



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

84 | 2011
84

Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au gabon et en république du Congo

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de géographie humaine,
sous la direction de Eric Leroy, Université Paris Ouest Nanterre La
Défense

Clélia Gasquet



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1317>

DOI : 10.4000/amades.1317

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 10 novembre 2011

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Clélia Gasquet, « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au gabon et en république du Congo », *Bulletin Amades* [En ligne], 84 | 2011, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1317> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1317>

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au gabon et en république du Congo

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de géographie humaine, sous la direction de Eric Leroy, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Clélia Gasquet

Singularités du travail de thèse

Contexte

- 1 Une des singularités de notre thèse est liée au fait qu'Ebola n'est pas un objet d'étude que les géographes sont susceptibles d'appréhender spontanément. Ebola est avant tout un pathogène viral – avant d'être reconfiguré en fait humain impliquant des pratiques territoriales spécifiques. Ce virus appartient à la famille des Filoviridae au sein de laquelle on a dénombré cinq espèces d'ebolavirus plus ou moins pathogènes pour l'homme (de 0 à 88 % de mortalité).
- 2 Au cœur de la forêt tropicale d'Afrique Centrale, le virus circule de manière endémique¹. Par ailleurs, le milieu pourvoit aux besoins des populations pygmées et bantous qui y vivent et pratiquent la chasse, la cueillette, la pêche, etc.
- 3 Cette zoonose² émerge chez l'homme lors d'un contact direct avec le réservoir du virus, une espèce de chauve-souris frugivore, un animal ou une carcasse infectés (antilope de forêt, gorille, chimpanzé) des espèces consommées par les populations locales. En contaminant l'homme, le virus franchit la barrière d'espèce et peut dès lors se manifester par une fièvre hémorragique (FHVE) très contagieuse et causer de graves

épidémies. Les symptômes associés à la poussée fébrile sont des complications gastro-intestinales et respiratoires, susceptibles d'évoluer, en phase terminale, vers des hémorragies généralisées.

- 4 En l'absence de vaccin, le traitement est uniquement symptomatique. En 1995 le monde médical subit un choc lors de l'épidémie de Kikwit (RDC). Celle-ci provoque la mort de 254 personnes dont des médecins et des infirmières de l'hôpital. A partir de cette date, on identifie peu à peu la contamination interhumaine comme un contact direct avec les fluides corporels d'un malade. Le risque nosocomial est donc important, mais la diffusion de la maladie a également lieu au sein des familles, notamment lors des soins prodigués aux malades et aux morts durant des cérémonies funéraires. Suite à l'apparition de telles épidémies l'Organisation mondiale de la santé a ainsi défini des mesures d'intervention pour limiter la diffusion des cas : isolement des malades, incinération ou javellisation de tous matériaux ou corps contaminés, enterrements sécurisés, protection des personnels de santé.

Questionnement

- 5 Dans ce contexte, notre questionnement géographique s'est développé autour de deux axes généraux de recherche :
- Dans un premier temps, nous nous sommes demandé si, au regard de certaines situations sanitaires, la géographie pouvait effectivement rendre compte de façon heuristique des changements sociétaux actuels. En d'autres termes, nous interpellons l'espace dans la mesure où cette dimension détermine la structure des sociétés en crise, reconfigurées, en retour, par la dynamique sociale spécifique de l'urgence. Le rapport aux lieux préexiste à la crise sanitaire (ou autre), et oriente à l'évidence les modalités de son émergence ; mais la gestion et les mesures de prévention qui doivent s'appliquer pour limiter les risques de diffusion viennent à leur tour profondément et durablement modifier les pratiques spatiales des acteurs, institutions et populations concernés. Un phénomène observable aux échelles d'analyses micro, méso comme macro.
 - Dans un second temps, nous avons également mobilisé la géographie dans une dynamique de confrontation transdisciplinaire : l'approche géographique peut-elle s'articuler avec d'autres approches, différenciées tant du point de vue de la théorie que de la pratique, que ce soit dans le champ des sciences humaines et sociales ou particulièrement des sciences de la santé ? Au cours de cette recherche nous avons ainsi questionné la pertinence et la singularité de cette discipline : quelle est la place de la géographie dans une réflexion interdisciplinaire ?

Pluridisciplinarité

Quel dialogue entre sciences humaines et sociales et sciences biomédicales

- 6 Dans le cadre d'un travail répondant à la demande d'une étude en sciences humaines et sociales par le directeur de l'Unité des maladies virales émergentes du Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), au Gabon, composée de virologues, immunologistes, vétérinaires et épidémiologistes, cette question est apparue d'elle-même. Dès lors, nous avons dû soulever l'intérêt et la difficulté des approches pluridisciplinaires (et transculturelles).
- 7 Établir des ponts disciplinaires entre sciences humaines et sociales et sciences biomédicales est un exercice qui force à faire des choix conceptuels et

méthodologiques, impliquant en retour certains infléchissements : la démarche en géographie proposée diffère quelque peu d'une posture géographique « classique ». Car il a été ardu de relier dans un même discours les disciplines dans lesquelles nous avons puisé des enseignements. Ce qui met d'accord les uns (anthropologues par exemple) pose question aux autres (virologues entre autres). L'exercice de la pluridisciplinarité nous a permis de déconstruire certains positionnements, tant du côté des sciences humaines et sociales que de celui des sciences de la santé.

- 8 A ce titre, la pluridisciplinarité constitue davantage une posture, une mise en tension dialectique vers laquelle il faut tendre, plutôt qu'une possibilité réellement effective. Il faut conserver les spécificités de son champ disciplinaire, tout en prônant un travail de traduction afin de faire émerger des énoncés discursifs que les disciplines plus ou moins voisines puissent s'approprier. La pluridisciplinarité doit se construire au sein des sciences humaines et sociales dans un dialogue heuristique avec les sciences de la santé, ce que nous avons ébauché avec la virologie.

La virologie perçue à travers les lunettes du géographe

- 9 La virologie, en tant que discipline neuve et en plein essor, est d'une grande actualité et les dynamiques territoriales y sont essentielles. C'est la raison pour laquelle les géographes doivent porter un intérêt particulier à l'étude de « l'espace viral », du fait notamment de l'existence de relations hommes/virus en différents (mi)lieux et à de multiples échelles spatiales :
- dans le corps d'un malade,
 - au sein d'une structure de soin, ou l'organisation hiérarchique humaine nous informe sur les transmissions qui y ont lieu,
 - dans une maison où la contamination par un contact avec le gibier ne se fera pas dans les mêmes pièces selon que l'on soit un homme ou une femme, et où la transmission mère enfant ne sera pas la même qu'entre frère et sœur ou entre mari et femme,
 - mais aussi à une échelle régionale : l'étude des cycles naturels puis anthropisés des virus ont également beaucoup à apprendre aux géographes en termes de relation de l'homme avec son environnement [1], etc.
- 10 L'intérêt d'une étude de sciences humaines et sociales sur les virus émergents se situe également à un niveau épistémologique. Car, comme discipline née de la technique et du hasard [2], nous identifions dans la virologie un intérêt particulier à tenter d'expliquer l'émergence virale par certaines représentations sociales, notamment parce que les connaissances et les savoirs sont établis par les hommes d'une époque et que les socles disciplinaires et techniques sur lesquels ils s'appuient pour définir l'émergence virale sont en réalité le développement de paradigmes émergents au sein des sciences.

Pluralités des méthodes

- 11 Pour ce faire nous avons dû emprunter des notions, concepts et techniques à différentes disciplines et mettre en lien approche quantitative et qualitative en combinant nos outils d'analyse. Nous avons réalisé une base de données Access à l'issue d'un travail de terrain rétrospectif de trois épidémies regroupant 411 enquêtes auprès des chefs de ménages de 21 localités de la région frontalière Nord du Gabon et de la République du Congo³. Un terrain de 7 mois, nous a permis de développer une approche

observationnelle et relationnelle relevant des méthodes de l'ethnographie et parfois de la psychologie, notamment concernant les entretiens avec les personnes en deuil⁴. Ces données ont pu être valorisées dans une analyse fine, mettant en valeur la spécificité des lieux de chaque épidémie.

- 12 Par ailleurs, les enquêtes auprès des chefs de ménages, ainsi que les données virologiques, sérologiques et épidémiologiques de l'OMS et du CIRMF, mises à notre disposition, nous ont permis de développer des analyses proprement quantitatives. Les concurrences de facteurs liées au risque d'émergence et au risque de diffusion ont été évaluées grâce aux outils de l'analyse statistique multi-variée (ACM⁵ et régression logistique) puis de l'analyse spatiale (CAH⁶) nous permettant l'élaboration de typologies spatialisées grâce au logiciel Philcarto. A l'issue de ces traitements illustrant une phénoménologie complexe de l'émergence et de la diffusion nous avons réalisé un traitement uni-varié (cartes choroplètes analysées variable par variable) dans le but d'illustrer la spécificité des lieux et de montrer toute la particularité d'inégalités économiques, sociales ou notamment sanitaires existant sur les territoires étudiés. Car, les déterminants socio-spatiaux influençant la santé, à différentes échelles, sont hétérogènes et forment un système complexe de relations aux configurations spatiales particulières, que l'approche en géovirologie a vocation à décrire.

Spécificités d'une approche en géovirologie

- 13 Celle-ci a pour objectif d'expliquer et d'analyser les relations Homme/virus dans un environnement commun à deux échelles : la maladie et l'épidémie. L'articulation des relations entre ces objets permet, à travers les phénomènes de circulation, diffusion, transmission, dont certaines formes sont propres aux virus, l'établissement de liens forts entre ces dynamiques et l'espace des sociétés humaines. Ces liens sont représentés à l'échelle individuelle par la maladie et à l'échelle collective par l'épidémie. L'idée d'une géovirologie prend sa source à l'interface de trois approches (géographique, virologique et historique), recouvrant l'idée d'une articulation effective entre ces disciplines, particulièrement à travers une perspective temporelle reposant sur l'utilisation singulière du concept de pathocénose. M. D. GRMEK [3] définit la pathocénose comme l'ensemble des modalités de distribution de l'ensemble des pathogènes présents dans une population humaine à un instant donné.
- 14 Ce concept nous permet ainsi d'identifier certaines dynamiques spatio-temporelles spécifiques du virus Ebola (notamment dans ses particularités de dispersion et d'extension, de concentration des densités virales, ou encore de situation d'épidémicité au cœur de l'aire d'endémicité du virus...) au regard des grands processus d'organisation des sociétés humaines d'Afrique Centrale : migrations et regroupement de populations, politiques internationales de conservation des espèces animales phares (gorilles), exploitation des ressources naturelles (bois et or) impliquant l'ouverture de fronts pionniers, etc., des changements profonds d'organisation des territoires.

La géographie des virus, de l'émergence et du risque d'émergence

- 15 L'un des postulats du concept de pathocénose est que l'ensemble des pathogènes présents dans une population humaine, à un instant T et dans un espace E, se distribue de manière logarithmique, avec peu de maladies très fréquentes et beaucoup de maladies peu fréquentes. Ce mode de répartition illustre le fait que certains pathogènes

dominant durant une période historique donnée et que la dynamique des pathogènes comporte des périodes de stabilité et d'instabilité. La mise en carte des dynamiques spatiotemporelles du virus Ebola en Afrique montre en effet une certaine stabilité en faveur de l'endémicité du virus en Afrique Centrale. Parallèlement, grâce à la cartographie des origines de la contamination humaine, on réussit à mettre en avant une certaine instabilité du virus, qui prendrait différents chemins pour aboutir à l'émergence (en fonction de la diversité des réservoirs et des vecteurs par exemple). En conséquence, l'émergence virale apparaît différenciée selon les lieux et les dynamiques spatiales, du fait de combinaisons différenciées de facteurs écologiques, viraux et anthropiques.

- 16 Raison pour laquelle il a fallu questionner plus précisément les pratiques humaines, lesquelles se territorialisent et influencent la distribution des pathogènes. En s'intéressant à la chasse comme conduite favorisant l'émergence du virus Ebola (un chasseur se contaminant auprès d'un animal malade ou mort), on se rend compte que celle-ci est en effet fréquemment un facteur direct (contact avec le gibier lors du dépeçage ou de la préparation du repas) ou indirect (consommation du gibier) déclencheur d'épidémie. Cependant, nous montrons qu'elle n'est pas la seule activité à incriminer, dans la mesure où, dans les villages enclavés d'Afrique Centrale, cette pratique est loin d'être uniforme. Au contraire, sa diversité est telle (chasse au fusil, au piège, au filet, à la sagaie, nocturne, diurne, selon différentes fréquences, en différents lieux, etc.) qu'elle ne peut être définie dans son ensemble comme représentant une conduite « à risque ».

Une géographie de l'offre de soins et de la maladie

- 17 Il en va de même concernant les combinaisons de facteurs pouvant induire la diffusion de la maladie au sein d'une population humaine. Là encore, il semble impossible de conclure que la diffusion d'une épidémie pourrait dépendre de façon univoque de facteurs anthropiques locaux. Nos observations interrogent autant des facteurs biologiques (possibilité de souches virales plus ou moins pathogènes selon l'épidémie) que des facteurs sociétaux (intervention sanitaire sur les lieux de l'épidémie, immédiate ou non, internationale ou nationale, etc.), dans une interface indissociable.
- 18 Aux questions « où ? » puis « pourquoi là et pas ailleurs ? », nous répondons par la concurrence des facteurs, qu'il s'agisse de l'émergence comme de la diffusion : présence d'une souche virulente, de concentrations importantes de primates et d'hommes à un moment donné, notamment selon certaines saisonnalités qui implique le regroupement des espèces animales et des hommes autour des arbres fruitiers, et enfin de la présence d'une (ou plusieurs) personne(s) sensible(s) au virus.
- 19 De plus, devant la diversité des soins donnés aux malades, et leur accessibilité⁷ inégale tant en termes d'accompagnement relationnel que de modalités thérapeutiques, le risque apparaît tantôt familial, tantôt nosocomial, ce qui suggère en tout cas l'analyse des parcours de soins en tant que facteurs spécifiques de propagation (recours à un médecin traditionnel, à un pasteur-soignant, à une structure hospitalière, etc.). Du fait de la présence de différentes médecines les recours sont effectivement multiples et favorisent une grande diversité des itinéraires de soins qui rendent complexe la dynamique d'une épidémie en agissant tantôt comme barrière, tantôt comme accélérateur de la diffusion de la maladie dans la population.

- 20 Par ailleurs, l'émergence et la diffusion de la maladie, appréhendées à travers leurs discontinuités, notamment celles recouvrant des enjeux contradictoires, impliquent des processus qui amènent à une crise sanitaire au sein du fonctionnement de la société ; et la gestion de cette situation aboutit parfois à des violences dépassant le cadre de la dynamique du pathogène.

Géographie de la crise et de l'après-crise

- 21 Nous montrons par l'analyse des pratiques spatiales que, selon les acteurs concernés, une crise sanitaire ne porte pas sur les mêmes enjeux. Les espaces de la crise, pratiqués par chacun, apparaissent comme lieux qui, durant l'évènement épidémique, deviennent un territoire d'opposition de différentes temporalités impliquant des logiques socio-spatiales opposées :
- celles ayant trait au désir d'ouvrir l'espace de vie (celui des malades, familles des victimes et communautés touchées, pour qui le temps de la maladie et du deuil se fige) ;
 - celles concernant la nécessité de cloisonner l'espace d'intervention (celui des gestionnaires de la crise, de l'urgence pour qui le temps s'accélère).
- 22 Une épidémie de FHVE provoque un contexte de crise sanitaire, bien que les processus décrits dans notre travail ne lui soient 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. Car, en comparaison d'autres maladies, si l'impact d'Ebola sur les populations en termes de pathologie est évidemment fondamental, nous montrons ici que les stigmates durables se trouvent être ceux liés à la gestion de la crise, que ce soit dans une maison, un quartier, un village, une province, notamment en raison :
- des sens multiples et des théories étiologiques qui sont donnés à cette maladie (théories du complot, empoisonnement, etc.), lesquels ne se retrouvent pas dans le cas du paludisme par exemple,
 - de l'intervention extérieure existant lors de telles épidémies induisant parfois des violences transculturelles accompagnant la gestion de telles épidémies, en particulier en termes de gestion territoriale.
- 23 Ce type de ressenti est lié notamment aux discordances qui existent entre les représentations locales et celles véhiculées par les sociétés du risque zéro et de l'immédiateté [4]. La notion de représentation sociale est utilisée ici pour désigner les images de la réalité collective fortement suggérées à l'individu par la société. Ces représentations, bien qu'elles fassent appel à l'imaginaire des acteurs, n'en participent pas moins à structurer l'action d'urgence. Nous avons ainsi montré qu'Ebola suscite dans l'opinion publique une angoisse qui réactive certaines peurs « anciennes » de notre civilisation (Grande Peste du Moyen-âge, grippe espagnole de l'après-guerre, etc.) [5], et implique conséquemment un intérêt politico-scientifique ainsi qu'une polarisation médiatique autour de ce virus. Ceci explique en partie qu'il n'existe pas d'épidémie de FHVE sans le cortège des institutions sanitaires internationales ; émergence et intervention médicale deviennent inextricablement associées dans leur dynamique groupale.

- 24 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 prévention (non consommation de tel gibier) et de protection ou de soins s'opposant aux valeurs de la société locale (prohibition de contact physique direct avec un malade),
 - d'autre part par les mouvements de révoltes à l'égard des méthodes d'intervention.
- 25 Ces situations ont d'ailleurs tendance à s'améliorer, particulièrement depuis 2003, la prise de conscience de certains intervenants et la présence d'anthropologues sur le terrain permet, entre autres, une meilleure communication entre les intervenants extérieurs et les populations locales.
- 26 Néanmoins, nous soulevons un point important de la gestion de ce genre d'épidémie : le déni d'humanité – bien qu'il ne soit pas nécessairement propre à une épidémie de FHVE, ni aux crises sanitaires en général. On le retrouve effectivement lors des guerres, des catastrophes naturelles, parfois même lors de certains événements politiques témoignant d'un risque d'anomie au niveau sociétal.
- 27 De plus, cette géographie en appelle à l'identification des rapports de pouvoirs observés, susceptibles de se manifester à travers la confrontation d'enjeux territoriaux. De fait, les rapports de domination sont un élément de l'ossature des sociétés. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons occulté une approche « ethnicisante » en faveur d'une approche « universalisante », dans laquelle nous avons montré qu'il existait des rapports de domination, de force (isolement des malades allant contre l'avis des familles), voire de violence (enterrement de corps dans des fosses communes) dans les relations transculturelles médecin/malade. Cette géographie de la crise nous permet de mettre en exergue les reconfigurations post-épidémie.
- 28 Dans l'après-coup, l'épidémie d'Ebola marque les lieux à travers différentes réalités que nous avons identifiées au sein de l'analyse :
- une réalité sociale : le traumatisme et la souffrance ne s'inscrivent pas systématiquement dans l'espace. Pourtant, concernant Ebola, certains marqueurs spatiaux existent très localement ; rejet par la famille, honte de soi, perte de ses biens, etc. impliquent un statut socioéconomique diminué pouvant induire des remaniements concrètement observables des lieux de vie (déménagement par exemple) ;
 - une réalité biologique : les aspects biologiques marquent indéniablement l'espace. Ce fait se donne à voir rétrospectivement 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, ce qui détermine des itinéraires thérapeutiques singuliers par leur durée, leur complexité et leur capacité à recomposer les rapports quotidiens aux territoires d'existence ;
 - une réalité politique : enfin, nous avons montré que les lieux épidémiques donnent à voir une réalité politique spatialement « recomposante ». Le fait que des acteurs appartenant à des institutions nationales et des réseaux internationaux alors extérieurs au territoire interviennent sur celui-ci, et en fassent immédiatement un haut lieu de l'évènementiel sanitaire, puis s'en retirent aussi vite qu'ils étaient venus, sous-tend un processus de généralisation des phénomènes spatiaux de domination - mais aussi de contestation des « dépossédés ». La crise sanitaire et les lieux qui la portent apparaissent dès lors comme un instrument politique, tant dans la gestion de la crise que dans l'opposition à cette gestion. Son analyse souligne les enjeux de désappropriation/réappropriation de territoires fortement imprégnés par le traumatisme et lourd d'enjeux multiscalaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SORRE, M., 1933, Complexes pathogènes et géographie médicale, *Annales de géographie*, vol. 42 : 235
- [2] CHASTEL, C., 2006, *Virus émergents, vers de nouvelles pandémies ?*, Paris, Vuibert, Adapt-Snes
- [3] GRMEK, M.D., 1994, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale, Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec historique, archaïque et classique*, Paris, Payot
- [4] BECK, U., 1992, *Risk society: towards a new modernity*, London, Sage
- [5] DELUMEAU, J., 1978, *La peur en occident (XIVème - XVIIIème siècles), Une cité assiégée*, Paris, Fayard

NOTES

1. C'est-à-dire une circulation permanente sur un espace donné.
2. Une maladie animale primitivement.
3. Une zone enclavée, au cœur des lieux de multi-émergences du virus, dans des localités touchées (3/4) par les épidémies mais aussi d'autres exemptes de cas (1/4).
4. Plus de 100 entretiens auprès des autorités locales et 49 entretiens auprès des victimes des épidémies ont été réalisés.
5. Analyse de Correspondances Multiples
6. Classification Ascendante Hiérarchique
7. La proximité n'impliquant pas systématiquement l'accessibilité ; d'autres déterminants – sociaux, culturels- freinent l'accès aux soins : les distances-temps, horaires, coûts, culturelles, les liens sociaux et le capital social des individus etc.

AUTEUR

CLÉLIA GASQUET