



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé

87 | 2013
87

Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie.

Thèse dirigée par Mahaman Tidjani Alou & Anne Marie Moulin et soutenue le 28 janvier 2013 pour l'obtention du grade de Docteur en Santé et Sciences Sociales de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris.

Oumy Thiongane



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1528>
DOI : 10.4000/amades.1528
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 18 juillet 2013
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Oumy Thiongane, « Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie. », *Bulletin Amades* [En ligne], 87 | 2013, mis en ligne le 16 juillet 2013, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1528> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1528>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Anthropologie de la méningite au Niger. Espaces épidémiques, mobilisations politiques et conceptions de la maladie.

Thèse dirigée par Mahaman Tidjani Alou & Anne Marie Moulin et soutenue le 28 janvier 2013 pour l'obtention du grade de Docteur en Santé et Sciences Sociales de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris.

Oumy Thiongane

- 1 Connue depuis plus d'un siècle et demi en Afrique sub-saharienne, la méningite épidémique d'origine bactérienne occasionne saisonnièrement de grandes épidémies interpays. Longtemps décrite comme un grand phénomène de dépeuplement par des médecins coloniaux, la méningite épidémique ne commence à être l'objet d'investigations scientifiques et de politiques sanitaires que dans la décennie des années 1960. Intimement lié à l'invention du vaccin antiméningococcique polysaccharide ciblant les souches de bactéries (A et C) causant les épidémies de grande envergure, l'avènement de la méningite infectieuse comme problème de santé publique en Afrique a surtout été rendu possible par l'importance prise par l'épidémiologie dans la construction des connaissances et des représentations liées à la maladie au Sahel. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la méningite à méningocoque est responsable de 25 000 à 250 000 morts chaque année dans la « ceinture » sub-saharienne de la méningite qui concerne 24 pays dont 14 sous surveillance épidémiologique et 430 millions de personnes. Entre janvier et juin 2009, les épidémies de méningite ont fortement secoué les pays sahéliens avec près de 500 morts au Niger (Thiongane, 2012). Ce pays va justement être au centre d'une médiatisation des ravages causés par la maladie au lendemain des indépendances et concentrer un important dispositif de surveillance. Par ailleurs, pour l'épidémiologie, le Niger est à l'épicentre de ce qui est nommé « la ceinture de la méningite ».

- 2 Cette thèse offre une analyse inédite sur la construction de la méningite épidémique comme problème de santé publique au Niger. Il s'agit de comprendre les conditions ayant favorisé ce phénomène à partir des années 1960 et de suivre un fil rouge dans la période contemporaine, à savoir l'urgentisation dont les épidémies font l'objet, alors même que la méningite est une maladie courante au Niger.
- 3 Pour explorer le problème, trois axes de réflexion sont investis. Le premier interroge les modalités de maîtrise de la maladie pendant la période coloniale. Le second axe s'intéresse au processus de mise en évidence de la méningite épidémique comme problème. Le troisième axe se penche sur une ethnographie des pratiques de santé publique en temps d'épidémie au niveau institutionnel et populaire.
- 4 La thèse s'inscrit à la croisée de l'anthropologie des sciences, de l'anthropologie du développement ainsi que de la sociologie de la critique. Les résultats de recherche apportent une contribution à la critique de la santé publique au Niger et donne un aperçu sur une maladie peu étudiée en sciences sociales alors qu'elle est un problème majeur de santé dans les pays sahéliens.

Méthodologie

- 5 Pour appréhender l'objet d'étude, j'ai ethnographié entre 2009 et 2012, sur deux échelles (nationale et du district), deux institutions (politique et scientifique) et une communauté haoussa en contexte d'épidémie de méningite.
- 6 J'ai utilisé des techniques classiques de production de données en ethnographie. Elles ont consisté en observations participantes au niveau des terrains précités, complétées par 56 entretiens avec les acteurs - personnes stratégiques que j'ai estimé les plus à même de me fournir des informations sur les réalités sociales propres au phénomène épidémique - dont 5 entretiens avec des malades et leur famille pour comprendre leur expérience personnelle. Par ailleurs, la volonté d'une capitalisation exhaustive des réflexions et travaux déjà menés a suscité l'intérêt pour un corpus de textes académiques et non académiques : ouvrages en sciences sociales relatifs aux thématiques étudiées, documents de presse, rapports institutionnels, comptes rendus de réunion, câbles diplomatiques, correspondances, ainsi que le corpus des archives de médecine coloniale. Les lectures informatives et critiques de cette littérature ont servi à analyser ce qui est de l'ordre des représentations et de la construction de la méningite comme problème, représentations épidémiologiques mais aussi sociales de la maladie. Les matériaux d'enquête sont multi-situés. Des analyses archivistiques ont été effectuées à Niamey, à Keita, à Bobo-Dioulasso, à Marseille et à Genève.
- 7 J'ai par ailleurs accordé de l'importance à la démarche réflexive sur ma propre pratique anthropologique pour éclairer les enjeux éthiques d'une recherche anthropologique dans un centre de recherche biologique spécialisé dans les méningites.

Déclinaison des travaux

- 8 La thèse se divise en trois grandes parties :
- 9 La première partie composée de deux chapitres, retrace l'histoire des épidémies de méningite dans l'ancienne colonie du Niger de 1919 à 1960, puis celle de leur prise en main par les institutions internationales telles que l'OMS. Il m'a paru important de faire

une analyse rétrospective, contextuelle et historique des épidémies de méningite et des savoirs élaborés autour de la maladie pendant l'époque coloniale en m'intéressant à l'épaisseur temporelle des interventions sanitaires au Niger, aux premiers moments de l'élaboration des politiques de santé publique. La décennie 1960 est marquée par un important travail d'élaboration des connaissances épidémiologiques sur les méningites africaines, effectué par le médecin militaire Léon Lapeyssonnie, consultant à l'OMS puis fonctionnaire de l'institution. L'étude de Lapeyssonnie va donner matière à une prise en considération des épidémies de méningite comme problème politique sur un ensemble régional particulier dénommé la « ceinture de la méningite ». Le Niger y revêt le statut géographique et épidémiologique singulier d'un pays dont les explosions épidémiques et la morbidité donne lieu à des reportages dans une revue de l'OMS¹, avec une mise en évidence des souffrances humaines causées par la maladie dans les collectivités peules et haoussa. C'est la naissance d'une véritable innovation vaccinale avec des enjeux économiques et de marché importants à la clé entre des recherches concurrentielles et collaboratives impliquant la Walter Reed Army américaine et le laboratoire Mérieux en France.

- 10 La seconde partie de la thèse concerne l'ethnographie de deux institutions sanitaires placées à l'avant-garde de la surveillance des bactéries et des événements épidémiques. La première est un centre de recherche spécialisé dans les méningites appartenant à un réseau institutionnel international. La seconde est un département du ministère de la santé : le Comité National de Gestion Epidémique (CNGE). Ces deux institutions sont nées autour des années 70 et je les ai qualifiées de « sentinelles sanitaires ». Ainsi, pour le centre de recherche, il s'agissait à ses débuts de surveiller la circulation des bactéries et leur étiologie au niveau des pays de la sous-région dans la partie Ouest de la « ceinture de la méningite ». Le travail ethnographique dans ce centre a abouti à un abandon du terrain (Thiongane, à paraître). Le récit qui en est fait dans le chapitre consacré donne du sens en éclairant ce qui est méthodologiquement intéressant de mettre en exergue en rapport avec les dimensions de la recherche dans un milieu institutionnel où le savoir, le sacré et le secret sont imbriqués.
- 11 Le CNGE, quant à lui, est un comité national de crise né après la pandémie de méningite des années 1990. En s'appuyant sur les données microbiologiques livrées par le centre de recherche et les renseignements épidémiologiques, il décide de la stratégie nationale de maîtrise de la méningite infectieuse et des ressources à récolter.
- 12 La troisième partie de la thèse est une ethnographie « au ras du sol », dans l'hôpital de district de Keita situé à plus de 700 km de la capitale au Nord-Est du Niger. L'observation et les enquêtes qui s'y sont déroulées ont été faites pour une bonne partie pendant l'épidémie de méningite de 2009. D'autres enquêtes ont eu lieu en 2010, puis une dernière en 2011. Il s'agissait de voir en premier lieu de quelle manière certaines décisions à l'échelle nationale provenant du CNGE se traduisaient à l'échelle locale. Comment les directives et les ressources parvenaient aux autorités de santé du district et comment celles-ci s'organisaient pendant la campagne vaccinale. Une autre question en creux consistait à s'intéresser à l'expérience des populations en épidémie.

Résultats de recherche

- 13 Les résultats de recherche permettent de mettre en évidence trois thématiques principales inscrites dans la maîtrise des épidémies de méningite au Niger.

Une ontologie du vaccin entre technologie de l'urgence et rationalisation de l'usage

- 14 Il y eut aux origines du vaccin polysaccharidique bivalent A + C utilisé pour endiguer les épidémies de méningite à méningocoque, des épisodes, des expérimentations et des décisions qui débordent le cadre du Niger nécessitant de se référer à ce qui se passe ailleurs (Genève, Brésil, Washington, Soudan). La biographie de ce vaccin analysée dans le cadre de ma recherche montre qu'à la fin des années 1960, l'une des valences du vaccin (C) a été produite dans le cadre de la protection des recrues américaines. Le vaccin qui cible la souche la plus meurtrière en Afrique ne se met en place qu'à l'occasion de la grande épidémie de méningite à Sao Paulo en 1974, permettant aux experts et aux industriels de mêler raison humanitaire, recherche de profit et innovation dans l'urgence. Le bivalent - testé d'abord dans les pays africains avant d'endiguer l'épidémie brésilienne en montrant sa capacité de « briseuse d'épidémie » - va être introduit au Niger sous une série de mesures politiques. La plus importante est l'accord scientifique sur les compétences du vaccin dans le contexte africain autorisant un néologisme : une vaccination dite « réactive ». La logique des experts et des décideurs politiques est d'éviter les fausses présomptions d'épidémies et les dépenses coûteuses en ne vaccinant qu'au commencement confirmé de l'épidémie. Du côté des industriels pharmaceutiques, la raison est souvent mercantile : s'assurer de fabriquer des vaccins pour des pays véritablement en épidémie au moment où ils en fournissent des preuves suffisantes et s'éviter de produire des vaccins à perte.
- 15 Aujourd'hui au Niger, la vaccination antiméningococcique en temps d'épidémie devient alors une mise à l'épreuve de l'Etat africain. La question est annuelle, suivant le rythme des épidémies : le Niger est-il capable d'assumer logistiquement, dans des endroits reculés de la paysannerie, une mise à disposition du vaccin dans les meilleurs délais, c'est-à-dire avant que l'épidémie ne se propage dans les territoires contigus ?

Désarticulation entre stratégies de santé publique internationale et contraintes institutionnelles nationales en temps d'épidémie

- 16 L'ethnographie au niveau institutionnel a apporté plusieurs séries de données relatives aux réseaux d'acteurs, aux pratiques institutionnelles, aux logiques discursives et de captation des biens de santé (tels que les vaccins), et aux différentes controverses qui jalonnent la maîtrise des épidémies de méningite. Les résultats ont montré que la gestion des épidémies se définit selon une logique régionale par des instances internationales qui arbitrent et définissent les politiques de santé publique dans les pays du Sud comme le Niger. La dépendance du pays à l'aide internationale et aux logiques institutionnelles des partenaires techniques et financiers (UNICEF, OMS) rend difficile et improbable une souveraineté des décisions et de l'action sanitaire. La stratégie de santé publique définit en outre deux principales normes concernant la méningite épidémique : la surveillance (épidémiologique et bactériologique) et la préparation à l'épidémie. Elles sont censées être les leviers de la maîtrise du risque d'épidémie. La surveillance épidémiologique se base sur une confirmation statistique des cas de méningite qui, lorsqu'ils atteignent un certain seuil défini entre autre par l'OMS et des experts d'ONG, est censée déclencher l'alerte et conduire à la préparation

selon un plan vertical. Or, dans le jeu croisé entre l'action publique et la réalité du terrain observé dans le district sanitaire de Keita, on voit que la maîtrise de la méningite dépend du régime de la preuve, du statut de l'alerteur, de la rapidité de l'appui de la capitale et de la disponibilité de l'aide internationale. Elle entretient un lien étroit avec l'économie de la pénurie et les stratégies pour obtenir des vaccins.

- 17 Ensuite, l'hôpital de district, même s'il est un élément essentiel de la technologie médicale (Foucault, 2001), un lieu incontournable de lutte contre la méningite et un support de l'hospitalisation, est aussi un lieu d'incertitude, de violence et de mort. Le malade souffrant de méningite est exfiltré assez rapidement pour amoindrir le coût de son entretien.

La méningite au-delà d'un phénomène social complexe, une maladie des représentations

- 18 Une perspective de recherche par l'ethnologie classique a permis d'analyser ce qui est de l'ordre des représentations de la maladie. Celles-ci ont été étudiées aussi bien du côté d'un champ proche de la médecine, à savoir l'épidémiologie, que du côté des populations haoussa. Dans la discipline épidémiologique, la représentation de la maladie est dominée par un champ lexical qui n'appartient pas à la discipline. L'expression galvaudée de « ceinture de la méningite » l'illustre. Elle englobe la bande sahélienne allant du Sénégal à l'Éthiopie et définit une zone à risque. Cette expression, qui est la « boîte noire » de l'épidémiologie de la méningite, souligne la question de la représentation. Sa structure linguistique n'appartient pas à la sémantique de l'épidémiologie et elle mobilise une importante part d'imaginaire fondant les savoirs sur la méningite au Niger et au Sahel. Il s'est agi de ce fait d'analyser cette boîte noire des évidences partagées en santé publique. En y regardant de près, celle-ci participe de perceptions des épidémiologistes sur des populations qui partagent ce qu'on peut nommer « un espace écologique coupable ». Notons que le découpage à l'œuvre dans le quadrillage géographique n'est pas anodin. Il est au service du renseignement épidémiologique et dessine une géographie sous régionale des épidémies de méningite. L'expert fournira ainsi un objet à la surveillance épidémiologique de ces territoires au domaine du renseignement statistique. Par exemple, l'attribution des biens de santé comme les vaccins sont tributaires d'une appartenance géographique à cet « espace écologique coupable ».
- 19 Chez la population haoussaphone vivant à Keita, l'analyse de la sémiologie populaire est particulièrement riche d'enseignements. Elle montre qu'il n'y a pas un stock de savoirs mobilisables sur la méningite que les enquêtés livrent à l'anthropologue, mais que les savoirs sur cette maladie dépendent des expériences des populations. Par ailleurs, la méningite appelée *dan sankarau*² en haoussa est parfaitement bien connue. La sémiologie populaire haoussa mobilise des concepts qui ne sont pas arbitraires et qui ont parfois des similitudes troublantes avec la représentation biomédicale de la méningite, comme l'existence du *mai sawkin kurwa*³ ou « porteur de la maladie » par exemple. Cependant ces conceptions de la méningite représentent un stock de savoirs non conceptuels, perçus comme naïfs et hiérarchiquement inférieurs par le personnel soignant. Or, les représentations de la maladie chez les populations témoignent de leur manière de médiatiser leur lien avec l'environnement.

Conclusion : D'une anthropologie politique à une anthropologie des déterminants socio-culturels de la méningite

- 20 Les résultats de ce travail de thèse ont mis en exergue le poids des représentations scientifiques dans les solutions apportées aux épidémies de méningite. Par ailleurs, les choix des institutions internationales et des autorités de santé publique au Niger pour endiguer les épidémies de manière temporelle et circonscrite éclairent la dimension politique du problème épidémique. La dimension sociale des infections à méningite demeure peu interrogée et n'a aucune place dans la politique de santé publique. Le rôle et l'expertise des populations dans leur propre expérience de l'infection restent méconnus.
- 21 Par conséquent, la conclusion de la thèse a débouché sur un questionnement ayant trait aux déterminants socio-culturels de l'infection en milieu sahélien. Des hypothèses épidémiologiques avancées à partir de la fin des années 1950 (Waddy, 1957) renouvelées par d'autres analyses actuelles lancent un défi aux sciences sociales. Ces hypothèses ont trait à certains modes de vie jugés à risque des populations sahéliennes qui faciliteraient la transmission de l'infection. L'enjeu d'une recherche en sciences sociales sur les modes de vie influençant la méningite infectieuse serait de ce fait d'identifier les angles morts d'une approche de la maladie jusqu'ici résolument tournée vers la biologie (Trotter and Greenwood, 2007)⁴, la climatologie (Martiny and Chiapello, 2013)⁵ mais également sur des hypothèses socio-épidémiologiques peu éclairantes⁶.

BIBLIOGRAPHIE

Foucault M., *Dits et écrits 1976 -1988*. Paris, Gallimard, 2001

Martiny N., and Chiapello I., "Assessments for the impact of mineral dust on the meningitis incidence in West Africa." *Atmospheric Environment* (70), 2013, 245-253.

Thiongane O., "La méningite «prise en grippe»? Ethnographie d'une décision au Comité National de Gestion Épidémique du Niger." *Anthropologie & Santé* (4), 2012 [en ligne]: <http://anthropologiesante.revues.org/910>

Thiongane O., (A paraître) Une éthique de la recherche anthropologique dans l'épistémologie de la rencontre. Retour réflexif sur un terrain qui n'eut pas lieu. *Recherches qualitatives*

Trotter C. L., and Greenwood B. M., "Meningococcal carriage in the African meningitis belt." *The Lancet infectious diseases* 7 (12), 2007, 797-803.

Waddy B., "African epidemic cerebrospinal meningitis." *The Journal of tropical medicine and hygiene* 60(8), 1957, 179-189

NOTES

1. Henrioud D, 1964, Le rictus de la méningite in *Santé du monde*, pages 16-21, Archives OMS Genève. D64.824
2. Littéralement « fils de la raideur », signifie ce qui est immobile.
3. Signifie « celui qui a une ombre faible et qui capte la maladie en même temps qu'il a la possibilité de la diffuser ».
4. Qui met en avant, avec un certain degré d'incertitude, l'importance du portage du méningocoque par le sujet, la diminution ou l'absence d'immunité.
5. Qui met en avant les conditions environnementales propres au Sahel, notamment la corrélation entre la quantité d'aérosols, la présence de l'harmattan, la faible humidité et l'incidence de la méningite.
6. Hypothèses basées sur des observations mettant en cause le type d'habitat ou encore les modes culinaires.