



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

85 | 2012
85

L'épidémie de méningite ou comment ethnographier un objet éphémère?

Oumy Thiongane



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1359>

DOI : 10.4000/amades.1359

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 7 juin 2012

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Oumy Thiongane, « L'épidémie de méningite ou comment ethnographier un objet éphémère? », *Bulletin Amades* [En ligne], 85 | 2012, mis en ligne le 07 juin 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1359> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1359>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

L'épidémie de méningite ou comment ethnographier un objet éphémère?

Oumy Thiongane

- 1 En décidant de commencer mon enquête au Niger en 2009, j'étais loin de me douter que le pays connaîtrait l'épidémie la plus grave subie depuis quatorze ans. Une épidémie de méningite n'est pas une situation récurrente, fort heureusement. Pour les spécialistes, les « épidémies majeures » ne se produisent que tous les cinq à dix ans (Greenwood, 1999 : 344), temps nécessaire pour que l'immunité d'un groupe se réduise et que certaines populations se retrouvent à la merci d'une épidémie de méningite¹. Temps nécessaire pour qu'une souche de bactérie particulière prenne le dessus dans le rhinopharynx des individus porteurs, perçant les défenses de l'homme. Au Niger comme dans de nombreuses autres régions, ce processus complexe échappe à la majorité de la population, qui a recours à d'autres imputations étiologiques.
- 2 La violente résurgence de la maladie en 2009 s'est faite après un temps étonnamment long au regard des prévisions scientifiques. La méningite épidémique reste néanmoins un événement éphémère, imprévisible et impromptu. Sa survenue est par ailleurs étalée sur un temps à la fois court (de décembre à juin) et assez long pour entraîner des centaines de morts. De janvier à juin, les services statistiques du Niger auront comptabilisé — non sans failles — 582 décès ; ceux des quatorze pays africains sous surveillance par l'Organisation Mondiale de la Santé ont quant à eux dénombré 5 352 morts. Au même moment, la pandémie de grippe mobilisait tout ce que le monde scientifique, politique et pharmaceutique pouvait compter de plus grands spécialistes, pour endiguer une catastrophe qui n'eut fort heureusement pas lieu (Thiongane, 2012).
- 3 Beaucoup de moyens manquaient au Niger pour affronter cet ennemi aussi redoutable que familier. Comment une épidémie de méningite se prête-t-elle à l'observation de l'anthropologue ? Comment l'anthropologue se positionne-t-il devant un objet fuyant qui, sur le terrain, est tout et rien de précis à la fois ? Car il faut souligner que, par temps d'épidémie, sur les terres arides et chaudes de Keita au centre est du Niger, cette

partie du Sahel où j'ai choisi de mener mon enquête, tout peut être méningite, la maladie comme la mort, la peur comme la fatigue, l'insolation comme la déshydratation.

L'ethnologue pris à partie

- 4 L'épidémie, dans son surgissement, a fourni une dramatique « opportunité » de recherche. Les conditions en temps d'épidémie imposent dès le début, la nécessité de réinventer sans cesse pour les besoins de la recherche, les méthodes d'accès aux personnes, de négocier sa position sur le terrain, et de résister aux sollicitations des uns et des autres². La question controversée du ciblage vaccinal par exemple — à propos de laquelle l'anthropologue peut être pris à témoin — met de côté les personnes âgées qui ne sont pas considérées par les épidémiologistes et les planificateurs comme des personnes à risque³. Cette situation contraint les équipes vaccinales à user d'un principe d'équité vaccinale en immunisant tout le monde, plutôt que de risquer de provoquer une crise sociale. Ce choix pose un problème de pression sur les ressources disponibles. A la même période, selon une note de l'OMS, parmi les 4 747 847 doses de vaccins commandées par le Niger et ses partenaires institutionnels, seules 16% étaient disponibles au 22 mars 2009⁴. Le district de Keita a fait à Niamey une demande de 70 201 doses de vaccins pour n'en recevoir que la moitié au même moment⁵. Ainsi, certaines normes de santé publique ne sont pas recevables, comme le fait de vacciner seulement la cible, la rationalité épidémiologique entrant en conflit avec des considérations sociales liées à un autre type de représentation du risque.
- 5 L'épidémie suscite des mises en scène sociales, comme l'appel au rassemblement chez le *sarki*⁶. Lui-même ou ses collaborateurs, les *mai gari*⁷, se prêtent au jeu en tant que bénéficiaires exemplaires et confiants de la vaccination, l'acte qui sauve, même si dans le ciblage tel qu'il a été construit, les notables du haut de leur soixante ans devraient en être exclus. Plusieurs plateaux servent à la mise en scène. Ce sont des espaces symboliques empreints d'une forte charge sociale et affective : la maison du *sarki*, l'école du village, le foyer des jeunes, le marché. Une autre forme de mise en scène réside dans l'orchestration de la discipline dans les rangs des volontaires de la vaccination, l'attachement à une culture comptable par une production de papiers sur lesquels on inscrit consciencieusement des données permettant de mesurer l'efficacité de l'action. La mise en scène se situe également dans les lieux mêmes qui articulent politique, expertise bactériologique, santé publique et action d'urgence pendant les réunions empressées de tous les acteurs de santé publique qui doivent se saisir de l'urgence. De ce fait, l'épidémie de méningite et les épidémies en général deviennent des occasions de mobilisation collective ostentatoire, largement suscitée par la peur.
- 6 Toutes les vaccinations et toutes les maladies ne mobilisent pas. L'anthropologue se retrouve alors dans une représentation suraiguë du risque épidémique dans le tissu social, à tel point qu'avec le recul, il peut se demander paradoxalement si la méningite a bien eu lieu. Cette interrogation ne nie pas la réalité tangible offerte par la mortalité et la morbidité induite par la maladie mais souligne l'anomalie qu'elle représente en étant partout et nulle part, tout et rien. Par exemple la plupart des cas enregistrés dans le registre d'admission sont des suspicions n'ayant bénéficié que d'un diagnostic clinique succinct sans ponction lombaire qui permet de confirmer l'étiologie. Ce constat pose un problème sérieux lors de la mise en place de la stratégie de lutte car les

« cas » demeurent non avérés et ceci joue probablement un rôle dans l'amplification de la peur et dans la représentation du risque.

L'ethnologue prend parti

- 7 Une enquête sur un « temps chaud », le temps de l'épidémie implique également une autre posture, cette fois-ci liée à l'investissement personnel du chercheur et au rapport « distant » avec le malade. La difficulté d'accès au service de soins pour les malades et ma présence en tant qu'anthropologue à des moments critiques⁸ a pu m'obliger par exemple à intervenir personnellement pour l'évacuation d'un malade vers l'hôpital de district, mais par la suite à opérer une « mise à distance » par rapport au sujet de l'enquête pour ne pas biaiser le parcours de soin. Cette posture est contradictoire et peut être dramatique si la poursuite du traitement du malade est assujettie aux moyens financiers dont il dispose et à l'espoir que l'anthropologue encore une fois va intervenir. Or, en pratiquant au nom d'un idéal de rigueur, un « cynisme méthodologique » supposé garantir l'objectivité de la recherche, j'en viens à questionner l'entrelacement de l'objectivité et de la distance. Les termes de « cynisme méthodologique » ont été employés par Jean-Pierre Olivier de Sardan dans une relecture critique des postures de la subjectivité en anthropologie (Olivier de Sardan, 2000 : 428). On peut regretter que le socio-anthropologue n'ait pas précisé à l'époque s'il s'agit bien là d'un terme normatif. L'expression est forte certes, mais thématise à mon sens assez justement l'ambiguïté d'une certaine anthropologie engagée. Car comment tenir et justifier sinon la posture successive de l'investissement et du désinvestissement pour obtenir des données probantes de la « réalité-fiction » de l'observation participante ? J'illustre le propos : je me débrouille pour que Rahiba, personne atteinte de méningite, rencontrée sur le terrain et qui n'a ni voiture, ni moyens, soit évacuée d'urgence vers la structure de santé la plus proche ; par la suite, je reprends mes distances par rapport à son itinéraire de soin pour poursuivre mon observation. Par le premier geste, je suis motivée par l'empathie et la déontologie scientifique qui m'enjoint de ne pas laisser mourir un malade ; par le second geste, je m'efforce de ne pas introduire de biais dans mon protocole d'enquête, gage d'objectivité dans la restitution des faits. En d'autres termes, le « cynisme méthodologique » ne serait qu'une forme de domination symbolique qui s'ignore, ce qui nous mènerait à une désinterlocution dans le processus d'enquête (Chauvier, 2011 : 108).
- 8 Une autre question : quelles sont les conditions de validité de l'anthropologie d'un fait social éphémère, dont bien des éléments sont à replacer dans leur contexte d'énonciation et à lier aux contingences politiques, économiques et historiques ?
- 9 En y regardant de près et en divisant et fragmentant les interventions qui ont lieu, en prenant à part les acteurs, en analysant les discours et les pratiques, l'ethnologue voit alors se révéler, dans l'épidémie, ce qui est déjà là ou ce qui a été. De ce fait, la méningite a beau être un phénomène épidémiologique éphémère, son intelligibilité passe par l'étude des processus de construction de sa territorialisation dans les années 1960. Celle-ci prend en compte l'invention d'un espace pathologique et géographique devenu familier dénommé « ceinture de la méningite » (Lapeyssonnie, 1963 : 3) symbolisant une bande allant du Sénégal à l'ouest à l'Ethiopie à l'est, avec le Niger comme épice. Cette étude passe par une attention particulière aux nombreuses

métaphores utilisées par les épidémiologistes. Les politiques de contrôle comme la vaccination d'urgence, les régimes de discours — comme celui sur la nécessaire surveillance d'un Sahel pathogène — découlent d'un processus historique dont une anthropologie politique ne peut faire l'économie.

BIBLIOGRAPHIE

CHAUVIER E., 2011, *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*, Toulouse, Anacharsis.

GREENWOOD B., 1999, « Meningococcal meningitis in Africa », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(4): 341-353.

LAPEYSSONNIE L., 1963, « La méningite cérébro-spinale en Afrique », *Bulletin OMS*, Genève, supplément 28.

OLIVIER DE SARDAN J-P. O., 2000, « Le “je” méthodologique : implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, 41(3) : 417-445.

THIONGANE O., 2012, « La méningite “prise en grippe” ? Ethnographie d'une décision au Comité National de Gestion Épidémique du Niger », *Anthropologie & Santé*, 4, <http://anthropologiesante.revues.org>

NOTES

1. Les épidémies massives de méningite touchent spécifiquement les populations africaines et la région dite de la « ceinture africaine de la méningite ». Voir plus bas.
2. Certaines personnes âgées m'ont par exemple demandé si je pouvais dire à « ceux de Niamey » qu'elles aussi devaient être vaccinées, car elles aussi pouvaient attraper la méningite cérébro-spinale.
3. La vaccination contre la méningite cible les populations âgées de 2 à 30 ans (concerne uniquement le vaccin polysidique).
4. « Point de la situation épidémiologique de la méningite au Niger », 17 mars 2009, Note OMS Niger, Document non publié.
5. « Plan de riposte de la méningite de Keita et Ibohamane », Keita 2009, Document interne Hôpital de district de Keita.
6. Désigne, en haoussa, le plus haut dignitaire mais il s'agit ici du chef de canton.
7. Désigne les chefs de village qui sont en quelque sorte les subordonnés du *sarki*.
8. Un malade est en danger de mort en moins de 24 heures en l'absence de traitement, dans le cas d'une méningite bactérienne.

AUTEUR

OUMY THIONGANE

Doctorante EHESS

Centre Norbert Elias (EHESS - CNRS - UMR8562), 2 rue de la Charité, 13236 Marseille Cedex 02

oumyth@ehess.fr