

Sociocultures et infections émergentes

Almudena Mari Saez, TransVHIMI, IRD

almudena.marisaez@ird.fr

Plan

1. Rappel émergence et épidémies ;
2. Rappel anthropologie ;
3. Anthropologie et épidémies:
4. Emergence et visibilité

1. Rappel émergence et épidémies:

passage inter-espèces

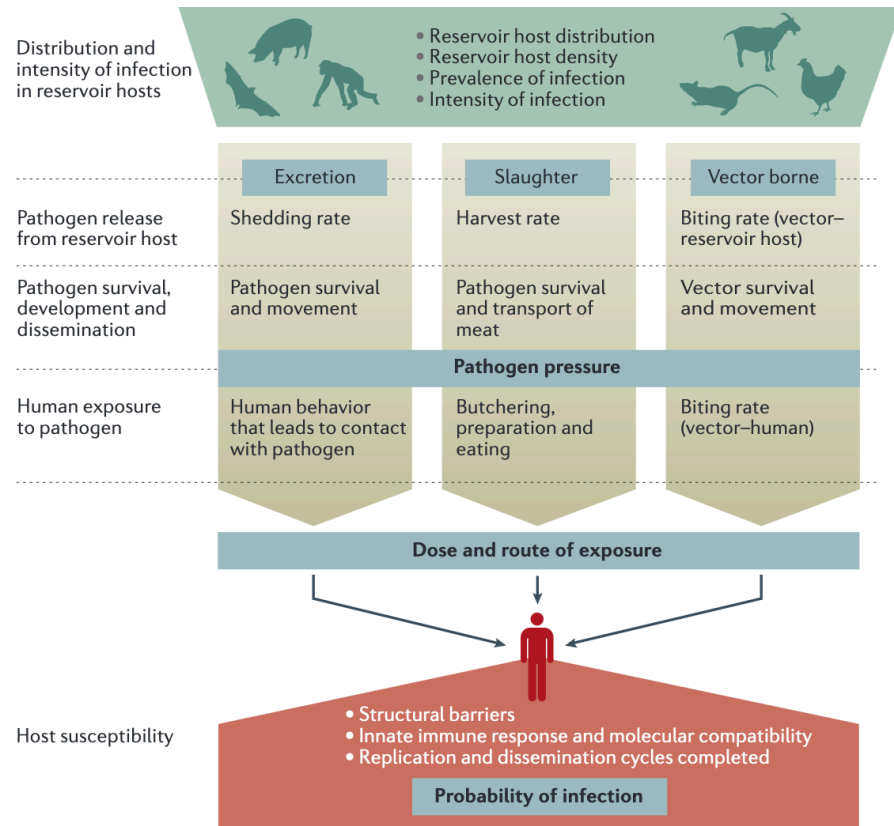
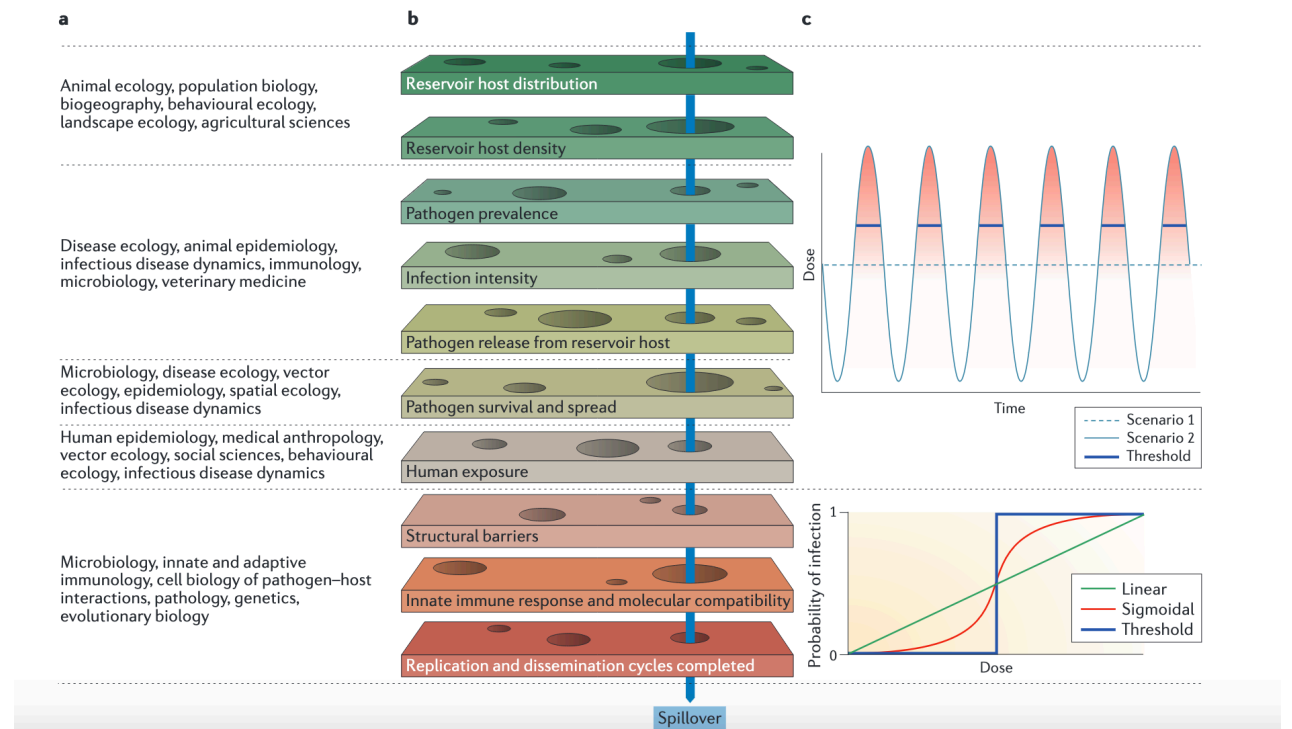


Figure 1 | **Pathways to spillover.** The risk of spillover is determined by a series of processes that link the ecological dynamics of infection in reservoir hosts, the microbiological and vector determinants of survival and dissemination outside of reservoir hosts, the epidemiological and behavioural deter-

Plowright, 2017. Nature.



Epidémiques

History of deadly plagues, epidemics and global pandemics

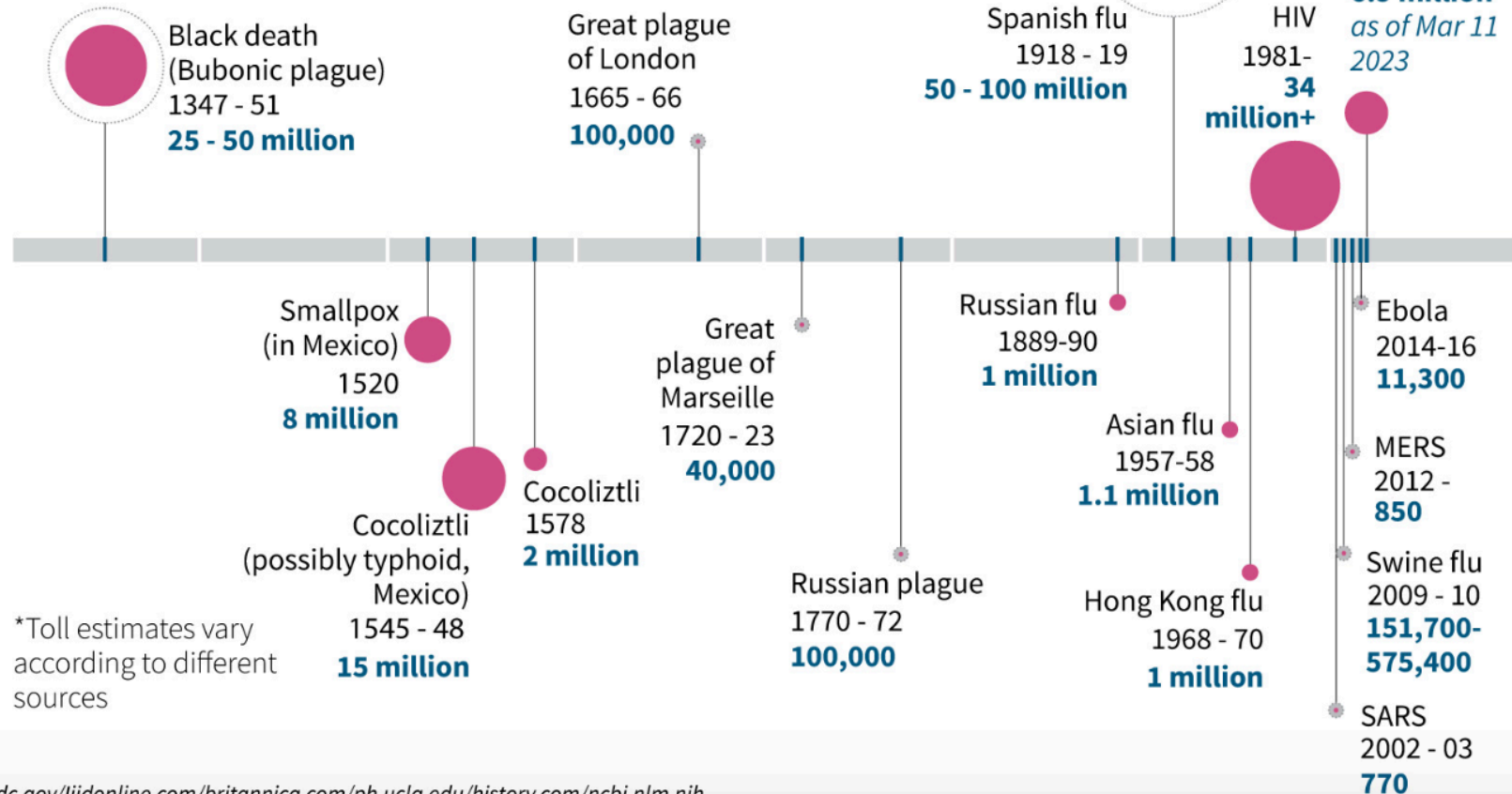
Major outbreaks

● 1 million or more deaths* ● Less than 1 million

Before 1300



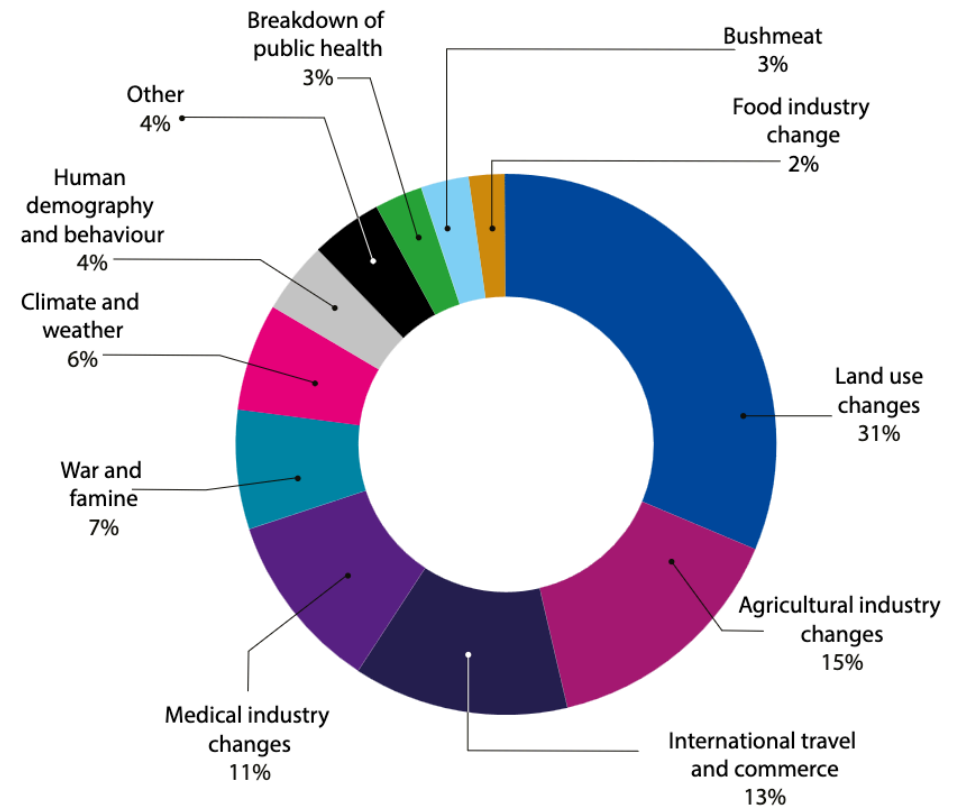
After 1300



- Facteurs qui influencent l'émergence de maladies:
 - Déforestation
 - Fragmentation de l'environnement
 - Proximité entre les personnes et des espèces animales sauvages
- Multiplication des épidémies:
 - Accroissement de la densité humaine
 - Rapprochement spatial rural-urbain
 - Multiplication des déplacements
 - Changement climatique – changements extension des vecteurs
 - Élevage et agriculture industriel
 - Usage massive et mésusage des antibiotiques (humains, animaux et versement dans l'environnement)

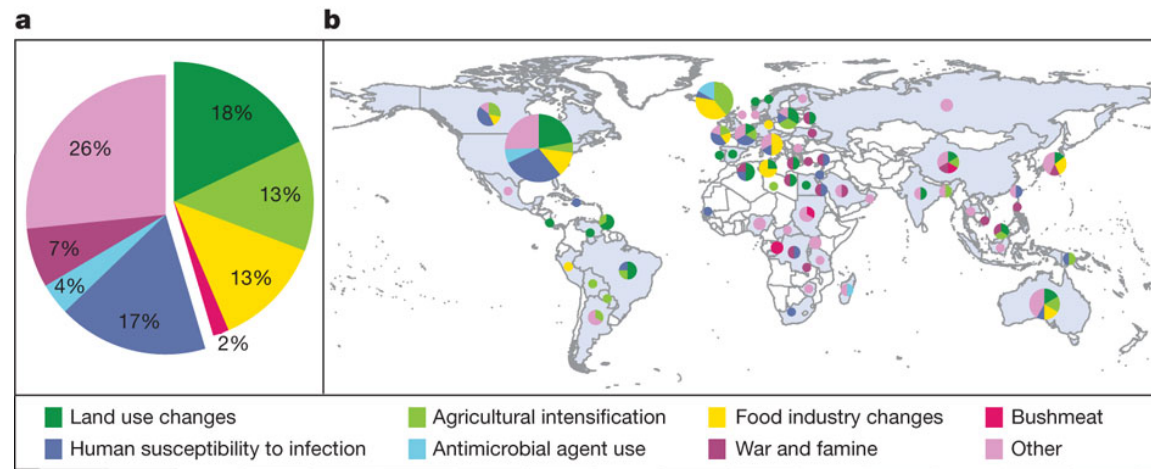
Source: Wiethoelter *et al.* (2015)⁴⁴

Primary drivers of past disease emergence

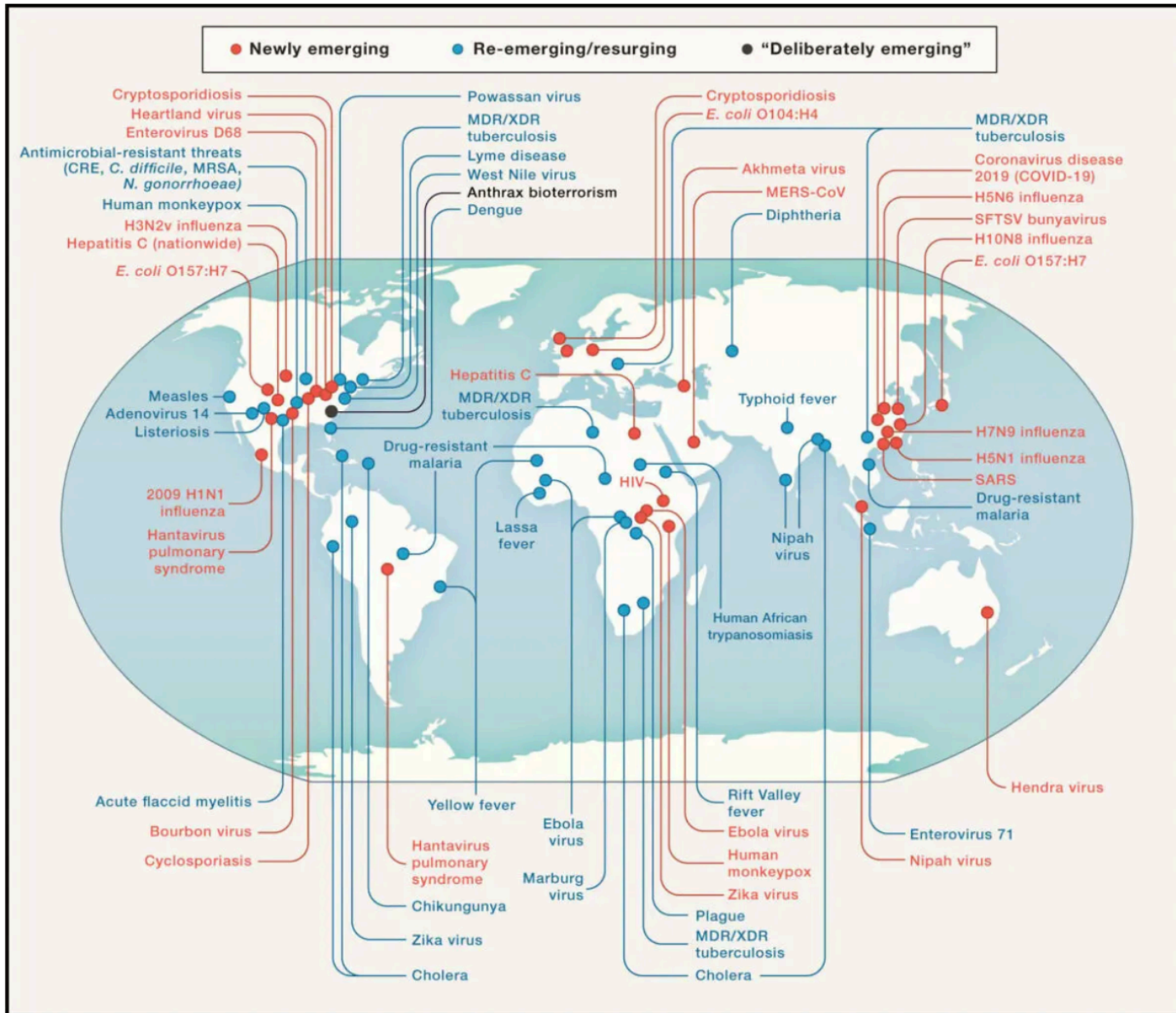


Source: Loh *et al.* (2015)⁴³

Facteurs déterminants et lieux d'apparition des épidémies de maladies infectieuses zoonotiques chez l'homme entre 1940 et 2005.



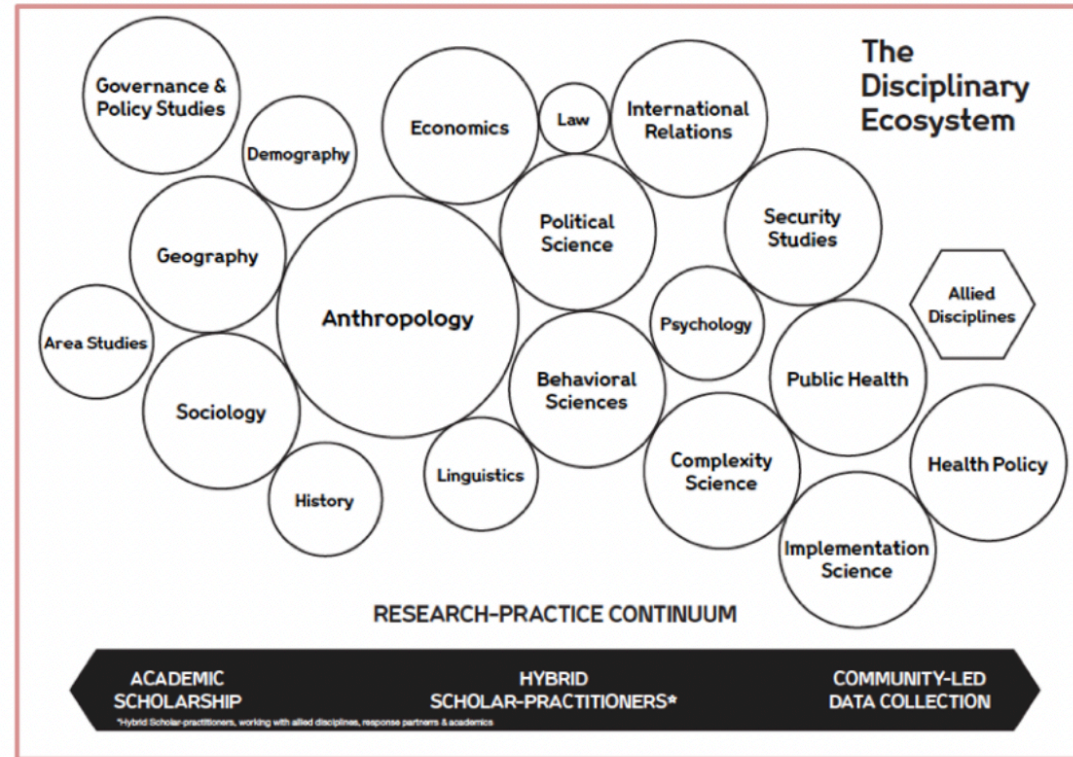
F Keesing *et al.* *Nature* **468**, 647-652 (2010) doi:10.1038/nature09575



A. Fauci. 2017 <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/main%20map.jpg>

2. Anthropologie?

Figure 1.3 Principales disciplines des sciences sociales mobilisées face aux épidémies émergentes



Source : BARDOSH K. *et al.*, 2019. *Towards People-Centered Epidemic Preparedness and Response: From Knowledge to Action (Social Science Research)*. London, Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness.

2. Démarche méthodologique: Ethnographie

- Ethnographie : travail de terrain + questions préliminaires + corpus de textes;
- Immersion dans un contexte : sentiment de familiarité;
- Observations et discussions et informelles; suivi dans la forêt, partage de travaux, repas...
- Un journal de terrain est tenu chaque jour, pour avancer ou modifier les hypothèses de travail.
- Entretiens semi-structurés;
- Une triangulation des différentes sources : observations, discussions, entretiens, révision de la littérature (rapports, articles en anthropologie mais aussi d'autres disciplines qui aident à comprendre le fait à étudier.

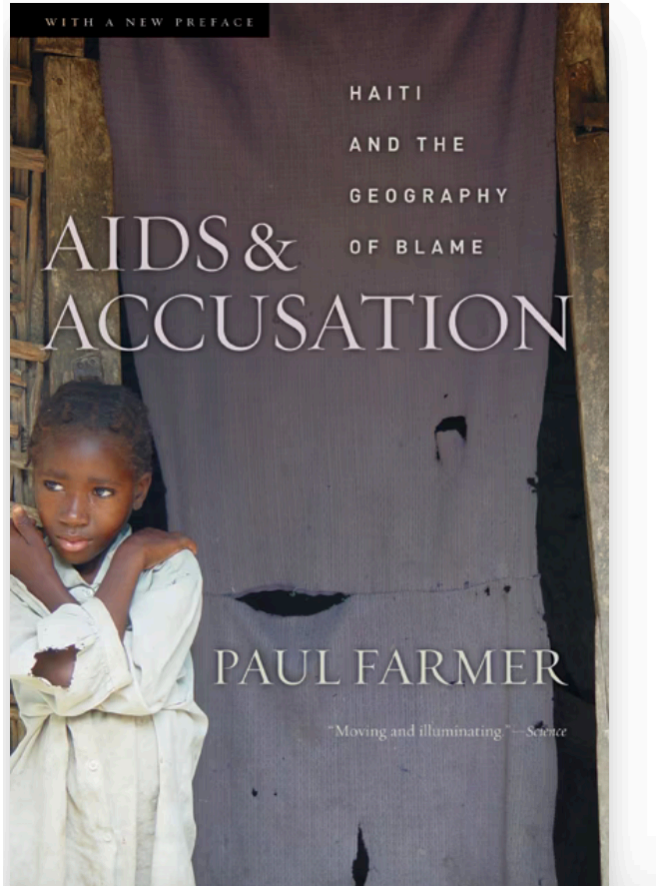
3. L'anthropologie et les épidémies: l'émergence (I)

- L'Anthropologie vise à comprendre les conditions d'apparition des épidémies (émergence zoonotique ou transmission humaine);
 - Facteurs macro (déforestation, augmentation de la densité de la population, diminution de la biodiversité, modes de production agricole et d'élevage, la gestion des espaces protégés, mobilité de la population-animaux, extraction de ressources, sous-financement du système de santé;);
 - Facteurs micro : au niveau communautaire la cohabitation et le rythme d'interaction entre les espèces, le partage de l'espace-temps, recherche saisonnière de la nourriture, intensification de la production de la nourriture (agriculture-élevage) par l'introduction de programmes économiques ou développement.

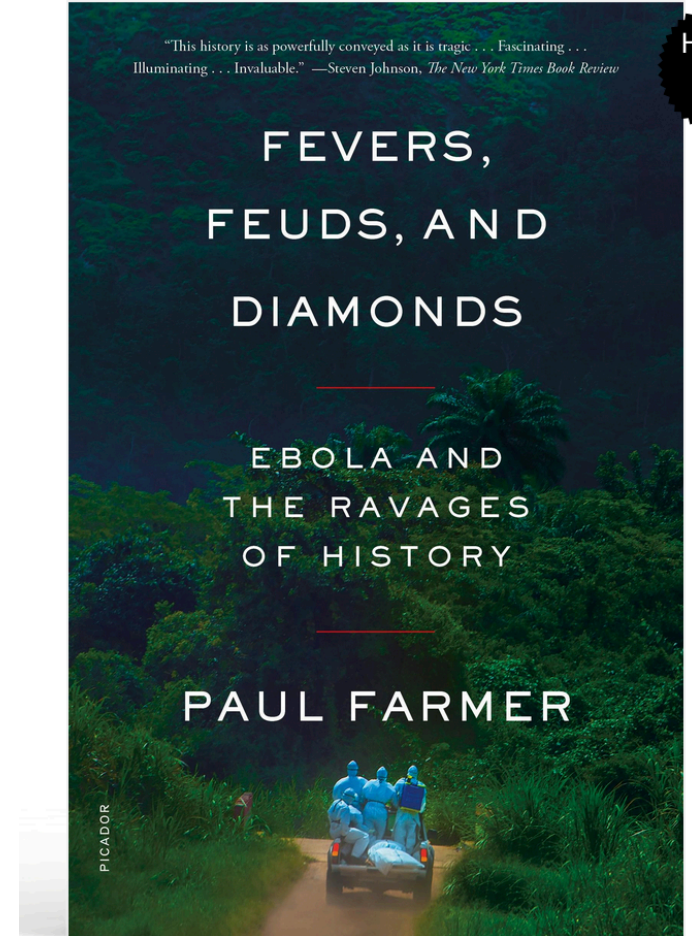
3. L'anthropologie et les épidémies (II)

- Anthropologie des épidémies:
 - Tournant épidémie VIH (années 1990): ampleur et inégalités d'exposition et accès aux traitements, stigmatisation, dépistage, émergence du communautaire, démocratie sanitaire, acceptabilité/accessibilité des ARV, actuellement accès à la PrEP, vieillissement;
 - Syndrome respiratoire aigu sévère: (SARS, 2002-2003 Asie, Canada): quarantaines, déterminant sociaux et sécurité sanitaire, notion et identification de risque.
 - Maladie à Virus Ebola (à partir des années 2000): appel à SHS, dimensions politiques, historiques et sécuritaires, recherche en santé publique.
 - Covid-19 : émergences (de zoonoses), réponses diverses (contention, particulier selon le contexte socio-culturel-historique), adhésion vaccinale.
 - Mpox (2022) : maladie émergente, réémergence avec déclaration d'un USPPI en 2022 et une double circulation endémique et épidémique actuellement en RDC.

3. Epidémies: histoire et déterminants socio-économiques

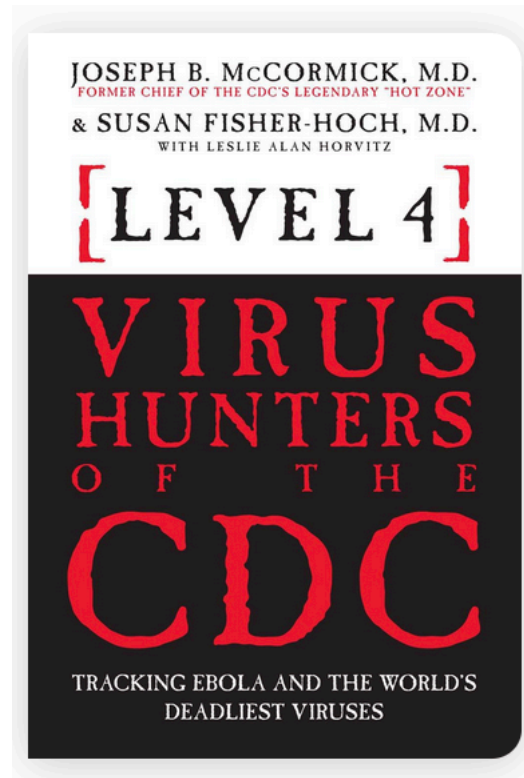


Vulnérabilités structurelles:
Pauvreté,
Inégalités sociales
Marginalisation
Violence structurelle
Favorisent la propagation du VIH





Source: <http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/sierrale.pdf>

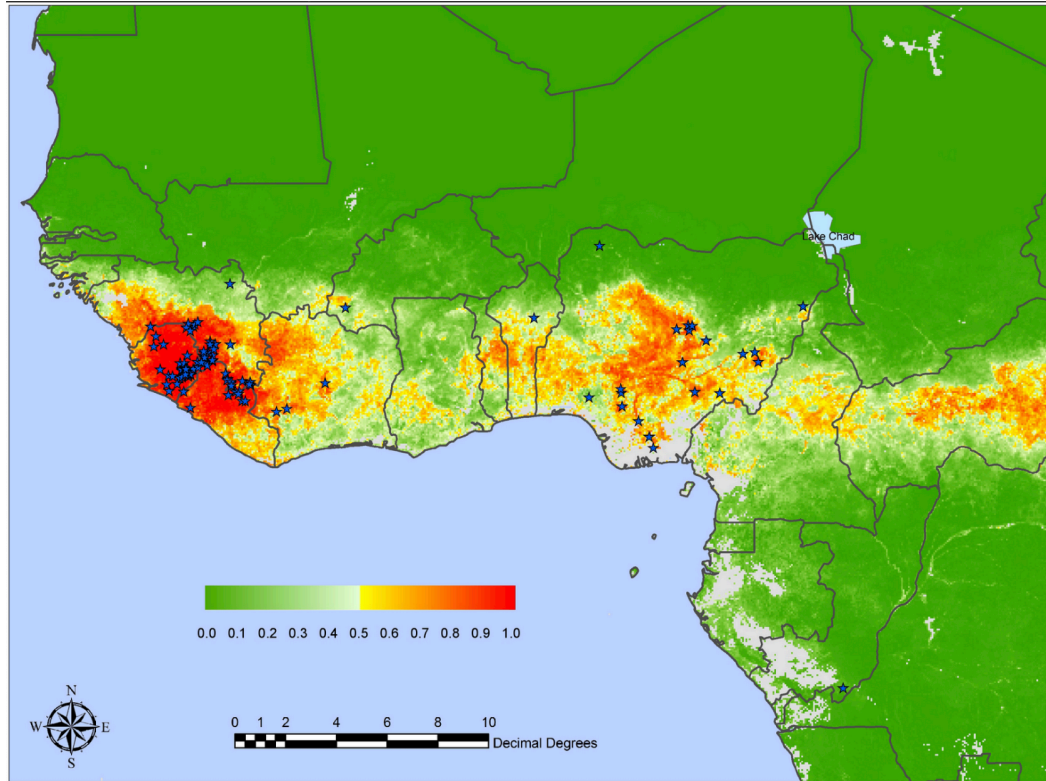


Dr. Sheik Humar Khan, who died of the disease he was helping to fight, posed for a picture in Kailahun, Sierra Leone, on June 25.

Umaru Fofana/Reuters /Landov

<https://www.npr.org>

Lassa fever



1969 Lassa (Nigeria)

First transmission from direct contact with the virus host, *Mastomys natalensis* or its body fluids, or through food stuff or articles contaminated.

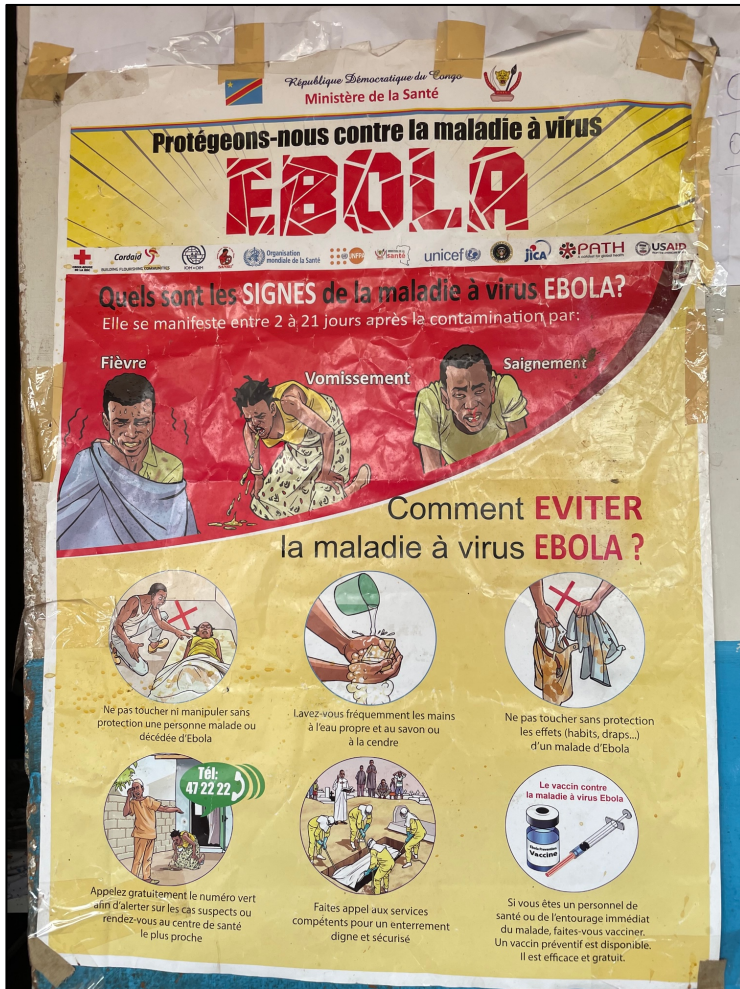
100,000 to 300,000 infectious, 5,000 deaths. The disease is deadly in 15 % à 30 % of hospitalized patients.

Endemic in Mano River and Nigeria, with exported cases in other West African countries and EU.

Diagnostic RT-PCR, biosafety level 3 laboratory

Fichet-Calvet 2009. Risk Maps of Lassa fever in WA. Plos

4. Emergence et visibilité



Le virus a été identifié pour la première fois en 1976, lors d'une épidémie au Soudan et en République démocratique du Congo.

Le taux de mortalité varie entre 30 et 90 % en fonction de l'épidémie et de l'espèce de virus.

Les premiers signes sont des symptômes pseudo-grippaux tels que l'apparition soudaine d'une fièvre supérieure à 38°C, une grande faiblesse, des douleurs musculaires, des maux de tête et des maux de gorge, maux de tête et de gorge. Ces symptômes sont communs à de nombreuses autres maladies et il est difficile de les diagnostiquer.

Ils sont suivis de vomissements, de diarrhées, d'éruptions cutanées et d'une altération des fonctions rénales et hépatiques. Et dans certains cas, des hémorragies internes et externes.

La période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre l'infection et les premiers symptômes, varie de 2 à 21 jours, mais se situe généralement entre 5 et 12 jours.

Les efforts de recherche se concentrent sur le développement de traitements et d'outils de diagnostic.

Mais aussi sur le comportement du virus, sa persistance dans les fluides corporelles et sites privilégiés des réponses immunitaires et réponse immunitaire.

- « Ebola, pour quoi c'est toujours à l'Equateur. Il est originaire de la Tshuapa. L'un de collègues explique qu'il y a la forêt et les gens font la chasse. Mais il dit c'est argument on peut vous le rabattre en disant qu'il y a des forêts équatoriales ailleurs, et il n'y a pas des cas. Un autre collègue ajoute, ici c'est le comportement des gens qui mangent des animaux décédés dans la brousse qui fait que les gens se contaminent. Une autre personne du groupe ajoute que peut-être les conditions climatiques qui agissent sur le comportement du virus ou des animaux. Le directeur dit, a oui, même moi j'ai quelqu'un qui m'a demandé de lui amener un signe quand je voyage à Kin. Ici ça se fait. Ça va passer l'avion et même si tu veux l'amener en EU, il souffrit de payer à l'aéroport. Maintenant nous sommes dans la ville de Mbandaka, l'argument de la forêt, la chasse, l'animal mort ne marche pas. C'est un autre collègue qui continue, et explique le travail de tracer les débuts des épidémies et qu'il peut y avoir d'autres personnes qui sont décédés avant, mais on ne peut pas faire la connexion ».



2. Emergence

- Pas seulement biologique – processus de mise en visibilité (partiel et situé)

Original Article



Tolerable Tests: Regulating Diagnostic Innovation in a Global Health Emergency, Lessons from Ebola

Alice Street ¹ and Ann H. Kelly ²

Abstract

The response to the 2014-2016 West African epidemic was a watershed for emergency research and innovation, forcing a shift in regulatory norms as evidentiary standards were pitted against humanitarian imperatives and biosecurity concerns. This article examines how those ethical and epistemic negotiations unfolded in practice through the development, testing, and use of novel tools for Ebola diagnosis with a focus on Sierra Leone. We track the priorities placed on the accuracy, feasibility, and clinical efficiency of Ebola diagnostic platforms and explore how these varied over the course of the outbreak and for different actors involved in their deployment. The lack of clarity over which tools might be fit for purpose exposed the profound ambiguities around the nature, scope, and purpose of building in-country Ebola diagnostic capacity. Ultimately, we argue that the accelerated regulatory process coordinated by the World Health Organization operated as a liminal procedure that both revealed the scientific, ethical, and political trade-offs and inequalities attendant to an emerging regime of emergency research and development, and provided a tentative, reflexive platform for regulatory experimentation, deliberation, and reform.

Keywords

Ebola, diagnostics, regulatory science, emergency research and development, tolerability

Emerging Disease or Emerging Diagnosis?: Lassa Fever and Ebola in Sierra Leone

Annie Wilkinson
Anthropological Quarterly
George Washington University Institute for Ethnographic Research
Volume 90, Number 2, Spring 2017
pp. 369-397
[10.1353/anq.2017.0023](https://doi.org/10.1353/anq.2017.0023)

Article

[View Citation](#)

[Additional Information](#)

ABSTRACT

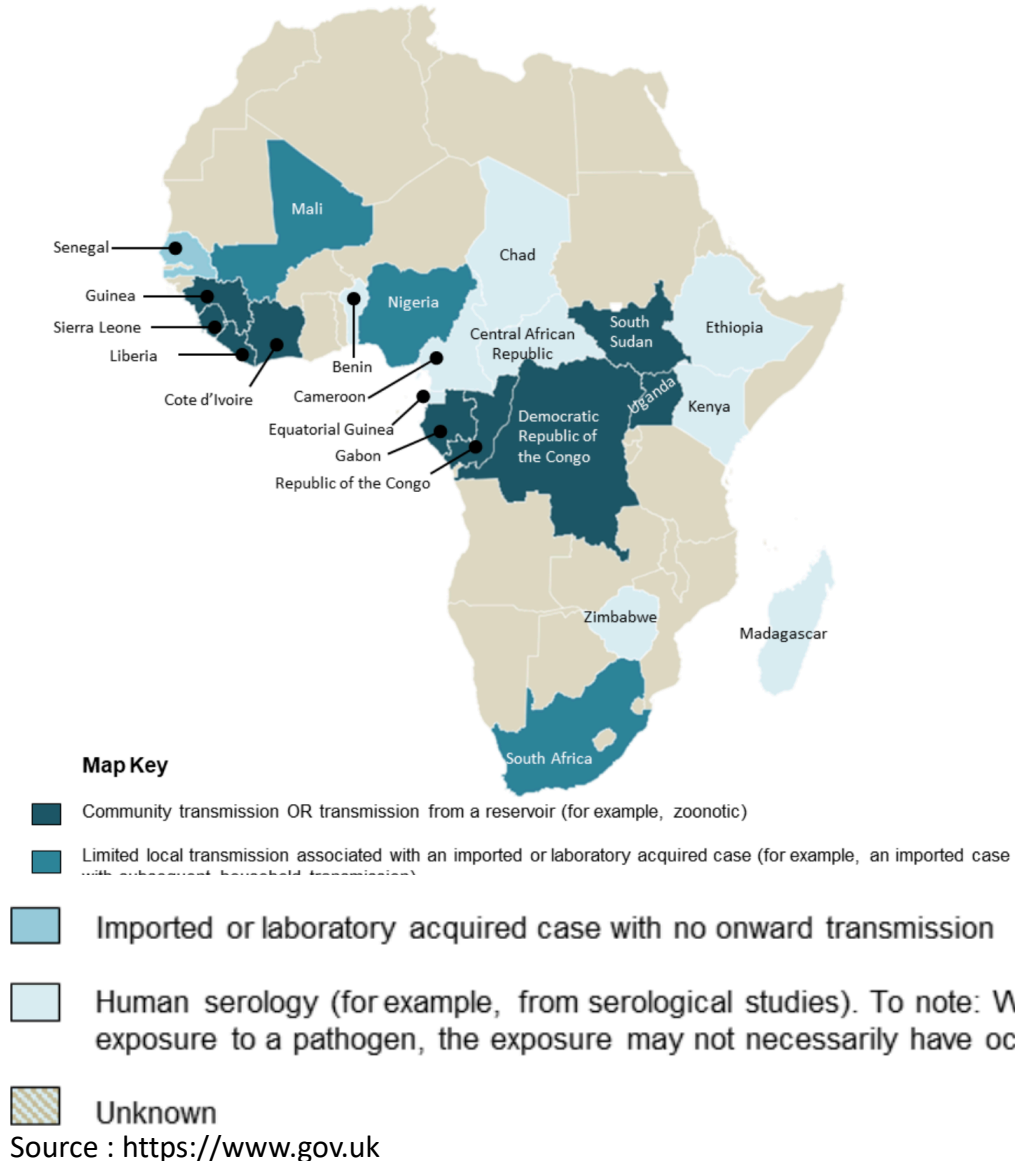
It has become routine to attribute the tragedy of the West African Ebola epidemic to inexperience and lack of knowledge. The states and citizens of Guinea, Liberia, and Sierra Leone were portrayed as entirely unfamiliar with Ebola and therefore without relevant knowledge. The simplicity of this narrative is disturbed by the experience of Lassa fever, an infectious and deadly viral hemorrhagic fever (VHF), which is endemic in the three countries most affected by Ebola. This article looks beyond Ebola in 2014 to the history of efforts to control VHFs in the Mano River and challenges the idea that there was a vacuum of knowledge. Highlighted instead are politics of knowledge which have run through global health and which have prioritized particular forms of knowledge and ways of dealing with disease. Ethnographic research on the emergence of Lassa and the subsequent emergence of Ebola in West Africa is presented, focusing on the development of technologies and institutions to detect and manage both viruses. This provides a lens for exploring what was known and not known, how and by whom, as well as what was counted and what was not, and why. The anthropological literature on emerging diseases has so far focused [End Page 369] on the social, economic, and cultural dynamics which produce disease burdens but less on the socio-technical processes which calibrate these burdens. This article contributes to the anthropology of emerging infectious disease by more fully accounting for the intricacies, uncertainties, and implications of diagnostic and surveillance practices for new diseases. The piece will add to post-Ebola debates around preparedness by connecting intricate sociotechnical perspectives on disease emergence with the politics of science and global health and questioning the way priorities, risks, and problems have been conceptualized within this.

Une anthropologie de la mise en visibilité

« Il ne s'agit pas de rendre visible un virus, mais de comprendre comment il peut rester présent tout en étant, selon les moments et les acteurs, indétectable, incertain ou non reconnu. »

Histoire des épidémies Ebola

Figure 1: Map of Ebola disease (EBOD) in Africa. Please see the [HCID: country specific risk webpage](#) for details of travel-associated EVD cases reported outside of Africa.



1976 :	RDC, UK (Orthoebolavirus zairensis); Sudan (Orthoebolavirus sudanese)
1977:	DRC (Orthoebolavirus zairensis)
1979:	Sudan (Orthoebolavirus sudanese)
1994:	CIV Orthoebolavirus taiense ; Gabon (Orthoebolavirus zairensis);
1995:	DRC (Orthoebolavirus zairensis);
2000:	Uganda (Orthoebolavirus sudanese)
2001:	R. of Congo (Orthoebolavirus zairensis); Gabon (Orthoebolavirus zairensis);
2003:	R. of Congo (Orthoebolavirus zairensis);
2004:	Sudan (Orthoebolavirus sudanese)
2005:	R. of Congo (Orthoebolavirus zairensis);
2007:	Uganda (Orthoebolavirus bundibugyoense) RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2008:	RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2011:	Uganda (Orthoebolavirus sudanese)
2012:	Uganda (Orthoebolavirus sudanese) RDC (Orthoebolavirus bundibugyoense)
2014:	RDC (Orthoebolavirus zairensis); Liberia, SL, Guinea and imported cases (Orthoebolavirus zairensis);
2017:	RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2018:	RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2020:	RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2021:	RDC (Orthoebolavirus zairensis); Guinée (Orthoebolavirus zairensis);
2022:	Uganda (Orthoebolavirus sudanese); RDC (Orthoebolavirus zairensis);
2025:	Uganda (Orthoebolavirus sudanese) RDC (Orthoebolavirus zairensis)
2026	RDC (Orthoebolavirus bundibugyoense)

Source : <https://cdc.gov>

Ebola – Région Equateur:

- 2018 : Itipo, Bikoro, Wangata (Mbandaka) ;
- 2020: Bikoro ;
- 2022: Mbandaka.

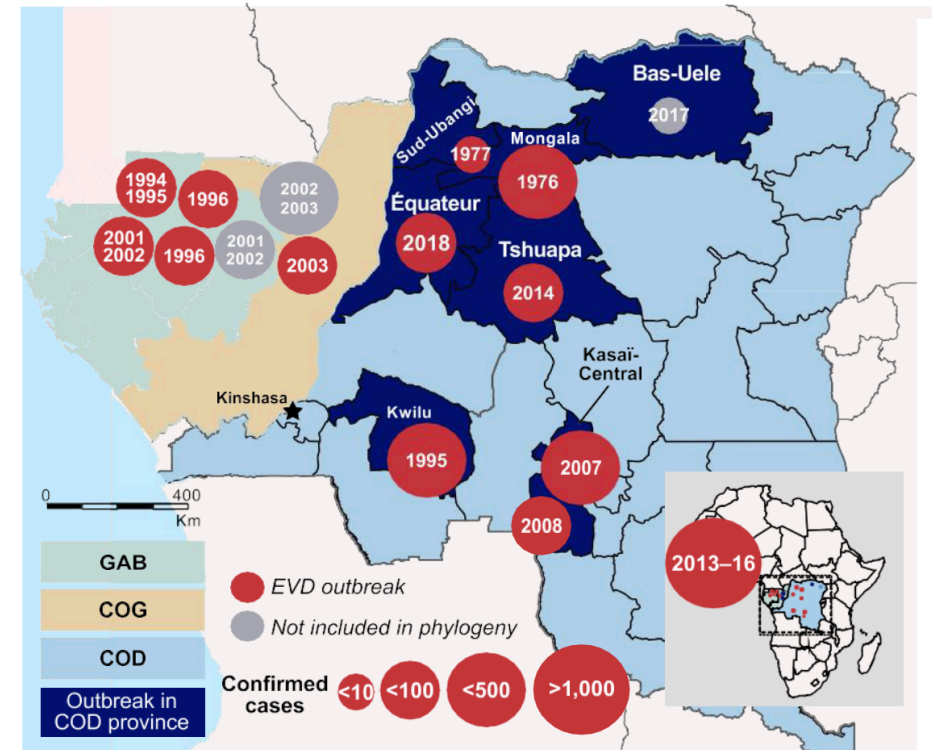


Figure S1. Map of EVD outbreaks that have occurred in Middle Africa, which includes the Democratic Republic of the Congo (COD), Gabon (GAB), and the Republic of the Congo (COG). Provinces (for COD only), years, and size of the outbreaks (indicated by the diameter of each circle) are shown.

Ecologie de la ville de Mbandaka

- Ville ouverte et connecté: Difficile séparation ville-village
- Transport fluvial des personnes et marchandises

Maintenant nous sommes dans la ville de Mbandaka, l'argument de la forêt, la chasse, l'animal mort ne marche pas.

*Mbandaka,
24.05.2022.*

République Démocratique du Congo
 Ministère de la Santé

Protégeons-nous contre la maladie à virus
EBOLA

Cordaid, Organisation mondiale de la Santé, unicef, jica, PATH, USAID

Quels sont les SIGNES de la maladie à virus EBOLA?
 Elle se manifeste entre 2 à 21 jours après la contamination par:

Fièvre Vomissement Saignement

Comment EVITER la maladie à virus EBOLA ?


 Ne pas toucher ni manipuler sans protection une personne malade ou décédée d'Ebola


 Lavez-vous fréquemment les mains à l'eau propre et au savon ou à la cendre


 Ne pas toucher sans protection les effets (habits, draps...) d'un malade d'Ebola


Tél: 41 22 22
 Appelez gratuitement le numéro vert afin d'alerter sur les cas suspects ou rendez-vous au centre de santé le plus proche


 Faites appel aux services compétents pour un enterrement digne et sécurisé


Le vaccin contre la maladie à virus Ebola
 Si vous êtes un personnel de santé ou de l'entourage immédiat du malade, faites-vous vacciner. Un vaccin préventif est disponible. Il est efficace et gratuit.

5 cas signalés (4 confirmés + 1 probable)

5 décès au total

Visibilité des cas Ebola: infection

Pas contamination exposition

J'administre des injectables, mais je ne nettoie pas la fesse et je ne fais pas le massage de la zone après la piqûre. Je ne touche pas le corps de M31. 04 Avril ?

Je lave M31 une fois dans la douche, avec un chiffon et savon et je lui passe la pommade sur le corps.

Je dors avec M31 il dors « bien habillé », même avec des chaussettes pour éviter les piqûres de moustiques et enveloppé dans un draps. Moi je porte un jacket et des chaussettes.

Quand M31 veut vomir il utilise le pot. M31 ne fait pas la diarrhée sur lui-même. 15- 19 Avril

Je lui passe un habit trempé dans l'eau sur les habits que M31 porte, pas directement sur le corps. 21 Avril

Pas de contamination stop transmission

C'est qui m'inquiète c'est que chez F25 ils continuent à tout utiliser, le lit, les habits. Moi je ne pourrais pas. Depuis que la maladie a commencé je lave la maison avec du chlore et depuis que la maladie a été détectée je me lave avec de l'eau chlorée.

J'ai été taxé par les membres de ma famille. Ceux qui sont restés au village ne croient pas à Ebola. Ici je suis parti à l'hôpital. Malgré que mon frère soit décédé la nuit, on m'a remis les résultats des analyses (pour virus Ebola) le matin. Avec la confirmation je n'a pas voulu annoncer la mort pour éviter que les camarades de classe et les jeunes viennent chercher le corps. Pour éviter la contamination.

Maladie ne se présente pas comme en 2018 et 2020. Chaînes de contamination limitées

Conclusions

- Les maladies émergentes ne sont pas uniquement des phénomènes biologiques ; elles sont aussi des phénomènes sociaux, politiques et historiques.
- Les inégalités sociales, économiques et politiques influencent à la fois l'exposition aux maladies et l'accès aux soins.
- Une maladie n'est pas automatiquement visible : sa reconnaissance dépend de dispositifs de surveillance, de diagnostics, de catégories médicales et de pratiques de signalement.
- Les populations locales ne sont pas de simples réceptrices d'informations ; elles produisent également des interprétations et des connaissances sur les épidémies. Les récits sur l'origine des maladies (forêt, animaux sauvages, climat, mobilité humaine, etc.) sont des constructions sociales qui peuvent être discutées, contestées ou reformulées.
- Les maladies émergentes mettent en lumière les relations entre humains, animaux, environnements et infrastructures, plutôt que des causes isolées.
- Comprendre les maladies émergentes nécessite de combiner les perspectives des sciences biomédicales, sociales et environnementales. L'enjeu n'est pas d'opposer ces approches, mais de reconnaître que l'émergence est à la fois un processus biologique et un processus social de production de savoirs, de visibilité et d'action.

Bibliographie

- Desclaux, A. et al. 2022 *Anthropologie appliquée aux épidémies émergentes*. Manuel, L'Harmattan.
- Farmer, P. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. 2nd ed., University of California Press, 2006.
- Farmer, P. *Fevers, feuds, and diamonds: Ebola and the ravages of history*, New-York: Farrar, Straus and Giroux, 2020
- Keesing F, et al. Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*. 2010 Dec 2;468(7324):647-52. doi: 10.1038/nature09575. PMID: 21124449; PMCID: PMC7094913.
- McCormick, F.. *Level 4: Virus hunters of the CDC*. Atlanta, Turner Publishing, 1996.
- Plowright, R., Parrish, C., McCallum, H. *et al.* Pathways to zoonotic spillover. *Nat Rev Microbiol* **15**, 502–510 (2017). <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2017.45>
- Street, A., & Kelly, A. H. (2025). Tolerable Tests: Regulating Diagnostic Innovation in a Global Health Emergency, Lessons from Ebola. *Science, Technology, & Human Values*, 50(4), 744-771.
- • Wiethoelter, A. D. Beltrán-Alcrudo, R. Kock, & S.M. Mor, Global trends in infectious diseases at the wildlife–livestock interface, *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 112 (31) 9662-9667, <https://doi.org/10.1073/pnas.1422741112> (2015).
- Wilkinson, Annie. “Emerging Disease or Emerging Diagnosis? Lassa Fever and Ebola in Sierra Leone.” *Anthropological Quarterly*, vol. 90, no. 2, 2017, pp. 369–97. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/26645882>.
- Pour les questions sur l’engagement communautaire:
- Le Marcis, F., et al. (2019). Three Acts of Resistance during the 2014–16 West Africa Ebola Epidemic: A Focus on Community Engagement. *Journal of Humanitarian Affairs*, 1(2), 23-31. Retrieved Jun 10, 2026, from <https://doi.org/10.7227/JHA.014>
- Mari-Saez, A., & Le Marcis, F. (2026). Between the Extraordinary and the Everyday: Embodied Memory and Epidemic Preparedness During Ebola Outbreaks in Guinea. *Medical Anthropology*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/01459740.2026.2655775>

Merci



**RESCH
LABO**

