

# Quel positionnement du chercheur devant les mécanismes de domination observés dans une étude au Sud commanditée par le Nord ?

Clélia Gasquet-Blanchard  
Maître de Conférences en Géographie de la santé  
Laboratoire Espace Santé et Territoires, UPOND  
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
Département d'Epidémiologie et de Biostatistiques  
[clelia.gasquet@ehesp.fr](mailto:clelia.gasquet@ehesp.fr)

## Introduction

Géographe de la santé, j'ai gravité dans un milieu scientifique pluridisciplinaire, dans la mesure où, durant mon travail de thèse, j'ai été accueillie dans une unité de recherche dirigée par un virologue et constituée d'épidémiologistes, de médecins, de biostatisticiens et d'immunologistes. J'ai donc été en relation avec les sciences biomédicales.

Dans le cadre de cet article je traiterai, bien que n'étant ni ethnologue, ni anthropologue, de l'approche « ethnologique » que j'ai du développer durant mon terrain de thèse. Approche qui s'est affinée lors de la rédaction du manuscrit, mais dont je n'ai pu avoir un regard critique qu'a posteriori : découvrant, pour reprendre les termes de Laurent Bazin que « *la pratique du « terrain » ethnologique est toujours un exercice politique* » (BAZIN, 2011). C'est ce regard critique, que je souhaiterais présenter à travers cet article, en gardant comme trame de fond les questions suivantes :

- Quel peut être le positionnement du chercheur en sciences humaines et sociales devant les mécanismes politique de domination observé lors de l'enquête ?
- Comment conduire une recherche sans la confondre avec le travail de dénonciation militant ni nourrir par le biais de celle-ci des problématiques que l'on juge mal posées, voire nocives ?

C'est à ces questions que j'essaierai de répondre par l'exemple que je développerai dans ce texte. Celui-ci s'organisera en quatre points. Dans un premier temps, je présenterai le sujet, puis j'évoquerai les conditions de la recherche. Dans un troisième point, je soulèverai la question des relations entre sciences humaines et sociales et sciences biomédicales. Cette approche nous permettra d'aborder le dernier point : la démarche adoptée par le chercheur en sciences humaines et sociales devant la crainte de l'instrumentalisation de son étude.

## I. Présentation du sujet

Ebola est un pathogène viral. Il appartient, avec le virus Marburg, au genre des Filovirus. Aujourd'hui il n'existe qu'une seule espèce connue du virus Marburg, mais on en dénombre cinq espèces concernant Ebola. Celles-ci sont plus ou moins pathogènes pour l'homme, comme cela est détaillé dans le tableau 1.

Tableau 1 :

Type viral	Nbre de cas humain	Nbre de décès	% de létalité humaine	Pays touchés par une épidémie
Ebola Zaïre	1517	1120	74 %	Gabon, Rép. du Congo, RDC <sup>1</sup>
Ebola Soudan	763	405	54 %	Soudan, RDC, Ouganda

<sup>1</sup> République Démocratique du Congo.

Ebola Côte d'Ivoire	1	0	0 %	Côte d'Ivoire
Ebola Reston	0	0	0 %	Philippines, EUA <sup>2</sup>
Ebola Bundibugyo	149	38	25.5 %	Ouganda
Marburg	566	468	82.7 %	All., Yougoslavie, Angola, RDC, Kenya

Ebola est un virus endémique (Georges-Courbot, Leroy, Zeller, 2002), c'est-à-dire présent en permanence et circulant à bas bruit, dans la forêt tropicale d'Afrique Centrale. Un milieu qui pourvoie aux besoins des populations forestières résidant dans ces lieux et qui pratiquent la chasse, la cueillette, la pêche... Cette zoonose émerge alors chez l'homme lors d'un contact direct avec le réservoir du virus (chauve-souris), un animal ou une carcasse contaminé (gorille, chimpanzé mais aussi les antilopes<sup>3</sup>). En franchissant la barrière d'espèce, le virus peut alors provoquer une épidémie au sein d'une population humaine.

Sous sa forme la plus virulente, Ebola provoque une fièvre hémorragique induisant jusqu'à 88 % de mortalité. Les symptômes sont une forte fièvre, des complications gastro-intestinales et respiratoires et en phase terminale des hémorragies généralisées, et cela dans un tableau clinique d'une à deux semaines. L'absence de vaccin rend le traitement uniquement symptomatique.



Photographie 1 :  
Réhydratation d'un patient en cellule d'isolement par un soignant en tenue de protection  
Crédit : MSF

Après une première période d'émergence au Soudan et en RDC, entre 1976 et 1979, en 1995 le monde médical subit un choc lors de l'épidémie de Kikwit (RDC). Elle provoque la mort de 254 personnes dont des médecins et des infirmières de l'hôpital (Heymann, Barakamfitiye, 1999). A partir de cette date, on identifie peu à peu la contamination interhumaine comme un contact direct avec les fluides corporels d'un malade<sup>4</sup>. Le risque nosocomial est déclaré important. Mais la diffusion existe aussi au sein des familles, lors des soins prodigués aux malades et aux morts, lors des cérémonies funéraires.

L'OMS définit alors les mesures d'intervention pour limiter la diffusion des cas, telles que l'isolement des malades, l'incinération ou la javellisation de tous matériaux contaminés, la réalisation d'enterrements « sécurisés » et enfin la protection des personnels de santé.



<sup>2</sup> États-Unis d'Amérique.

<sup>3</sup> Ce qui élargit le spectre des espèces dont la consommation peut s'avérer risquée.

<sup>4</sup> Sang, salive, sueur, sperme, vomissures, selles, urines, etc.

Photographie 2 :

Déplacement du corps d'un malade défunt dans un sac de protection par des personnels de santé également en tenues de protection  
Crédit : OMS Afro

Par ailleurs, l'OMS édicte également des mesures de prévention, qui sont les suivantes :

- ne pas ramasser d'animaux trouvés mort en brousse,
- ne pas toucher à main nue une plaie,
- éviter toute injection, prélèvement ou scarification sans l'avis d'un personnel de santé,
- et enfin ne pas avoir de contact corporel direct avec une personne malade.

Cette prévention apparaît difficilement acceptable dans un contexte où la grande majorité des hommes pratiquent la chasse pour subvenir aux besoins de leur famille, souvent nombreuse<sup>5</sup>. Le message peut être (et est parfois) entendu comme le fait que si une épidémie se déclare c'est parce que les hommes ne savent pas chasser et rapportent n'importe quel gibier au foyer. Entendu en ce sens, la prévention devient agressive et insultante car non seulement la chasse apparaît comme l'une des seules activités procurant une source de protéines aux familles de ces villages<sup>6</sup>, mais de plus certaines ethnies de la région sont connues et reconnues localement (et plus généralement) comme des peuples de grands chasseurs.



Photographie 3 :

Affiche de prévention pour la lutte contre la Fièvre Hémorragique à Virus Ebola éditée par La Croix Rouge et distribuée dans les villages ayant bénéficiés de programmes de prévention.  
Crédit : C. Gasquet-Blanchard

Pareillement, l'interdiction de toucher un parent malade (ou même mort) semble difficile dans un contexte où il n'existe que peu de structure sanitaire. En effet, elles sont souvent dysfonctionnelles (en raison d'un manque de personnel ou de matériel) et ce sont alors souvent les familles qui soignent leur malade dans un premier temps. Car ne pas prendre soin d'un membre de sa famille s'il est malade est inacceptable en Afrique Centrale comme dans beaucoup d'autres sociétés.

Par ailleurs, aujourd'hui, il n'existe pas d'épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola sans le cortège des institutions internationales et de l'aide humanitaire (Organisation

<sup>5</sup> La taille moyenne des ménages se situe dans la région gabono-congolaise étudiée entre 5 et 6 personnes (GASQUET, C., 2010).

<sup>6</sup> A l'exception de la pêche et de quelques produits de la cueillette (insectes par exemple).

Mondiale de la Santé, Médecins Sans Frontières, La Croix Rouge, etc.). Ce qui n'est pas sans poser certains problèmes en contexte épidémique. En effet, les mesures de prévention et d'endiguement de la diffusion sont souvent perçues comme violentes par les populations touchées par la crise. Dans un contexte de crise sanitaire violente, provoquant des phénomènes proches de l'anomie, les mesures de quarantaine au niveau régional, comme celles d'isolement au niveau local, sont généralement très mal vécues. Elles illustrent un contexte transculturel de soins Nord (médecine humanitaire)/Sud (populations enclavées d'Afrique Centrale touchées par la crise) politiquement très complexe. Certaines mesures comme l'enterrement des personnes décédées, lors de certaines épidémies, sans la présence des familles ont pu être interprétées comme une violence supplémentaire, alimentant certaines théories du complot.

*« Le constat est que quand ces gens là rendaient l'âme on les mettait dans les sacs et il y avait pas un bon suivi et les gens là n'étaient pas traités, c'est-à-dire lavés et tout... On les mettait automatiquement dans les sacs. En revenant ici, il a fallu, nous les parents, qu'on voit comment ces gens là étaient placés, nous même, avec mes frères, on a remarqué que les gens n'étaient pas sur le dos mais à plat ventre et c'est nous-mêmes les parents qui ont tout fait pour que la personne soit sur le dos. »*

Dans cette citation, l'enquêté, un homme ayant perdu certains parents durant l'épidémie gabonaise de 1996 décrit la violence subie par les proches qui voient leurs morts mal enterrés et doivent alors exhumés les cadavres pour leur assurer une sépulture décente.

L'anomie provoquée par la crise sanitaire et la recherche des causalités du malheur, d'un bouc-émissaire provoquent donc des contextes de grande tension sociale au sein des communautés touchées mais aussi entre communauté et intervenants extérieurs, puisque ces rapports sont encore complexifiés par une relation transculturelle, qui sous-tend des rapports politiques de domination important. C'est donc dans un contexte social post-épidémique au Gabon et en République du Congo que le terrain de ma thèse a été réalisé.

## **II. Les conditions de la recherche**

Entre 1995 et 2005, huit épidémies meurtrières de FHVE ont sévi dans la région frontalière gabono-congolaise. Le taux de mortalité de ces épidémies fut en moyenne de 80 %. Suite à ces événements, l'Unité des Maladies Virales Emergentes commande une étude en sciences humaines et sociales pour alimenter le programme de recherche sur la problématique Ebola. C'est dans le cadre de cet élargissement que j'intégrai, en qualité de géographe de la santé, une équipe biomédicale du Nord (des chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement) basée au Sud (au Centre International de Recherches Médicales de Franceville, au Gabon), pour mener une recherche sur les facteurs anthropiques d'émergence et de diffusion d'Ebola au Gabon et en République du Congo.

Pour ce faire, j'ai réalisé une étude rétrospective durant sept mois dans vingt et une localités touchées par les épidémies mais aussi exemptes de cas, en vue de comparer différentes situations : zones épidémiques et non épidémique/contexte urbain et rural/épidémies récentes et anciennes. Les lieux de trois épidémies ont été étudiés, ceux de Mayibout, de la région de Mekambo et la ville d'Etoumbi.

Quatre cent onze enquêtes auprès des chefs de ménages ont été réalisées. Elles concernaient la structure et l'organisation familiale, l'activité, l'état de santé, le recours aux soins, la

connaissance et la représentation de la maladie. Pareillement, cinquante cinq entretiens auprès des anciens malades et des familles des victimes ont été menés. Ils s'intéressaient plus directement aux modes de contamination et à l'itinéraire de soins durant la maladie. Enfin, une centaine entretiens auprès des différentes personnalités villageoises (chef de village, agent de santé, instituteur, pasteur, prêtre, médecin traditionnel...) ont également été effectués.

Très rapidement et dans chaque village, le sujet montra différentes difficultés. Non pas que le terrain ait été plus compliqué qu'un autre mais il fut rendu complexe par l'objet de recherche. Car, on n'évoque pas Ebola avec légèreté. Le plus souvent, lorsque j'évoquais la raison de ma présence, et donc de l'épidémie passée, on me répondait en premier lieu, qu'il n'y avait jamais eu Ebola dans le village.

Evoquer Ebola ravivait un traumatisme violent. S'entretenir avec des communautés et des personnes en deuil de morts violentes compliqua donc sensiblement la collecte d'information et me sensibilisa. Particulièrement car je ne disposais pas des connaissances anthropologique et psychologique nécessaires à un désengagement émotionnel. On imagine dès lors la difficulté pour mes informateurs, comme pour moi, à évoquer la mort, le deuil, etc., des choses que normalement l'on tait. Très impliquée, c'est en restant plusieurs jours dans chaque village, en participant à la vie de la communauté que les langues finissaient par se délier et que peu à peu mes informateurs se confiaient, souvent d'ailleurs à la nuit tombée lorsque la journée de travail terminée, les personnes enquêtées le jour revenaient discrètement compléter l'entretien ayant eu lieu quelques heures auparavant.

Je cernais alors certains enjeux auxquels j'étais malgré moi associée. Bien que les représentations locales autour des causes de cette maladie soient multiples. Je notais, entre autres, les empoisonnements, mauvais sorts et différentes théories du complot, notamment une concernant directement le centre de recherche où je travaillais et les régiments de l'armée de mon pays. Ebola apparaissait dès lors dans chaque discours comme un objet éminemment politisé et alors politique.

Figure 1 : Caricature du Centre International de Recherches Médicales de Franceville, extraite du journal Misamu, Mars 2001.

On peut lire sur le dessin : un militaire français disant : « *allo le CIRMF ! Mission accomplie.* » Et un médecin chuchotant : « *Chut pas de noms.* » Pendant que les villageois se jettent sur les carcasses de gorilles déposées par les chercheurs en criant « *A Nya Ngwa Mèèèèèè !!...* » Ce qui signifie : « *Humm ! La bonne viande !...* »



Par ailleurs, ce terrain impliquait un engagement d'autant plus important du fait que de retour de ces villages, je réalisais qu'être une jeune chercheuse en sciences humaines et sociales travaillant dans un centre de recherches biomédicales est aussi peu anodin qu'être une jeune femme occidentale dans un village d'Afrique Centrale. Ce qui a différentes implications.

### III. Les relations entre sciences humaines et sciences biomédicales

En raison de ma connaissance du terrain et des liens que j'entretenais avec les populations je me retrouvais au carrefour d'enjeux contradictoires entremêlés : je reconnaissais évidemment l'utilité des projets de recherche de l'unité mais j'étais éthiquement en contradiction profonde avec certaines méthodes peu regardantes de la dignité des enquêtés, qui plus est auprès de personnes que je savais en souffrance.

Les sciences humaines et sociales, ou les compétences qu'on leur associe (l'écoute, l'empathie, etc.), peuvent face à un regard biomédical, être perçues comme un instrument utile pour l'obtention d'informations. Elles sont en effet susceptibles de leur fournir des données explicatives d'un processus que les sciences humaines et sociales considèrent comme une donnée brute et incomplète. Par exemple, si l'on considère un facteur de risque, les sciences humaines et sociales ne se cantonnent pas à dire qu'une population y est exposée ou non. Elles tentent de comprendre pourquoi une part de la population est exposée et l'autre non et selon quels processus on aboutit à cette exposition ?

Concernant Ebola, il s'avère que les institutions qui font la prévention sont aussi celles qui participent en partie, par leur inertie, au dysfonctionnement du système de santé moderne et donc à un recours aux soins parfois à risque des populations. Il existe alors une réelle nécessité à cerner ces processus plus globaux de mise en risque pour être en mesure de réévaluer les politiques de santé publique.

Par exemple, il n'est pas anodin qu'il ait fallu attendre qu'une épidémie de FHVM sévisse, en 2006 en Ouganda, avec des taux de mortalités avoisinant ceux d'Ebola Zaïre, pour que deux éminents virologues publient en 2007 (Bausch, Feldmann, Geisbert, 2007) un article qui pose l'hypothèse du lien probable entre la moindre mortalité des patients et une prise en charge plus humaine. C'est en effet à l'issue de révoltes des populations et du lynchage d'enseignants lors d'une épidémie que ces gestions de crises sanitaires prirent un tournant plus humanisé. On note en effet depuis 2003, la présence d'anthropologues experts sur le terrain de ces épidémies.

#### Encadré

##### L'escalade de la violence

Lors de telles épidémies, les contraintes de terrain sont lourdes, notamment car les principaux problèmes des équipes d'intervention sont liés « *au refus de la communauté [d'accepter] les mesures de contrôle et au reniement du modèle explicatif biomédical* » (Formenty, Libama, Epelboim, 2003). La stratégie classique pour le contrôle des épidémies d'Ebola inclut l'information du public concernant les symptômes et modes de transmission ainsi que la limitation des pratiques dangereuses, la prise en charge des malades en isolement, l'identification des sujets contacts et leur suivi pendant vingt et un jours. Dans la réalité « *les équipes s'en tenaient aux deux dernières recommandations et le volet d'éducation sanitaire était délaissé, les enterrements et l'isolement déshumanisé* » (Formenty, *op. cit.*) : des patients sont ainsi morts seuls à l'hôpital.

Dans ce contexte de panique de réémergence de la maladie quatre enseignants sont lynchés à mort par une foule prise de panique associant divers cultes occultes à La Croix Rouge et à des prédictions sorcellaires, auxquelles on impute l'apparition de l'épidémie. Ces événements attestent de l'importance de la communication entre intervenants et populations dans un contexte d'urgence sanitaire où la recherche violente d'un bouc-émissaire est poussée à son paroxysme.

C'est à l'issue de cette épidémie, au vue de l'hostilité des populations envers les enterrements par les équipes médicales, que ces dernières tentèrent lors des épidémies suivantes de redonner un sens aux enterrements déstructurés par les mesures sécuritaires, enterrant les objets ayant appartenu au mort, au lieu de les incinérer, présentant leurs condoléances aux familles à l'annonce du décès, proposant une aide matérielle aux familles.

Les sciences biomédicales sont susceptibles, grâce aux connaissances que leur apportent les études en sciences humaines et sociales, d'instrumentaliser une donnée, pas nécessairement sciemment. Elles manquent de recul concernant les représentations qui sous-tendent celle-ci de part et d'autre (côté chercheur/côté informateur) d'un processus qui structure les approches curatives et préventives en santé publique (prévention Ebola). Le risque est alors que ces connaissances partielles soient élaborées en connaissances absolues par des disciplines ignorant les approches réflexives, notamment concernant la construction de ses savoirs. Car la rupture consommée entre une réalité de terrain et une réflexion théorique aboutit parfois à une modélisation à outrance du social ou du culturel qui sont des phénomènes humains autant rationnel qu'irrationnel, portant dans leurs fondements même les limites de tout modèle théorique. C'est à mon sens ici que se situe le danger de l'instrumentalisation des sciences humaines et sociales par les sciences biomédicales et des équipes de terrain par les chercheurs de laboratoire.

Ce type d'instrumentalisation sous-tend un rapport de force et des enjeux politiques indéniables. Ce qui aboutit à la stigmatisation des cultures et des sociétés dominées par des oppresseurs plus ou moins proches qui en se réappropriant cette connaissance dans une perspective de contrôle du virus, des populations et de la maladie. En ce sens se pérennise un rapport de force générant et faisant perdurer des inégalités sociales et sanitaires. Cette instrumentalisation induit aussi la transformation de ces rapports de force en rapports de violence. En effet, les acteurs présents lors de la crise justifient par leur connaissance « absolue », alors qu'elle n'est que partielle, certaines violences : telle que l'enterrement sans la présence de la famille, c'est-à-dire le non respect des morts, ou encore la poursuite par des militaires de certains malades préférant se soigner en forêt, soit l'isolement par la force, etc. Comme en témoigne l'extrait d'entretien avec un chef de regroupement de l'Ogooué Ivindo en juillet 2007, très apeuré par l'étude que je réalisais.

*« Isolés, c'était pour les tuer même. Ça, une personne est malade de la fièvre, on dit c'est Ebola. Isolé ! La diarrhée, c'est Ebola. Isolé ! Même l'avortement c'est Ebola. Isolé ! Mal de dos, c'est Ebola. Isolé ! Maux de tête, c'est Ebola. Isolé ! Les médecins viennent prendre tous les gens là, pour aller les tuer que on va les isoler. Pourquoi cette maladie n'a pas de médicaments ? Même si une personne est malade d'Ebola, on doit la soigner plutôt que de la tuer en disant que Isolé. C'est pourquoi les gens ne veulent plus entendre parler d'Ebola [...] On nous a tué plus de 100 personnes pour rien. »*

#### **IV. La démarche adoptée par le chercheur en sciences humaines et sociales : soit la redéfinition du sujet !**

Mon positionnement impliquait donc une restructuration de mon sujet de recherche dans la mesure où je refusais catégoriquement d'évaluer des « facteurs anthropiques » d'émergence et de diffusion du virus Ebola, ce car je craignais de voir mon étude utilisée pour stigmatiser telle pratique de chasse et telle activité de soins. La demande faite par l'Unité des Maladies Virales Emergentes du Centre International de Recherches Médicales de Franceville n'était pas proprement celle d'une étude en géographie, il s'agissait d'une demande concernant une étude en sciences humaines et sociales. Dès lors, dans un tel contexte, mon positionnement était complexe, car réellement pluridisciplinaire. J'ai donc été amenée à déplacer, repousser les interfaces disciplinaires : de la Géographie au sein des sciences humaines et sociales et des sciences humaines et sociales avec les sciences de la santé.

Cet exercice m'a forcé à faire des choix conceptuels, méthodologiques et de positionnement. Ma démarche en géographie de la santé s'en est trouvée un peu différente de ce qui se fait habituellement, car avec une problématique comme Ebola, il a été ardu de juxtaposer dans un discours unifiant les disciplines dans lesquelles j'ai puisé des enseignements.

J'ai donc été amenée à distinguer deux grandes tendances qui, articulées entre elles, définissent mon approche. Premièrement, j'ai dressé, pour répondre à la demande initiale, une géographie du virus, de l'émergence et du risque d'émergence<sup>7</sup>. Deuxièmement, mon intuition m'a orientée vers une géographie de la maladie qui paradoxalement est intimement liée à la géographie de l'offre de soins. Ces géographies induisent celle de la crise. Concernant les pratiques territoriales des acteurs.

J'ai montré qu'elles influencent la distribution des pathogènes provoquant en un lieu une rupture : comme l'émergence d'une épidémie, par exemple en raison d'un chasseur qui se serait contaminé auprès d'un animal malade. Mais nous montrons pourtant que ce qui est le plus souvent invoqué comme à risque, par les campagnes de prévention, c'est-à-dire la chasse, renvoie localement à une diversité telle (chasse au câble ou chasse au fusil, à proximité ou loin du village) que la chasse comme activité à risque ne peut-être traitée dans les campagnes de prévention comme une activité uniforme.

Il en va de même concernant le risque de diffusion. Si celui-ci est tantôt nosocomial, tantôt du au recours à un médecin traditionnel, les itinéraires de soins amenant à la contamination sont propres à chaque individu et nous empêche également de conclure à un type de soins plus à risque que les autres.

Concernant l'élaboration d'une géographie de la crise, parce qu'une crise sanitaire ne porte pas les mêmes enjeux selon les acteurs, nous avons alors défini les lieux de la crise comme un « espace événementiel », c'est-à-dire un lieu qui durant l'évènement épidémique, devient un lieu d'opposition de différentes temporalités :

- Celles des malades, familles des victimes et communautés touchées, pour qui le temps de la maladie et du deuil se fige.
- Celles des gestionnaires de la crise et de l'urgence pour qui le temps s'accélère.

---

<sup>7</sup> Je n'évoquerais pas ici la géographie des virus, mais uniquement et succinctement les géographies de l'émergence et de la diffusion car elles renseignent ici notre exposé.



Ces temporalités opposées permettent de mieux appréhender les mécanismes qui font s'opposer populations et gestionnaires. Par exemple, on peut identifier que le sentiment d'urgence vient d'ailleurs en partie des représentations locales mais aussi de celles véhiculées par les sociétés du risque zéro et de l'immédiateté. La notion de représentation sociale est utilisée ici pour désigner les images de la réalité collective fortement suggérées à l'individu par la société. Les représentations, bien qu'elles fassent appel à l'imaginaire des acteurs n'en participent pas moins à structurer l'action d'urgence. On montre alors qu'Ebola suscite dans l'opinion publique une peur qui réveille celles « anciennes » de notre civilisation et implique un intérêt politico-scientifique pour ce virus.



Extrait du *Weekly World News* (journal américain), mars 2001

C'est d'ailleurs en raison de la multiplicité des acteurs présents lors de la crise que des rapports de force et/ou de violence, dans les relations soignants/soignés sont mis en exergue. Ils sont exprimés d'une part par l'imposition de mesures de protection ou de soins s'opposant aux valeurs de la société locale et d'autre part par les mouvements de révolte qui s'avèrent être la contestation des plus démunis.

Enfin, la géographie de la crise permet de mettre en exergue les reconfigurations qu'implique une épidémie de Fièvre Hémorragique à Virus Ebola : la stigmatisation des lieux en raison des maisons brûlées en vue de la désinfection des lieux souillés, le déménagement de certains anciens malades souffrant d'une grande culpabilité à avoir survécu, etc., comme en témoignent les deux extraits d'entretien auprès de deux survivants de l'épidémie de 2001-2002 ayant sévi au Gabon.

*« Cette situation m'emmerde car on me traite de rosicrucien, de franc-maçon, on dit : « il a tué les parents pour avoir l'argent. Il a payé les études de B. et il a mis C. au lycée. » C. était en première à l'époque, ça l'aurait aidé pour après mais ils sont morts, maintenant je reste seul. »*

*« Ils ont brûlé toutes mes chaises, mes matelas, et ensuite on m'a refoulé. La Croix Rouge m'a donné seulement 2 matelas. Vu ma situation, je n'ai pas d'emploi. J'ai demandé à mes parents de ne plus me visiter quand j'étais en isolement et aussi maintenant à cause de la honte. »*

## Conclusion

La théorisation de ces événements et de ces phénomènes fut une manière de rediriger mon questionnement de recherche vers une problématique correspondant à l'approche en sciences

humaines et sociales et qui me correspondait éthiquement, rendant le moins possible mes résultats stigmatisant pour les populations de mon étude.

L'approche proposée a alors vocation à analyser et expliquer les relations Homme/virus à travers le territoire, via différents objets géographiques (mobilités, frontières, etc.), montrant par les pratiques spatiales qu'une crise sanitaire ne porte pas les mêmes enjeux. Selon les acteurs, les lieux de la crise apparaissent comme espace évènementiel, c'est-à-dire un lieu qui durant l'évènement épidémique, devient un lieu d'opposition de différentes temporalités, ouvrant l'espace de vie ou cloisonnant l'espace d'intervention : celles des malades, familles des victimes et communautés touchées, pour qui le temps de la maladie et du deuil se fige et celles des gestionnaires de la crise et de l'urgence pour qui le temps s'accélère.

Une épidémie de FHVE provoque donc un contexte de crise sanitaire, mais les processus décrits dans notre travail ne lui sont pas tous propres. La spécificité d'une épidémie d'Ebola se situe dans les rapports transculturels s'exprimant, d'une part par l'imposition de mesures de protection ou de soins s'opposant aux valeurs de la société locale, et d'autre part par les mouvements de révolte qui s'avèrent être la contestation des plus démunis. Ce phénomène reconfigure durablement les territoires après la crise.

On se demande alors quelles sont les réalités que recouvrent les recompositions territoriales d'après crise ? Nous en avons identifiées trois.

#### L'une est une réalité sociale

Le traumatisme et la souffrance ne se lisent pas toujours dans l'espace, pourtant concernant Ebola, certains marqueurs spatiaux existent très localement : rejet par la famille, honte de soi, perte de ses biens, impliquent un statut socio-économique diminué pouvant induire un déménagement.

#### L'autre est biologique

Les aspects biologiques marquent l'espace, se donnant à voir dans les études de cas menées : les survivants d'une FHVE ont, dans 30 % des cas, des pathologies lourdes à l'issue de leur maladie. Leurs itinéraires thérapeutiques sont alors longs, complexes et recomposent leur espace de vie.

#### La dernière est politique

Enfin, nous avons montré que les lieux des épidémies d'Ebola donnent à voir une réalité politique spatialement recomposante. Le fait que des personnes extérieures à un territoire, interviennent sur celui-ci et en fassent un haut lieu de l'évènementiel sanitaire puis s'en retirent aussi vite qu'ils étaient venus, montre un processus de généralisation des phénomènes spatiaux de domination mais aussi de contestation des plus démunis. La crise sanitaire apparaît comme un instrument politique tant dans la gestion de la crise que dans la contestation de cette gestion.

Par ailleurs, reste en suspend la question de l'ingénierie demandée aux sciences humaines et sociales. Elle semble comporter une difficulté telle qu'il semble pertinent de se demander s'il ne s'agit pas d'un mirage. Les sciences humaines et sociales peuvent-elles réellement se positionner pour l'action ? Il semble important de souligner que la connaissance ne suffit pas à l'action. Que répondre alors à la question, souvent posée : « Que faut-il faire concrètement sur le terrain ? ».

## Références

- BAUSCH, D.G., FELDMANN, H., GIESBERT, T.W., (2007), *Outbreaks of Filovirus Hemorrhagic Fever : Time to Refocus in the Patient*, JID, Suppl. 2, p. 196.
- BAZIN, L. (2011), Propos tenus lors de l'ouverture de l'atelier « *L'anthropologie est politique* », Premier congrès de l'AEFA, EHESS, Paris, Sept. 2011.
- FORMENTY, P., LIBAMA, F., EPELBOIN, A. (2003), *L'épidémie de Fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie*, Med. Trop., p. 63.
- GASQUET, C. (2010), Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo. Thèse de doctorat en géographie humaine et physique, Dir. Pr. Salem G., UPOND (LEST) & Dr. Leroy E., IRD (PEV), Centre International de Recherches Médicales de Franceville (UMVE).
- GEORGES-COURBOT, M.C., LEROY, E., ZELLER, H. (2002), *Ebola : un virus endémique en Afrique Centrale ?* Med. Trop., p. 62.
- HEYMANN, D.L., BARAKAMFITIYE, D., (1999), *Ebola Hemorrhagic Fever : Lesson from Kikwit, Democratic Republic of the Congo*, JID, (Suppl. 1), p. 179.