



HAL
open science

La méningite ” prise en grippe” ? Ethnographie d’une décision au Comité National de Gestion Epidémique du Niger

Oumy Thiongane

► **To cite this version:**

Oumy Thiongane. La méningite ” prise en grippe” ? Ethnographie d’une décision au Comité National de Gestion Epidémique du Niger. *Anthropologie et Santé*, 2012, 10.4000/anthropologiesante.910 . hal-03020484

HAL Id: hal-03020484

<https://hal.science/hal-03020484>

Submitted on 23 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Oumy Thiongane

La méningite « prise en grippe » ?

Ethnographie d'une décision au Comité National de Gestion Épidémique du Niger

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Oumy Thiongane, « La méningite « prise en grippe » ? », *Anthropologie et santé* [En ligne], 4 | 2012, mis en ligne le 24 mai 2012, consulté le 04 juin 2012. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/910> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.910

Éditeur : Association Amades

<http://anthropologiesante.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://anthropologiesante.revues.org/910>

Document généré automatiquement le 04 juin 2012.

© Tous droits réservés

Oumy Thiongane

La méningite « prise en grippe » ?

Ethnographie d'une décision au Comité National de Gestion Épidémique du Niger

- 1 En 2009, le Niger a fait face à une épidémie de méningite qualifiée de majeure par les experts de santé publique¹. Au mois d'avril de cette même année, la grippe pandémique signalée en Amérique puis en Europe confronte les membres du Comité National de Gestion Épidémique (CNGE) à Niamey, à la nécessité proclamée au niveau international, de se préparer à la pandémie. La mobilisation autour de la maîtrise d'un problème sanitaire et l'anticipation d'un danger de nature infectieuse et proliférante pose de nombreuses questions.
- 2 La réponse apportée aux pandémies grippales a souvent fait l'objet de questionnement et d'avis divergents parmi les agents de santé publique, notamment sur l'ordre des priorités. Dans les pays en voie de développement, cette problématique se pose avec une acuité particulière. Lors d'une conférence à l'Université Paul Valéry de Montpellier en 2010, le philosophe des sciences Conrad G. Brunk soulignait à travers une critique du principe de précaution, l'absence de prise en compte suffisante du contexte des pays dans la prise en charge des maladies émergentes et ré-émergentes². Certains chercheurs en sciences sociales de la santé soulignent également, la nécessité de tenir compte des réalités locales dans la gestion du risque (Moulin & Saadi, 2010). D'autres proposent de comprendre comment le risque est un construit social (Atlani-Duault & Kendall, 2009 ; Singer, 2009).
- 3 Dans une perspective proche, cet article décrit et analyse les pratiques du CNGE, au moment de la pandémie grippale de 2009. S'appuyant sur une approche théorique consistant à penser la politique grippale dans son rapport à l'incertitude et au contexte d'élaboration de sa gestion, cette étude vise à contribuer à une ethnographie des décisions et à une réflexion sur les disparités et les incohérences d'une stratégie globale et standardisée en matière de santé publique.
- 4 Elle repose sur des données recueillies au cours d'un travail ethnographique réalisé lors de réunions du CNGE de 2009, qui se sont tenues de manière hebdomadaire à la Direction des Statistiques de la Santé et de la Riposte aux Epidémies (DSSRE) de Niamey. Les matériaux proviennent d'observations des réunions et d'entretiens réalisés d'avril à juin 2009 et en octobre 2010, avec des membres du CNGE appartenant à différentes institutions³. Cette collecte de données s'est attachée à saisir les pratiques quotidiennes et les représentations collectives des acteurs responsables de la gestion nationale des épidémies. Nous présenterons dans un premier temps, de manière succincte, l'histoire du CNGE. Nous rendrons compte ensuite de la réunion ayant « ouvert la chasse » aux germes grippaux. En dernière partie, nous reviendrons sur les tensions qui, au même moment, ont traversé le CNGE à propos du contrôle d'une épidémie de méningite et sur les clivages entre institutions internationales et experts locaux de la santé.

Des sentinelles aux politiques, le CNGE un dispositif de réponse aux épidémies

Le comité de préparation des épidémies

« Il y a un proverbe qui dit qu'une seule main ne se lave jamais⁴. » (Dr Y, épidémiologiste, Direction des Statistiques, de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies (DSSRE) Niamey)

- 5 La naissance du CNGE est d'époque récente. Auparavant, les réunions de gestion des épidémies présentaient un caractère informel. En 1995, le pays fait face à la pire catastrophe sanitaire contemporaine due à la méningite. Dans les structures sanitaires, 3 639 morts ont été dénombrés, révélant par la même occasion la fragilité du système de santé nigérien. Ce drame a déclenché dans plusieurs pays des réunions d'urgence, la méningite de 1995 s'inscrivant

dans le cycle d'une pandémie⁵. La lourdeur du bilan va inciter l'OMS à convoquer en octobre 1996 les ministres de la santé des pays de l'Afrique de l'Ouest, du Tchad et de l'Algérie, pour repenser la stratégie de lutte dans les pays de la « ceinture de la méningite »⁶. Ils vont signer le protocole de Ouagadougou les engageant à renforcer les systèmes de sentinelle sanitaire et à créer des comités de gestion des épidémies dans les différents pays. Leurs recommandations vont donner comme priorité la surveillance des pays pauvres, suite aux polémiques sur la diffusion des méningocoques via les pèlerins du *hadj* en Arabie Saoudite (Ejemi et al., 1998).

6 Le CNGE de Niamey a été institué par un arrêté ministériel en 1998⁷. Le protocole de Ouagadougou établit que, là où une épidémie de méningite est fréquente, doit être mis en place, dans les meilleurs délais, un comité chargé d'anticiper le phénomène et d'élaborer une stratégie pour y faire face. Cette réponse peut être appliquée à d'autres épidémies. La mise en place des CNGE transcrit une logique d'application de la stratégie de la *preparedness* ou préparation, dispositif promu par les agences de santé internationales dont la particularité, il y a trois décennies, a été de transposer des mesures liées à des menaces de sécurité étatique à la protection de la santé publique⁸. Le CNGE a pour mission de s'appuyer sur les données de surveillance pour préparer la réponse à une épidémie et de se réunir aussi souvent que nécessaire avant l'épidémie et pendant celle-ci, pour entreprendre les actions nécessaires à son contrôle. Il s'agit d'une cellule de crise dont l'apparition et la dissolution dépendent de l'importance de la menace et de la durée des "flambées". Bien que les réunions de gestion de crise aient lieu durant une épidémie, elles ont depuis quelques années tendance à s'organiser après celle-ci, au moins une fois par mois en période d'accalmie. Le CNGE est ainsi passé d'une structure d'urgence à un comité permanent. Le risque de survenue d'une épidémie est évalué à partir des conclusions des données épidémiologiques et microbiologiques de la surveillance, de l'état de la couverture vaccinale des populations l'année précédente et des résultats du groupe d'investigation des épidémies. Ce groupe est formé du noyau dur du CNGE : un ou deux épidémiologistes, un microbiologiste et un chargé de la communication délégués pour vérifier les alertes déclenchées dans les aires de santé du pays.

7 Le CNGE est doté d'un président de séance, en principe le secrétaire général du ministre de la santé, habituellement représenté par le directeur général de la santé publique ou la directrice de la DSSRE (Direction des Statistiques de la Surveillance et de Riposte aux Epidémies). Un ou plusieurs rapporteurs travaillant à la DSSRE sont chargés des comptes rendus. Le comité mobilise plusieurs acteurs issus des hôpitaux, des centres de santé, des laboratoires, de l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), de la coopération multilatérale (Organisations Non Gouvernementales et Organismes des Nations-Unies). Des membres de la coopération bilatérale peuvent y siéger comme ce fut le cas pendant la pandémie de méningite de 1995⁹. Chaque institution envoie un ou deux délégués chargés de la représenter et d'apporter de nouvelles données sur la situation épidémiologique et les ressources mobilisables.

8 Le rythme des réunions en temps de crise est habituellement hebdomadaire et se déroule en règle générale, selon un rituel convenu. Après ouverture de la séance et validation des points de l'ordre du jour, des épidémiologistes procèdent à un décompte de la morbidité et de la mortalité dues aux épidémies au Niger et dans quelques pays frontaliers. Suivent les microbiologistes, qui présentent les informations provenant du laboratoire. C'est au niveau des différents points mis à l'ordre du jour que le débat se structure et que les décisions se prennent.

Les acteurs

9 Au sein du CNGE, ceux que nous nommerons la « confrérie des sentinelles » sont chargés d'évaluer le risque sanitaire. Il s'agit d'un réseau coordonné de médecins, de biologistes et d'épidémiologistes organisé autour du paradigme de la surveillance des maladies infectieuses à potentiel épidémique. Leur rôle ne se limite pas uniquement au dépistage d'agents infectieux d'une espèce animale capable de se transmettre à l'homme et au lancement d'alerte (Keck, 2010). La « confrérie des sentinelles », en participant à l'organisation des ressources et à la mise en place des stratégies de contrôle de l'épidémie, est au cœur de la prise de décision. De ce fait, les sentinelles forment un collectif qui cherche à conjurer la menace

d'une crise sanitaire. Les rapports de ce groupe sont fondés sur une convergence de grille de lecture des menaces infectieuses, d'une culture du travail collectif renforcé par des échanges professionnels réguliers via le courriel, mais également amicaux au-delà des réunions. Parmi ses membres, les cadres de la DSSRE ont été formés à la faculté de médecine de Niamey et dans des universités américaines et belges dans les années 2000, grâce à une aide financière de l'Etat nigérien complétée par des bourses de coopération. Cette institution qui existait sous forme de micro structure dès les années 1970 au niveau du ministère de la santé, a subi d'importantes réformes institutionnelles grâce à un appui financier et technique de l'*United States Agency for International Development* (USAID). Cet appui, apporté de 1987 à 1996, a permis aux agents de santé publique spécialisés dans la surveillance de se former et d'acquérir des techniques nouvelles. La direction de cette institution va ouvrir aux cadres des perspectives de carrière vers d'importantes institutions telles que les *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), opportunité saisie par quelques anciens directeurs en poste à l'étranger. Au début des années 1990, une nouvelle vague de sentinelles naît. Elle a abandonné les caleuses et les télégrammes officiels de santé au profit des ordinateurs et affectionne le jargon restreint et militaire de la surveillance, tout en maîtrisant les logiciels de gestion informatique capables de centraliser des données sanitaires. L'épidémiologie, la médecine et la statistique sont les principales disciplines à l'aide desquelles ces acteurs façonnent leur expertise jugée très souvent à l'aune de la quantification et d'une gestion technique du risque sanitaire.

10 D'autres membres de la confrérie des sentinelles sont rattachés à une institution scientifique qui intègre des chercheurs du Nord et du Sud. Elle a pris ses marques au Niger, en 1979, au sein de l'ancien Centre de Recherche sur les Méningites et des Schistosomiasés de Niamey, devenu en 2000 Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) et membre du Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP). À l'origine, ce centre, qui dépendait d'une organisation sous-régionale postcoloniale appelée Organisation de Coordination et de Coopération des Grandes Endémies (OCCGE), avait été confié à quelques chercheurs mis à disposition par l'Office de Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer (ORSTOM) destinés à former une élite scientifique nigérienne à la pointe des défis de la microbiologie. Après la disparition de l'OCCGE, ces chercheurs laisseront leur place aux « pastoriens » venus de Paris dans le début des années 2000, dans un centre de recherche nationalisé par la même occasion mais sous tutelle française¹⁰. Il est constitué de chercheurs d'origine européenne, pour la plupart français, relevant de la coopération technique, et nigérienne (fonctionnaires de l'État). Ces praticiens ont développé une expertise scientifique depuis le début des années 1980 sur les maladies épidémiques telles que la méningite et des sites de surveillance sur des maladies émergentes et ré-émergentes. Ce sont des "pisteurs de germes" à l'avant-garde de ce que, dans le milieu des sentinelles, on appelle la « riposte épidémique ». Leur stratégie consiste à identifier et à déterminer les variants des microbes et à établir leur lien avec l'homme et l'environnement. Le résultat de ces analyses de laboratoire est ensuite exposé au sein du CNGE. Dans le discours du chercheur de laboratoire, l'individu s'efface au profit du microbe. Le discours consiste généralement en un vocabulaire succinct et simplifié fait de sigles, de pourcentages et de chiffres. L'enjeu est de dire en quoi le savoir microbiologique peut aider la décision des planificateurs, ou affiner un programme de prévention vaccinale. Le dispositif de surveillance par le haut se compose, de ce fait, d'un réseau de laboratoires nationaux dirigé par le CERMES, et de la DSSRE ; tous deux dépendants du ministère de la santé et de la lutte contre les endémies. C'est à leur niveau que les données sanitaires provenant des structures de santé au bas de la pyramide sanitaire sont acheminées. Ces données sont utilisées au sein du CNGE qui organise les mécanismes de la prévention ou de la réparation d'un problème sanitaire. Les sentinelles sont des sortes de bras droit du comité. Cette confrérie médicale joue un rôle d'éclaireur prépondérant souvent décisif dans l'action sanitaire.

11 Plusieurs catégories d'action sont investies par les acteurs du CNGE : planification des stratégies de lutte, définition des ressources, mise à disposition de moyens et supervision, sensibilisation des populations, contrôle de l'information diffusée par les médias, gestion

d'une éventuelle peur collective. Ces actions ne sont pas pour la plupart du ressort des sentinelles, mais d'autres membres du comité.

- 12 L'Organisation Mondiale de la Santé, présente au Niger depuis décembre 1960, s'est particulièrement investie dans la gestion des maladies épidémiques et transmissibles, à travers la création d'un programme de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. Cette agence onusienne gère des activités de financement, de formation professionnelle, d'appui technique, en plus des stratégies politiques initiées dans la maîtrise des maladies épidémiques. En 1991, elle met en place une équipe au Niger qui compte aujourd'hui une quarantaine de salariés travaillant pour le développement des ressources humaines et du système de santé. L'OMS est le principal instigateur du CNGE et un membre central du comité.
- 13 Les ONG internationales mobilisent des ressources financières, techniques et humaines qui leur confèrent une forte légitimité aux yeux des autres participants. Elles ont les moyens de fournir la logistique, des informations concises résultant des expériences de terrain sur la situation épidémique du pays. Ce sont aussi des relais entre le ministère et les instances internationales telle que le *Global Alliance for Vaccines and Vaccination* (GAVI). Elles jouent enfin un rôle d'interlocuteurs et de médiateurs entre les instances européennes et les administrations nigériennes, et maîtrisent les protocoles standards européens pour l'allocation de ressources. Leur nombre s'est accru à la suite des problèmes alimentaires récurrents dans la zone et de l'amplification médiatique de la catastrophe nutritionnelle de 2005. Certains anthropologues ont analysé de manière critique l'approche de certaines ONG en rappelant que les interprétations singulières par les humanitaires des crises nutritionnelles frappant les populations nigériennes se construisent souvent en lien étroit avec les normes propres des agences de l'aide (Crombé & Jézéquel, 2007). Néanmoins, le pouvoir des ONG est très souvent à la mesure des moyens qu'elles sont susceptibles de mobiliser à l'échelle locale, et de leur capacité à construire un vaste réseau à l'échelle globale. L'État s'appuie sur elles pour concrétiser les politiques de santé, ce qui accroît leur légitimité. C'est par leur intermédiaire que circule l'aide au développement en temps d'épidémie. Pauvreté et instabilité politique ont fait du Niger un pays dépendant dramatiquement de l'aide extérieure pour répondre aux épidémies. Par exemple, en 2002, sur 2 120 654 180 francs CFA qui correspondent au coût de la lutte contre l'épidémie de méningite de 2002-2003, l'Etat nigérien n'a réussi à mobiliser que 14 % de la somme¹¹.
- 14 Le service d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) est présent dans le pays depuis 2005. Principal bailleur de fonds des ONG spécialisées dans l'urgence participant au CNGE telles que Médecins Sans Frontières (MSF), il contribue au développement des indicateurs de surveillance nutritionnelle au niveau sous-régional¹² et fournit un appui à la gestion des épidémies en mettant, à disposition des ONG, d'importantes enveloppes budgétaires.
- 15 Bien que les catégories d'acteurs ne soient pas homogènes, le fonctionnement du CNGE est tributaire d'un minimum de consensus, ce qui implique l'adhésion aux normes de santé publique relatives à la stratégie d'action vaccinale, ainsi qu'aux définitions d'une épidémie ou d'un risque sanitaire. Néanmoins, les situations de conflit sont récurrentes. Elles sont liées aux différents ancrages institutionnels qui induisent des logiques opposées entre acteurs, aux cultures professionnelles différentes. Deux exemples : les médecins se disent mis à l'écart dans des décisions de santé publique et il y a une concurrence entre agir dans l'urgence (ONG) et respecter des procédures administratives parfois lourdes (ministère). Un membre de la section belge de MSF, revenant sur les critiques essuyées par son organisme de la part de la DSSRE à propos de sa gestion précipitée de l'épidémie de méningite de 2009, se justifie en ces termes :
- « C'était une épidémie régionale et au Niger, on est obligé d'aller très vite, il fallait être un peu cowboy avant qu'on ne puisse plus gérer.¹³ »
- 16 Par conséquent, des conflits ouverts jalonnent les rapports entre membres d'ONG et du ministère. Ils ne sont pas exclusifs aux deux groupes, mais ont pris dans le passé des formes conflictuelles dans l'espace public, comme ce fut le cas pour la gestion de la crise nutritionnelle en 2005¹⁴, avec l'expulsion de Médecins Sans Frontières puis en 2008, avec la suspension des

activités d'Action Contre la Faim (France). Ces types de conflit peuvent également prendre des formes plus "confinées" comme ce fut le cas en 2009 lorsqu'une ONG a vacciné dans l'Est du pays des populations à risque en utilisant par erreur des vaccins ciblant des souches de bactéries non détectées dans la zone. Les stratégies d'action des humanitaires peuvent être perverties par un sensationnalisme renforcé par les médias. Elles sont perçues de façon mitigée par les autres planificateurs, ce qui aboutit parfois à des reproches ouverts lors des réunions.

17 D'autre part, les véritables responsabilités du CNGE ne font pas l'objet de consensus. Certains le considèrent comme un comité consultatif, d'autres de décision, tandis que la nature même de ses actions concerne bien le processus décisionnel. Dans l'article 2 de l'arrêté ministériel de 1998 qui fixe ses attributions, le CNGE a plusieurs missions :

18 Article 2 :

- Elaborer un plan de prévention et d'intervention ;
- Coordonner l'exécution du plan d'intervention au niveau national ;
- Coordonner l'appui des partenaires à la lutte contre les épidémies ;
- Elaborer un guide d'information, d'éducation et de communication (IEC) en matière de lutte contre les épidémies
- Actualiser au besoin les fiches de traitement standard ;
- Etudier la tendance des épidémies ;
- Mettre en alerte les centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) au niveau régional et sous-régional ;
- Exécuter les directives et instructions du Système d'Alerte Précoce (SAP) ;
- Procéder à l'évaluation finale des épidémies

19 Impliqué simultanément dans la planification, la mise à disposition des ressources, la préparation et la réponse aux épidémies, le comité a des modes d'action qui sont en réalité plus étendus que l'article 2 ne le laisse supposer. Son champ d'implication s'est élargi sans se traduire dans la modification du premier texte fixant ses attributions. Depuis 2007, un projet de décret est en étude qui devrait prendre en compte plusieurs de ses compétences.

20 L'inventaire rapide des acteurs et la description de ce monde institutionnel fait entrevoir l'hétérogénéité et la complexité des activités de surveillance et de préparation des épidémies. Dans la partie qui suit, nous allons relater une réunion pendant laquelle a été exposée la préparation à la pandémie de grippe A (H1N1), avec des prises de décisions extérieures au CNGE.

Un événement biologique mondialisé mais confiné et invisible au plan local

Le spectre grippal

« A propos de la grippe, moi je dis qu'il faut s'agiter¹⁵ ! »

21 Le 30 avril 2009 est le jour où les experts de l'OMS, mettant fin à la discussion sur la nomenclature de la nouvelle grippe, préconisent l'appellation scientifique grippe A (H1N1). Le même jour à Niamey, la séance du CNGE commence par une interrogation lancée par le représentant de l'OMS au Niger qui participe pour la première fois de l'année à la réunion de ce groupe : « *Qui peut me dire ce qu'est la grippe mexicaine qui s'est abattue sur le monde ?* ». La présence de ce nouvel intervenant, sa question et la modification de l'ordre du jour avec inscription de l'intitulé « échanges sur la grippe A (H1N1) » donnent le ton à une mise en événement de l'infection grippale.

22 Devant le silence embarrassé d'une assemblée prise de court, non habituée à une telle entrée en matière qui rompt avec les règles habituelles de bienséance de ces réunions hebdomadaires, le représentant de l'OMS décide de continuer sur sa lancée. Il fait signe au chargé des programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles à l'OMS, membre régulier du CNGE, Monsieur K. Celui-ci présente, à l'aide d'un vidéoprojecteur la situation jugée préoccupante de la grippe A dans le monde. Sur son tableau, aucun cas n'est signalé en Afrique ; le Dr K estime cependant qu'il faut agir vite, en présentant le plan et les modalités de mise en œuvre de la préparation à la pandémie. La situation est qualifiée de

grave. Dr F, bactériologiste du CERMES attire l'attention sur le passage au niveau 5 de l'alerte pandémique. Il explique qu'il est nécessaire de préparer la réponse et de réduire l'impact de la grippe, notamment en confinant les malades chez eux. Par une mise en agenda rapide de la pandémie grippale, il est annoncé une ligne budgétaire octroyée par la Banque Mondiale qui servira en priorité à réhabiliter des salles d'hospitalisation dans quatre hôpitaux du pays. L'artillerie est énumérée : kits de soins, stocks de Tamiflu, gants, combinaisons, masques et lits disponibles à l'hôpital national de Niamey. La part du diagnostic viral est réservée au CERMES, et celle du séquençage des virus à l'Institut Pasteur de Paris. Un bactériologiste présent dans le cadre de la coopération scientifique et technique et détaché au CERMES, visionne un film sur les aspects virologiques de l'infection et l'apprentissage du diagnostic nasopharyngé. Des vaccins sont promis dans un délai de six mois au maximum.

23 Les stratégies de préparation à la pandémie résumées ci-dessus ont été en réalité décidées par un comité interministériel de crise trois jours plus tôt. Ce comité ad hoc, réuni au sein du ministère de l'agriculture et de l'élevage, comprenait huit ministères nigériens, des organisations de la société civile, des représentants du Plan Niger et des Nations Unies. Il avait pour but de ressusciter la cellule d'urgence de la grippe aviaire créée en 2006. Ce comité d'urgence de gestion de la pandémie grippale a choisi d'avoir une présidence tournante. La première, en 2006, fut assurée par l'OMS, et celle de 2009 par le Ministère de l'agriculture et de l'élevage.

24 Le Niger est un grand pays d'élevage qui constitue le second secteur économique après l'industrie minière¹⁶. Cependant, son cheptel aviaire n'est pas pris en compte dans les recensements agricoles, ce qui pose un problème pratique dans l'estimation du risque. Trois ans auparavant, l'existence de deux foyers de grippe aviaire avait été confirmée dans l'Est du pays. Les autorités sanitaires chargées de mettre en place un dispositif de prévention de la grippe ont eu des difficultés à faire accepter l'idée du risque chez les éleveurs. Ces derniers se sont vus reprocher de banaliser la grippe aviaire. Appelée « méningite des coqs » chez les haoussa ou encore *kwatu* « rhume des volailles » chez les zarma¹⁷, cette forme d'infection était évoquée comme un événement biologique familier par les paysans opposant leur dure condition de vie et de subsistance à l'injonction sanitaire d'abattre la volaille malade. Selon eux, cette forme de grippe est connue depuis longtemps dans le monde de l'élevage. En 2006, prévoyant un état endémique du virus H5N1 en Afrique, Dr Ilaria Capua chef du laboratoire de Padoue en Italie, ayant confirmé la présence du virus dans des prélèvements nigériens, estimait dans une interview accordée à l'Associated Press :

« Étant donné leur type d'agriculture et leurs conditions d'hygiène dans l'élevage, avec une forte promiscuité des humains et des volailles, je pense que c'est seulement le début¹⁸ »

25 Les pays en voie de développement semblent être, de ce fait, le lieu propice de la propagation des maladies infectieuses émergentes. La préoccupation des autorités sanitaires était de convaincre les paysans de ne plus consommer de la viande malade. L'enjeu consistait à mettre la prévention du risque au cœur de l'action sanitaire, par des campagnes de sensibilisation permettant d'éduquer des populations, perçues par les autorités sanitaires comme ignorantes du risque d'émergence des zoonoses. Ce mode de gestion des risques par la responsabilisation des acteurs locaux n'est d'ailleurs pas exclusif du domaine de la santé publique¹⁹.

26 Bien que le CNGE ait été mis en place pour répondre aux épidémies dans le pays comme le fixe l'arrêté qui le constitue, les décisions concernant la préparation de pandémie grippale se sont faites hors du comité qui s'est contenté en la matière d'un rôle purement consultatif. La réunion du comité de crise du 27 avril 2009 au ministère de l'élevage avait notamment pour objectif pratique d'identifier les ressources et d'activer le réseau de surveillance de la grippe. Son compte-rendu au niveau du CNGE cantonne celui-ci dans la position d'une caisse d'enregistrement, réduisant *de facto* son pouvoir de décision dans la préparation à une pandémie humaine redoutée. Les décisions entérinant la gestion de la grippe ayant été prises au ministère de l'élevage comme trois ans auparavant, elles soulignent les préoccupations des autorités face à l'émergence des zoonoses et l'institutionnalisation de leur gestion. Par ailleurs, ce que les agents de l'OMS, le Dr K en tête, appellent « l'avènement de la grippe », est conçu

comme une situation exceptionnelle. Rappelons qu'en avril 2009, l'Organisation a redéfini sur son site Internet ce qu'elle entend par pandémie, à la lumière de la menace grippale, L'ancienne définition : « *An influenza pandemic occurs when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity, resulting in several simultaneous epidemics worldwide with enormous numbers of deaths and illness* » est alors remplacée par une nouvelle : « *an influenza pandemic may occur when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity*²⁰. » Cette définition a fait l'objet d'une large controverse entre le Conseil de l'Europe et une partie de l'opinion publique (Doshi, 2011).

27 Si nous ne pouvons entrer, dans le cadre de cet article, dans le détail des débats qui ont jalonné cette nouvelle définition, ni sur les accusations de manque de transparence essuyées par l'OMS, notons cependant que cette définition centrée sur le virus appelle une gestion de la grippe indépendante de son incidence réelle et de l'ampleur du risque. Chez certains agents de l'OMS au Niger, la grippe pandémique fait renaître les phantasmes de la répétition d'une catastrophe du passé, celle de la « grippe espagnole » (Patterson, 1983). Le discours inquiétant, chargé de réminiscence d'un passé dramatique, sert par conséquent de légitimation à leur stratégie. Or, on peut s'interroger sur l'opinion courante au sein des institutions internationales selon laquelle il faudrait redouter une répétition de l'histoire, comme si les contingences qui ont favorisé la grippe espagnole se posaient dans les mêmes termes aujourd'hui²¹.

Le problème de la méningite

28 Enfin, la position du CNGE dans la préparation à la réponse aux épidémies va être littéralement remise en question. Il faut souligner que l'année 2009 a été marquée dans le pays par le retour d'une épidémie de méningite d'une « rare intensité » parmi d'autres problèmes sanitaires²². Entre décembre 2008 et avril 2009, la DSSRE a dénombré 11 609 malades et 412 morts. Ces chiffres représentent uniquement les cas enregistrés au niveau des structures sanitaires du pays. Celles-ci commencent à mettre en place la riposte épidémique avec l'aide du ministère de la santé et de la lutte contre les endémies et des partenaires.

29 Pour revenir à la réunion, après le discours des membres de l'OMS au Niger, un expert de la même organisation internationale présente les conclusions d'une étude intitulée *Mission d'évaluation rapide de l'épidémie de méningite au Niger*. Celui que l'on appelle le « Monsieur PVM » (Projet Vaccin Méningite) pour son implication dans l'introduction d'un nouveau vaccin contre la méningite bactérienne dans les pays africains a eu un long parcours de santé publique. Épidémiologiste formé dans une université californienne, puis ancien directeur de la DSSRE Niamey avant d'être nommé en 2007 à la représentation de l'OMS au Burkina Faso, il est un fin connaisseur des rouages du CNGE. Les conclusions de son étude qui pointent du doigt une mortalité importante due à la méningite vont mettre en évidence la faiblesse d'organisation du CNGE, le retard pris dans le dispositif de riposte, la confusion dans la définition de l'aire de santé à vacciner pendant l'épidémie, l'absence de maîtrise des procédures de commande de vaccins auprès de l'ICG (*International Coordinating Group*)²³. La liste des défaillances du système de riposte n'est pourtant pas exhaustive. Les villes qui ont fait l'objet d'investigations sont dans un rayon de 300 km de la capitale. Celle de Dosso par exemple, au sud-est de la capitale, n'est pas la plus à plaindre. Elle bénéficie du privilège urbain et donc d'avantages en terme d'infrastructures et de ressources économiques ainsi que d'un statut sanitaire non négligeable (Raynaut, 1987). Elle dispose de médecins, d'un hôpital et de centres de santé équipés du minimum, de laboratoires de diagnostic, d'infrastructures routières. Elle fait partie des villes les plus avantageées pour contrecarrer l'avancée d'une épidémie. En mettant en cause la compétence du CNGE, l'expertise aboutit à remettre en question la position de tête de pont de la DSSRE, dans la surveillance des maladies épidémiques et la capacité de réponse du CNGE aux épidémies. Après les conclusions non contredites par les participants à la réunion, les membres de l'OMS sollicitent, entre autres solutions immédiates, un changement des procédures de réunion impliquant des modes d'action claire, et l'instauration d'une cellule de veille active chargée de recevoir les notifications des centres d'alerte épidémiologique en temps et en heure au niveau de la DSSRE. Au terme d'un silence gêné, le Directeur Général de la santé publique, président de séance, recourt à l'argument

hiérarchique en demandant la consultation préalable de ses supérieurs. Or, notons que le président de droit du CNGE est le secrétaire général de la santé qui peut se référer au ministre dans certaines décisions. Son absence fréquente dans les conseils du comité peut entraîner un ajournement des décisions effectives et obliger les membres du ministère à surseoir à leur décision.

30 Contrairement aux forums hybrides constitués par les membres de la société civile et des experts de l'environnement ou de la santé décrits par les sociologues Michel Callon, Pierre Lascombes et Yannick Barthe, certains protagonistes du CNGE naviguant dans l'incertitude tentent de minimiser le monopole des politiques en opposant un autre type d'action (Callon et al., 2009). Elle consiste à amortir le poids des décisions ou de l'intervention de certains protagonistes en recourant à la consultation de l'autorité hiérarchique supérieure (le ministre de la santé ou son Secrétaire général). Il faut souligner qu'au sein du CNGE, cette posture s'applique plutôt aux décisions liées à la gestion intérieure du comité lui-même, qu'à celles relevant de la riposte aux épidémies. À contre-courant de l'action mesurée telle qu'elle est définie par Callon et ses collègues, j'appellerai cette procédure le *principe d'abstention*. Il s'agit d'une stratégie d'action induite par un doute sur les effets que pourrait avoir une décision sur une institution et ses acteurs. Elle consiste à ne pas décider pour avoir un meilleur recul. Le principe d'abstention permet aux autorités de la DSSRE d'équilibrer les rapports de force entre les autorités de santé publique du pays et celles des agences internationales. La position hégémonique de ces dernières dans les questions de santé et de lutte contre les maladies à potentiel épidémique est de ce fait contrebalancée. Cette position hégémonique est particulièrement évidente dans la gestion des maladies émergentes à potentiel pandémique où la notion de risque ou le terme épidémie ont une connotation non neutre. Dans ces situations, les pays du Sud représentent la zone de danger, comme il ressort des propos d'Iliaria Capua (responsable de laboratoire à Padoue), cités précédemment. La capacité des laboratoires de ces pays à détecter les germes tueurs et la qualité de leur système sentinelle est remise en question. Le Niger semble pourtant offrir un exemple qui sort de cette préconception, malgré les évaluations critiques faites par les agents de l'OMS concernant la capacité du CNGE de répondre à une épidémie. La configuration de son système sentinelle fait figure de modèle dans la sous-région et demeure un sujet d'autoglorification au ministère de la santé. Le CERMES a été longtemps un laboratoire sous-régional offrant son expertise aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Les campagnes vaccinales gratuites profitent aux populations situées sur la frontière Niger/nord Nigeria, les Nigériens n'hésitant pas à franchir la frontière pour profiter de ces types d'intervention.

31 La nécessité de se préparer à la pandémie grippale, le contournement du CNGE pour s'aligner sur les impératifs d'un gouvernement global de la santé, et le raccourci d'une expertise disqualifiant l'autorité du comité participent de la construction du risque sanitaire. Nous allons exposer dans la partie suivante, le télescopage entre les logiques et les représentations du risque parmi les décideurs lors de la gestion de la grippe, alors que, au même moment, la méningite prenait de l'ampleur.

La raison épidémiologique n'est pas toujours la meilleure. Deux poids, deux mesures ?

32 L'épilogue de la réponse à la pandémie grippale dans le pays s'est soldé par le signalement de 51 cas de grippe AH1N1 avec une mortalité nulle, entre le mois de février et avril 2010, soit une année après les événements relatés ci-dessus. Ce petit nombre de malades, soit une incidence de 0,33 %²⁴, a déclenché la vaccination d'un million de personnes en août 2010. Au même moment, l'OMS déclarait la fin de la pandémie grippale dans le monde.

33 À la question de savoir si la vaccination grippale était toujours une urgence pour la population, le Dr K de l'OMS justifie l'action sanitaire en ces termes :

« Il y a eu tellement de compétition ou disons de chevauchement d'activités avec l'UNICEF, le ministère de la santé et d'autres, donc on n'a pas pu faire les vaccinations. On devait le faire en juillet et ça a traîné. Bon l'urgence est déjà passée, mais là, il fallait faire la vaccination puisqu'on a reçu des quantités de vaccins grippaux²⁵ ».

34 Cette incidence singulièrement basse a provoqué une riposte de grande envergure dont la légitimation est la disponibilité des ressources. Il est difficile de ne pas y voir un paradoxe dans la mesure où cette réponse contredit la réalité épidémiologique. Cette logique utilitaire des ressources allouées pour gérer un risque « qui n'est plus » constitue une justification qui n'est cependant pas partagée par tous. La représentation du risque grippal n'a pas été la même partout. Au niveau du CERMES, certains scientifiques demeurent circonspects, à l'image du bactériologiste le Dr F :

« Je ne me suis pas fait vacciner parce que premièrement : au moment où on a reçu le vaccin, il s'avère qu'il n'a pas été virulent [le virus]. Deuxièmement, j'étais immunocompétent. Je ne vois pas pourquoi je vais recevoir un nouveau vaccin qui a encore des incertitudes alors que moi, j'étais immunocompétent même si j'avais la grippe, je développerai des anticorps pour la combattre... C'est une question de souveraineté nationale ; si le Niger a accepté, moi je ne peux pas dire que ce n'est pas bon ou mauvais, mais je vous dis que moi, je ne me suis pas fait vacciné, c'est tout²⁶ ! »

35 L'injonction sanitaire venue de l'OMS a engendré quelques polémiques au sein du CNGE et à l'extérieur de ce cadre, particulièrement dans le contexte qui prévalait au Niger au même moment. Les tergiversations, la complexité de la gestion de cette épidémie de méningite avérée ainsi que son caractère d'urgence ont conduit la directrice de la DSSRE, à souligner le caractère "artificiel" et proprement politique de la gestion de la grippe au Niger :

« Pour moi, quand vous regardez notre zone de l'Afrique de l'Ouest, l'une de nos priorités c'est notamment la méningite, c'est le paludisme, c'est la rougeole, donc si vous me demandez, moi toutes ces ressources qu'on injecte dans l'Afrique, volontiers je peux dire qu'il faut mettre en place un système de surveillance de la grippe ; mais il faut résoudre d'abord ces 3 problèmes qui font des centaines et des milliers de morts et handicapés avant de penser...pour moi, ce sont des questions de priorités [...] mais comme c'est un élan mondial, c'est vraiment d'actualité, on est obligé de faire avec, cela m'a énervé²⁷. »

36 La résignation du ton souligne par ailleurs la petite marge de manœuvre des autorités sanitaires des pays pauvres dépendant des institutions internationales. Le discours de la directrice s'articule autour de l'internationalisation d'un risque construit et de la grammaire de la priorité. Il souligne les rapports de force dans lesquels sont engagés les acteurs locaux pour négocier leur problème de santé. Didier Fassin affirme que la santé est en définitive bien plus que l'envers de la maladie ou la promotion du bien-être par les institutions internationales, elle est surtout un objet « historiquement construit, objet de concurrences et de luttes entre les agents, s'efforçant d'imposer des visions différentes de ce qui relève de la santé c'est à dire de ce qu'il faut socialement et politiquement traiter comme un problème de santé » (Fassin, 2000 : 96).

37 Pour des raisons épidémiologiques et économiques et par choix politique, l'OMS recommande, dans le cadre des épidémies de méningite, de privilégier une stratégie dite de « vaccination réactive », c'est-à-dire de vacciner certaines populations dans les districts où l'épidémie s'est déjà déclarée. Cette procédure empêche rarement l'épidémie de se propager au-delà de ces zones. Cette stratégie vaccinale adoptée par l'OMS pour les pays africains, et consistant à vacciner les populations lorsque l'épidémie est déjà déclarée, peine à faire l'objet d'un consensus (Robbins et al., 1997). Problème supplémentaire, les pays africains disposaient jusqu'en 2010 d'un vaccin de vieille génération dont l'efficacité est mise en doute par l'OMS elle-même, car elle ne protège pas les enfants les plus jeunes, ceux qui sont les plus exposés (Chippaux et al., 2002). À l'échelle du Niger, d'autres facteurs peuvent s'ajouter à la résistance à la stratégie vaccinale pour retarder la réponse à l'épidémie. L'ICG rejette au mois de mars 2009 la requête de vaccins pour lutter contre l'épidémie en cours. L'institution invoqua plusieurs raisons : l'amenuisement du stock de vaccins²⁸ et surtout la requête mal travaillée et incomplète de la DSSRE. La procédure de l'ICG pour débloquer des vaccins est complexe et exigeante en information. Depuis quelques années, les autorités de santé publique chargées de la réponse contre les épidémies de méningite sont divisées sur cette question. Quelques-uns dénoncent les procédures de commande imposées par l'ICG jugées fastidieuses. Le protocole, qui doit préciser la taille des districts touchés par la méningite, fournir des informations épidémiologiques précises, les résultats des laboratoires, le plan vaccinal par district et les modalités de financement de la commande, est jugé trop lourd et complexe à documenter

et surtout n'est pas maîtrisé par les acteurs. Une question notamment divise certains experts en santé : doit-on accepter de l'ICG l'obligation de documenter le protocole qui exige un plan vaccinal par district (ce qui nécessite d'attendre dans l'ensemble d'un district que le seuil épidémique soit franchi) ou « renseigner » les centres de santé « entrés en épidémie » ? Ce dilemme sur le choix de l'échelle de la population à prendre en compte est très présent chez les acteurs de santé publique confrontés au terrain. L'ICG insiste sur la sensibilité du seuil épidémique à une échelle plus grande, lorsque certains épidémiologistes de la DSSRE préfèrent la spécificité à une échelle plus réduite. Le critère de définition de l'épidémie n'en est que plus complexe.

38 Une interview publiée en mars 2010 sur le site Internet Youphil, dont la ligne éditoriale était centrée sur les interventions et les politiques de solidarité internationale, fut titrée : « La méningite, l'autre véritable épidémie ». Un coordinateur pour la préparation aux épidémies au sein de l'OMS, le Dr Perea, y souligne que le phénomène épidémique de la méningite au Niger et dans d'autres pays du Sahel n'a jamais retenu l'attention de la communauté internationale. Les arguments sont posés avec prudence malgré la volonté de l'interviewé de souligner le fossé entre les besoins et les réalisations (Cordier, 2009).

39 Lors d'un entretien dans son bureau au lendemain des décisions de l'OMS, le responsable du pavillon des maladies infectieuses à Niamey nie l'existence des mesures prises au sein de son service :

« Moi, les lits mis à la disposition par l'hôpital pour la grippe, je ne suis pas au courant ; mes malades sont sur des nattes parce que nous sommes débordés par d'autres problèmes. Nous réclamons des moyens pour une maladie qui tue, rien ! Parce qu'actuellement, ce que je reçois, ce sont des méningiteux (sic) et l'on me dit de mettre des moyens sur quelque chose qui ne nous préoccupe pas et ne nous touche pas...vous pensez que c'est le problème des Nigériens²⁹ ? »

40 Ce fossé révélé entre les normes et les pratiques ajoute une dimension problématique entre les vœux d'une santé publique globale et son articulation au niveau local.

Conclusion

41 Les positions des uns et des autres, qui résultent de leurs représentations différentes du risque, soulignent le dilemme des acteurs et l'hétérogénéité du discours autour de la préparation à la pandémie grippale dans les pays pauvres. Bien que le gouvernement de la grippe témoigne de l'institutionnalisation progressive des maladies ré-émergentes au Niger, la mobilisation en 2009 a montré ses limites notamment dans la compétition engagée par d'autres campagnes vaccinales au même moment. Celle contre la méningite connaît des vicissitudes techniques, financières et politiques qui ont leur histoire. L'intérêt de leur analyse comparée est de souligner l'inégalité dans les réponses apportées à deux questions de santé publique au même moment et les logiques entrant en contradiction avec le risque perçu. L'ardeur des acteurs institutionnels dans la surveillance, la préparation et la prévention de la grippe de 2009 au Niger met en lumière par ailleurs deux aspects : l'absence de prise en compte du vécu des populations dans la préparation à la pandémie et l'aspect politique portant sur la vaccination grippale.

42 La stratégie de la *preparedness*, ou préparation à la pandémie grippale, structure l'univers de la santé publique internationale. Les détails et l'envergure du plan contre la grippe du Comité d'urgence exposés au CNGE, renforcent un dispositif qui a pris ses racines au milieu des années 1990 au Niger. Elle est apparue sur la scène internationale comme un nouveau moyen d'anticipation de l'inattendu, mettant sur le même plan stratégique des menaces relevant du bioterrorisme et des maladies infectieuses provenant d'un désordre biologique (Lakoff, 2008). La *preparedness* est officiellement au cœur de l'activité du CNGE, à côté du système de sentinelles sanitaires. Au sein d'un tel dispositif, on a assisté au Niger à une espèce de télescope de priorités entre une catastrophe qui s'est avérée *a posteriori* fictive et une épidémie déjà là, en parallèle avec d'autres crises faiblement anticipées malgré leur chronicité (malnutrition) ou de leur caractère saisonnier (il n'y a pas que la méningite). Ce télescope traduit l'arbitraire de menaces socialement construites et instrumentalisées au niveau international et l'absence d'écho de la voix des populations dans la gestion du

risque sanitaire. L'ethnographie d'une prise de décision institutionnelle en santé publique vient renforcer la critique politique du gouvernement de la santé et peut servir de levier pour repenser les reconfigurations de la biopolitique.

Cet article n'aurait pu se faire sans le soutien de M. François Lacoste et de l'appui du Centre de recherche pour le Développement International ainsi que de l'African Population Health and Research Centre de Nairobi, je les en remercie. Toute ma gratitude à Mme Anne Marie Moulin pour ses patientes relectures et ses conseils avisés, ainsi qu'à Moritz Hunsmann.

Références

- ATLANI-DUAULT L et KENDALL. C., 2009. « Influenza, Anthropology, and Global Uncertainties », *Medical Anthropology*, 28(3): 207-211
- CALLON M, LASCOURMES P. et BARTHES Y., 2009. *Acting in an uncertain world: an essay on technical democracy*. Massachusets, The MIT Press.
- CHIPPAUX J. P., DEBOIS H., et SALIOU P., 2002. « Revue critique des stratégies de contrôle des épidémies de méningite à méningocoque en Afrique sub-saharienne », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1(94) : 37- 44.
- CORDIER S., 2009. « La méningite l'autre véritable épidémie », [en ligne] <http://www.youphil.com/fr/article/0500-la-meningite-l-autre-veritable-epidemie?ypcli=ano>, (page consultée le 05.01. 2011).
- CROMBÉ X. et JÉZÉQUEL J. H. (dir.), 2007. *Niger 2005, une catastrophe si naturelle*. Paris, Karthala.
- DOSHI P., (2011). « The elusive definition of pandemic influenza », *Bulletin World Health Organisation*, 89: 532-538.
- EJEMBI C. L., RENNE E. P. et ADAMU H.A., 1998. « The politics of the 1996 cerebrospinal meningitis epidemic in Nigeria », *Journal of the International African Institute*, 68(1): 118-134.
- FASSIN D., (2000). « Entre politiques du vivant et politique de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24(1) : 95-116.
- FLAHAULT A., ZYLBERMAN P., 2008, *Des épidémies et des hommes*, Paris, Editions La Martinière, 238 pages
- KECK F., 2010. « Une sentinelle sanitaire aux frontières du vivant. Les experts de la grippe aviaire à Hong Kong », *Terrains*, 54(1) : 26-41.
- LAKOFF A., 2008. « The generic biothreat or, how we became unprepared », *Cultural Anthropology*, 23(3) : 399-428.
- LAPEYSSONNIE L., 1963. *La méningite cérébro-spinale en Afrique*, Bulletin Organisation Mondiale de la Santé, 8 (Supplément), Genève, 114 pages.
- MOULIN A. M. et SAADI, R., 2010. « La société égyptienne au risque de la grippe aviaire ou une pandémie au quotidien », *Sociologie et santé* (31) : 115-137.
- PATTERSON K. D., 1983. « The Influenza Epidemic of 1918-19 in the Gold Coast », *The Journal of African History*, 24(4): 485-502.
- RAYNAUT C., 1987, « Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger », *Politique africaine*, n° 28, pages 42-52
- REVEY S., 2009. « Vivre dans un monde plus sûr », *Cultures & Conflits*, 75 (3) : 33-51.
- ROBBINS J. B., TOWNE D.W., GOTSCHILCH E.C., et SCHENEERSON R., 1997. « Love's labours lost?: failure to implement mass vaccination against group A meningococcal meningitis in sub-Saharan Africa », *The Lancet*, 350(9081): 880-882.
- ROSSI B., 2006. « Aid Policies and Recipient Strategies in Niger: Why Donors and Recipients Should Not Be Compartmentalized into Separate "Worlds of Knowledge" » In LEWIS, D, MOSSE, D., (dir.) *Development Brokers and Translators: The Ethnography of Aid and Agencies*, West Hartford, Kumarian Press, Inc.: 27-50.
- SINGER M., 2009. « Pathogens Gone Wild? Medical Anthropology and the "Swine Flu" Pandemic », *Medical Anthropology*, 28(3): 199-206.
-

Notes

- 1 CERMES, 2009, Rapport d'activité du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES), page 7.
- 2 Brunk Conrad G., Le principe de précaution. Une politisation de la science ? Séminaire Université Paul Valéry, Montpellier III, 18 octobre 2010.
- 3 Ces entretiens ont concerné un agent de l'OMS, deux membres de la DSSRE, un médecin de l'hôpital, un des membres de Médecins Sans Frontières et un bactériologiste du CERMES. Les terrains ont été effectués au CERMES et au CNGE.
- 4 Ce proverbe signifie qu'il faut l'union des forces pour traiter un problème.
- 5 Le mot pandémie est envisagé ici dans l'acception commune du terme à l'époque, et donc en tant que propagation d'une épidémie dans au moins deux régions différentes de la zone de surveillance de l'OMS.
- 6 Cette dénomination recoupe un espace géographique qui s'étend du Sénégal à l'Éthiopie et concerne la bande sahélo-saharienne, où la méningite épidémique conserve son endémicité et sa virulence (Lapeyssonnie, 1963).
- 7 n°0042/MSP/SG du 20 février 1998.
- 8 Voir les travaux de Lakoff Andrew sur l'analyse de la catastrophe Katrina : From disaster to preparedness: the limits of preparedness [en ligne], <http://understandingkatrina.ssrc.org/Lakoff/printable.html> consulté le 22/04/2011
- 9 C'était le cas de la coopération bilatérale entre les pays du Niger, de la France, du royaume de Danemark et de la Corée. Aujourd'hui la coopération bilatérale a laissé la place uniquement à la coopération multilatérale.
- 10 Le directeur du CERMES est nommé par décret ministériel au Niger mais après consultation de l'Institut Pasteur selon le décret 2007-533 PRN MSP portant approbation des statuts du CERMES. Ce décret est en modification d'un autre, datant de 2005, et visant à introduire expressément l'avis de l'institut Pasteur avant la nomination d'un directeur. C'est à partir de l'Institut Pasteur de Paris qu'est piloté le CERMES qui n'a jamais connu de directeurs africains.
- 11 Plan de riposte saison 2002-2003, Ministère de la santé et de lutte contre les endémies, Niamey, Niger
- 12 Six pays en bénéficient : le Niger, le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, l'Est-Tchad et le Nord-Nigeria
- 13 Entretien avec un Chef de mission MSF, 16 avril 2010
- 14 Entre 2007 et 2008, MSF France et ACF ont été suspendues de leurs activités, en raison de leurs discours sur la gestion de la malnutrition présentée comme une famine, et à propos de disputes sur les chiffres notamment dans la région centre du Niger. Ce sujet complexe, autant que la connotation négative du mot famine, en ont fait une affaire politique (voir Crombé & Jézéquel, 2007).
- 15 Propos du Dr K, chargé des programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles de l'OMS à Niamey, Octobre 2010.
- 16 Il représente 15% du Produit Intérieur Brut (PIB) en 1995. Source : Food and Agriculture Organisation, Profil fourrager Niger. Site de la FAO, http://www.fao.org/ag/AGP/AGPC/doc/Counprof/frenchtrad/Niger_fr/Niger_fr.htm#5 (consulté le 05.01.2012)
- 17 Ce sont les deux principales langues vernaculaires du Niger
- 18 Grippe aviaire : le Niger, deuxième pays touché en Afrique subsaharienne, 28/02/2006, Associated Press Revue de presse sur le Niger, Médecins du Monde France, Document interne
- 19 Voir les travaux de Sandrine Revet sur les coulées de boue au Vénézuéla (Revet, 2007) et au Niger la contribution de Benedetta Rossi sur l'aide au développement dans le cadre de la sécheresse et de la désertification au Niger (Rossi, 2006).
- 20 « Une pandémie de grippe survient lorsqu'apparaît un nouveau virus grippal contre lequel la population humaine n'a pas d'immunité ce qui entraîne plusieurs épidémies simultanées à travers le monde avec un nombre considérable de malades et de morts. » (Traduction de l'auteur)
- 21 Sur ces raccourcis comparatifs, se référer aux travaux de Flahault & Zylberman (2008)
- 22 Rapport annuel d'activité scientifique CERMES, 30 septembre 2008- 1er octobre 2009.
- 23 Basé à Genève, l'ICG est une alliance entre quelques organisations humanitaires et institutions internationales. Il regroupe la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, Médecins Sans Frontières, l'OMS et l'UNICEF. Sa mission est d'assurer aux pays en situation épidémique un accès équitable aux vaccins aux médicaments sur la base d'un remboursement nécessaire pour maintenir le stock d'urgence.
- 24 C'est l'incidence obtenue après extrapolation à l'ensemble de la population du pays.

- 25 Entretien avec le Dr K, chargé des programmes de prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, OMS octobre 2010. Les vaccins dons de l'OMS sont essentiellement prélevés dans un stock de dotation mis en place pour les pays pauvres lors de la pandémie.
- 26 Propos tenus par Dr F, CERMES, août 2010
- 27 Entretien avec la Directrice de la DSSRE, Niamey, mars 2010.
- 28 Problème récurrent au niveau de l'ICG qui est dû principalement au manque de financement pour le renouvellement du stock vaccinal pour les pays africains.
- 29 Entretien avec le Dr D, membre du CNGE et responsable du pavillon infectieux Raymond Madras de l'Hôpital National de Niamey, 2 juin 2009

Pour citer cet article

Référence électronique

Oumy Thiongane, « La méningite « prise en grippe » ? », *Anthropologie et santé* [En ligne], 4 | 2012, mis en ligne le 24 mai 2012, consulté le 04 juin 2012. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/910> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.910

À propos de l'auteur

Oumy Thiongane

Doctorante Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, Ecole Doctorale : Santé Population, Politique Sociale (SPPS), oumyth@ehess.fr

Droits d'auteur

© Tous droits réservés

Résumé / Abstract

La maîtrise des problèmes de santé publique au Niger est conditionnée aux exigences des institutions internationales compétentes dans le domaine sanitaire. Alors qu'on pourrait s'attendre à ce que ces exigences soient d'ordre pratique, elles façonnent également la représentation du risque épidémique. A travers l'ethnographie de prise de décision au sein d'un comité d'experts nigériens et européens au moment de la pandémie annoncée de grippe AH1N1, et pendant l'épidémie de méningite la plus importante connue au Niger depuis plus d'une décennie, cet article met en lumière les représentations différentes du risque. Il montre que des logiques conflictuelles président à la gestion des épidémies et que l'enjeu fondamental réside dans l'existence et la mise à disposition des ressources permettant de maîtriser les maladies infectieuses. Cette étape dépend fortement de la manière dont les institutions internationales se représentent le risque sanitaire. En outre, la question du paradigme de la préparation à l'épidémie de méningite est confrontée à des contingences souvent construites.

Mots clés : méningite, grippe, maladies émergentes, épidémie, préparation, surveillance

Meningitis versus Swine flu?

An Ethnography of Decision-making at the Niger National Committee of Epidemic Management.

The control of public health issues in Niger requires obeying the requirements of the international institutions for health. While we might expect that such requirements are practical, they also construct the representation of epidemic risk. Through an ethnography of decision-making within a Nigerian and European expert committee during the onset of the AH1N1 influenza pandemic and the most important meningitis epidemic in Niger for over a decade, this paper highlights the differences between the representations of risk. It shows

that different and conflicting logics govern the management of epidemic and that the most important issue concerns the availability of resources and their provision that allow the control of infectious diseases. This step depends strongly on how international institutions represent the risk. Moreover, this paper shows that the preparedness paradigm related to the meningitis epidemic is often faced with constructed contingencies.

Keywords : meningitis, swine flu, emerging diseases, preparedness, epidemic, surveillance