. Il est d'ailleurs particulièrement intéressant d'étudier en quels termes l'UMVE, acteur scientifique et politique, fait figure d'intermédiaire entre les laboratoires de recherche des pays du Nord (cette unité est composée en majorité de chercheurs français employés par des institutions françaises) et des pays du Sud, puisqu'elle est accueillie et hébergée sur le territoire gabonais. Autant d'enjeux forts de monstrations techniques et intellectuelles qui valident le bien-fondé de laisser gérer un problème national et sous-régional de santé publique du Sud par le Nord.

Ayant la mission de mettre la science au service du développement, l'UMVE faisait le lien entre 2 politiques (celle de la France et du Gabon) et entre les lieux de la recherche (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], laboratoire de haute sécurité – niveau P4 – de Lyon...) et les lieux du virus (la forêt tropicale). L'ensemble des congressistes, du Quatrième symposium international sur les filovirus organisé à Libreville en 2008, se représentaient les membres de l'unité comme des traqueurs de virus, des héros des temps modernes, capables d'une grande technicité dans des conditions « précaires » : un laboratoire P4 au cœur des plateaux Bateke dans lequel on parvenait à faire de la recherche vaccinale, poser un diagnostic, intervenir sur les épidémies de FHVE, des

25. Anciennement Conditions et territoires d'émergences des maladies de l'IRD.

26. Matérialisé par des interventions d'appui pour le diagnostic des épidémies de FHVE durant la période 1994-2007, de recherches conséquentes sur le réservoir du virus, de son écosystème..., de publications à gros *impact factor*.

« cow-boys de la virologie²⁷ » en somme. À plusieurs reprises les congressistes félicitèrent individuellement et collectivement les membres de l'équipe pour le travail de terrain que fournissait l'UMVE, pour les liens qu'elle entretenait avec les pays africains, pour sa capacité à travailler, et plus largement à vivre, dans ces conditions « difficiles ». Les représentations occidentales et africaines autour de ce congrès et de l'UMVE se construisaient en partie sur l'attrait de cette équipe et l'admiration suscitée par son travail. Une telle position apparaît assez représentative des relations entretenues entre la recherche « experte » et les instances politiques et sanitaires internationales.

**INTERDISCIPLINARITÉ ET RAPPORT DE GENRE :
UNE RELATION CONDITIONNANT LA RECHERCHE ET LA CONSTRUCTION
DE L'OBJET EBOLA EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**

Il s'agit ici de décrire les normes et hiérarchies scientifiques qui conditionnent les représentations de chacun et les rapports entre personnes. Ces rapports interpersonnels sont vécus et représentés comme des rapports entre disciplines. Il s'agit également de montrer comment ces représentations, basées sur des enjeux de domination symbolique en termes d'appartenance socioculturelle, de genre, de situation dans le champ scientifique... aboutissent à des attitudes et des positionnements qui régulent les rapports, sociaux comme scientifiques, au sein de la recherche. Je m'y attarderai pour montrer en quoi ils ont contribué à façonner ce travail, notamment dans un engagement qui a grandi au fur et à mesure de la recherche. Ces rapports sont décryptés à travers les relations entre chercheurs de différentes disciplines, constitutives des cadres disciplinaires, théoriques et méthodologiques et faisant partie prenante de la construction des représentations autour de la maladie.

L'opportunité d'être intégrée dans une équipe interdisciplinaire (à dominante virologique) de renommée constitue une expérience professionnelle à fort potentiel heuristique pour une chercheuse appartenant au champ des sciences humaines et sociales. En côtoyant au quotidien des chercheurs dont l'expérience et les horizons étaient aussi divers que leurs formations (virologue, immunologiste, épidémiologiste, médecin, vétérinaire, statisticien, écologue), l'évolution de ma compréhension de la problématique Ebola fut toute différente de celle qu'elle aurait été à partir d'un savoir élaboré au sein d'une équipe en sciences humaines et sociales. La définition du rôle du chercheur en sciences humaines et sociales varie durant son séjour au sein de son unité d'accueil, car il prend conscience du regard que l'on porte sur sa recherche²⁸. Si je pensais au départ ma thèse comme

27. Pour reprendre les termes de la journaliste américaine Laurie Garrett.

28. BALARD F., 2007, « La production d'une thèse d'anthropologie dans un laboratoire d'épidémiologie : une approche réflexive », *Journal des anthropologues*, Paris, Association française d'anthro-

complément des projets de recherche de l'UMVE, elle était plutôt perçue au CIRMF comme se situant en parallèle de ces derniers, une représentation structurée par les hiérarchies existant au sein des sciences et doublée de celles structurant les rapports de genre et d'âge. Je me suis en effet immergée au CIMRF dans un monde biomédical de médecins et virologues expatriés, des professions qui sont garantes de l'ordre social, sanitaire certes, mais également sécuritaire. La mission du virologue est effectivement de prévenir les nouveaux fléaux viraux (Ebola, VIH, SRAS...) et, lorsque la menace devient effective, celle du médecin est de soigner, voire de sauver, les malades.

La recherche d'une doctorante en sciences humaines et sociales intégrée dans une équipe de recherche biomédicale passe alors par une double affirmation, celle de la jeune chercheuse et de sa discipline, d'autant plus que je venais mettre à mal la représentation héroïque des chercheurs travaillant sur la question. Plusieurs de mes postulats dérangent cette représentation, notamment puisqu'énoncée comme telle (dans la mesure où pour cerner les représentations locales de la FHVE, je devais également déconstruire celle des chercheurs et politiques). D'autres de mes postulats pouvaient heurter l'équipe car ils apparaissaient déconnectés des statistiques épidémiologiques jusqu'alors énoncées et validées scientifiquement par une publication dans une revue médicale à gros impact factor. Ce type de publication permet des raccourcis sur les facteurs anthropiques d'émergence et de diffusion de la maladie qui occulte l'ensemble des processus sociaux à l'œuvre dans des modes de vie, de recours aux soins, de représentations de la maladie... Pourtant l'observation et l'analyse de ces processus permettent d'appréhender et de mieux comprendre d'une manière globale les pratiques observées. Par exemple, celles selon lesquelles la diffusion chez l'homme procède, outre des pratiques de soins traditionnelles et familiales, de pratiques issues de la santé moderne. En effet, en raison des dysfonctionnements que connaît le système de soins moderne, la confiance des communautés en la santé moderne avait été ébranlée. L'offre en santé proposée par l'État, mais également la gestion (nationale et internationale) de celle-ci, parfois inadaptée, voire déshumanisée, ne permettent pas un investissement de confiance des populations dans cette « médecine moderne ». Ce phénomène empêchait en partie les communautés considérées comme « à risque » d'adhérer à la prévention effectuée par ces mêmes instances. Mais la « représentation scientifique » erronée selon laquelle les populations se contaminaient notamment en raison d'un non-recours à la santé moderne était très forte, alors même que ce non-recours s'explique par l'absence de personnel de santé sur place, le manque de matériel de protection, voire la fuite des soignants à l'annonce d'Ebola... L'intérêt scientifique d'appréhender ces représentations est donc justement de

pologie, n° 108-9, p. 87-98.

permettre la validation d'une action de recherche (collecte de données, publication d'articles, mise en place d'un programme de santé publique...).

Mais, si elles sont utilisées à d'autres fins, ou occultées, voire niées, dans la réalité qu'elles représentent pour un collectif, elles peuvent se révéler violentes. La dévalorisation ou la négation de certaines de mes observations et données de terrain se basant sur les propos des personnes avec qui je travaillais sur le terrain m'apparaissaient comme une violence faite aux populations de mon étude (qui racontaient « n'importe quoi », à mes méthodes (« non objectives », « pas scientifiques », « fausses ») à notre discipline et à moi-même. Me positionnant, au sein de l'équipe (collectif masculin de chercheurs en sciences biomédicales), comme jeune chercheuse en sciences sociales et alors symbole d'une « gentille et un peu idéaliste » contestation de l'ordre dominant. Alors même que les émotions fortes que provoquaient chez moi les inégalités sociales et sanitaires constatées dans les villages où je travaillais, couplées à la souffrance observée lors des entretiens chez les familles des victimes d'Ebola, faisaient que, de retour de mes terrains d'étude « le quotidien [me] semblait petit et lointain, mesquin et dérisoire. Tout n'était que masque, façade, bavardage. Je ricanais. Petit[e] prétentieux[se] du négatif. Fier colport[rice] d'ombres²⁹... ». Mon positionnement et mon engagement auprès des populations étaient parfois difficiles, ce d'autant plus lorsque certains chercheurs invoquaient notre genre et ou sexe, pour dénigrer ou tourner en dérision une idée énoncée, lors d'une discussion scientifique. La qualité des observations faites sur le terrain pouvait être attribuée à notre âge (jeune), notre sexe (féminin, donc « faible ») et notre discipline (une science humaine, donc « molle ») dans une position dominée. En constituant un lien différencié avec un objet de recherche que ces disciplines et/ou ces politiques réifient, mes résultats de recherche incarnaient la preuve qu'un autre type d'approche était possible. Ce fait était dérangeant puisque cet objet (les anciens malades ou communautés villageoises), jusqu'ici assez peu considéré, accédait à un statut humain, à une invisibilité « incarnée », dans la mesure où ils étaient rendus visibles. Cette humanisation était parfois perçue comme une remise en cause des acteurs biomédicaux qui, en retour, ne pouvaient pas « scientifiquement » prendre au sérieux ma démarche. Car, n'ayant ni les compétences du biologiste, ni celles du statisticien, ce n'est qu'après avoir fait mes preuves sur le terrain que celles d'enquêtrice et d'organisatrice de mission me furent reconnues. Comme si l'écoute et l'observation ne pouvaient pas appartenir aux sciences et constituer des outils de travail – alors qu'elles sont pourtant le propre de la médecine constituant la base de l'approche clinique et sémiologique – me cantonnant dans un positionnement plus intégrable et rassurant. Ces attitudes de dénigrement constituent des mécanismes de défense, des formes d'évitement par

29. DECLERCK P., 2003, *Les naufragés, avec les clochards à Paris*, Paris, Plon, coll. « Terres humaines ».

rapport à l'angoissante discipline qui humanise un objet de recherche (concernant les chercheurs) ou de contrôle (concernant les politiques) pourtant déjà intrinsèquement humain. Des attitudes que l'on retrouve également dans le soin d'urgence aux malades d'Ebola à l'échelle individuelle, collective, nationale et internationale. La récente épidémie en Afrique de l'Ouest le montre d'ailleurs bien. Car si l'OMS recommande la présence d'anthropologues sur les terrains épidémiques, celle-ci, tout comme la mobilisation psychosociale, passe toujours au second voire au troisième plan dans les programmes de lutte contre cette maladie car ils ne font pas partie de « l'urgence sanitaire ».

Cet ouvrage a alors également vocation à réhabiliter des identités sociales déniées à travers une approche en géographie sociale. Pour ce faire, le propos se développe en trois temps. Dans une première partie, on s'intéresse à l'émergence virale et au développement du concept, notamment comment celui-ci alimente les rapports à une maladie émergente. Pour ce faire, on définit dans un premier chapitre l'approche en géovirologie en vue d'explorer dans un second chapitre la construction de la FHVE comme problème de « santé globale », et enfin, on aborde dans un troisième chapitre les enjeux autour de la prise en charge de l'épidémie et de sa contestation. Dans une seconde partie, le contexte d'étude et la méthodologie employée sont développés, en favorisant une approche critique du terrain institutionnel de cette recherche et en montrant l'impact d'un contexte social très défavorisé sur celle-ci. Le chapitre IV s'attelle à la description de l'organisation territoriale et des dysfonctionnements sanitaires propices à l'émergence d'Ebola au Gabon et en République du Congo, puis le chapitre V décrit comment se structurent des enjeux territoriaux globaux qui passent sous silence les difficultés locales des populations. Enfin dans le chapitre VI on énonce la méthodologie utilisée. La troisième partie de cet ouvrage, qui expose les résultats de cette recherche doctorale illustre comment l'apparition des épidémies met en lumière des enjeux sanitaires locaux autant que sociaux. Dans le chapitre VII, on montre que l'émergence est une concurrence de facteurs au sein de contextes locaux spécifiques. Le chapitre VIII illustre que face à Ebola, il existe une double nécessité (se soigner et comprendre les causes du malheur) qui participe à la diffusion, mais que celle-ci ne peut être déconnectée de la crise sociale engendrée par la maladie et sa gestion, car cette crise sociale est au cœur des potentialités de diffusion de la maladie. Enfin dans un dernier chapitre, on montre qu'à l'issue de ces épidémies, des reconstructions spatiales et socio-identitaires existent dans un espace post-traumatique. Les territorialités identifiées à l'issue de ces épidémies sont alors mises en évidence.