

# La méningite, une maladie des « variations » : pratiques préventives et gestion des épidémies de méningite, Burkina Faso

---

B. F. BATIONO<sup>1</sup>, F. OUATTARA<sup>2</sup>, S. ZONGO<sup>3</sup>, A. COLOMBINI<sup>3</sup>

## Résumé

La méningite est une épidémie connue des acteurs interviewés et dont la gestion requiert aussi bien des techniques médicales que des conduites sociales. Les personnes interrogées (femmes, hommes, tradipraticiens, leaders coutumiers, leaders religieux, autorités administratives, élèves et jeunes non scolarisés) ont une connaissance de la méningite au regard des différentes causes et symptômes évoqués. Les discours sur la méningite font état d'une pluralité dans les manifestations symptomatiques, la période d'apparition, les mécanismes de transmission et les conséquences. On constate qu'il n'y a pas de différence dans les discours produits par les différents acteurs interrogés sur la connaissance de la méningite et les causes qui y sont associées. Cependant, les notions de microbe et de germe sont citées par les élèves et non élèves, notamment les déscolarisés. Si autrefois la raideur du cou et l'apparition en période de forte chaleur singularisaient la méningite, aujourd'hui selon les conceptions populaires, il faut composer avec les étiologies et les manifestations symptomatiques très diffuses qui rendent les mesures de prévention, de diagnostic populaire et de prise en charge de plus en plus complexes. Dans une logique explicative, les changements climatiques, environnementaux et comportementaux sont fortement incriminés par les acteurs interrogés.

**Mots clés** : méningite, pratiques préventives, représentations sociales, Burkina Faso, Kombissiri-Réo.

## Introduction

La méningite est une infection des méninges qui peut être causée par différentes bactéries dont *Neisseria meningitidis* (Nm) est une des plus importantes à cause de sa capacité à engendrer des épidémies. Ceci concerne quatre des douze séro groupes de Nm identifiés : Nm A, B, C et W135. L'étude porte sur les épidémies de méningite dues au *Neisseria meningitidis*<sup>4</sup> et qui sévisent périodiquement en Afrique sub-saharienne sur un fond endémique qui n'est pas encore complètement documenté. Entre 1988 et 1997, on a dénombré plus de 700 000 cas et 70 000 décès (OMS, 2006), sans compter les personnes victimes de séquelles neurologiques ou autres difficiles à évaluer au Burkina Faso<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Département de sociologie, Université/Ouagadougou.

<sup>2</sup> Institut de Recherche pour le Développement (IRD - Ouagadougou).

<sup>3</sup> Agence de Médecine Préventive (AMP), Ouagadougou.

---

<sup>4</sup> Méningites bactériennes aiguës (MBA).

<sup>5</sup> En l'absence d'étude documentée, les personnes interrogées citent les bégaiements, les problèmes d'yeux, la surdité, la perte de la mémoire, etc.

La saison épidémique (2006-2007) est celle où le nombre de cas a été le plus élevé depuis 1998 (25 782 cas), mais avec la létalité la plus faible (6.7 %).

Le Burkina Faso reste l'un des pays de l'Afrique le plus touché par la méningite. Depuis plusieurs années, le pays connaît de façon récurrente des épidémies de méningite cérébro-spinale et chaque année pendant la période de recrudescence, elle fait beaucoup de victimes au sein de la population. La saison épidémique de 2006-2007 a été une des plus importantes au Burkina Faso. L'épidémie a touché une immense partie du pays : 48 districts sanitaires sur 55 sont rentrés en alerte et 43 ont été en épidémie avec 25 852 cas de méningite notifiés et 1 743 décès.

Le présent article vise à répondre aux questions suivantes : quelles sont les représentations sociales des populations de la méningite ? Quelles sont les pratiques préventives mises en place par les populations pour faire face aux épidémies de méningite au Burkina Faso face aux changements sociaux, climatiques et environnementaux ?

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une analyse des perceptions sociales de la méningite. C'est une étude ayant une dimension rétrospective dans la mesure où les informations recueillies concernent des épisodes de maladies antérieures à la date de la collecte des données sur le terrain. Les données présentées dans cet article proviennent d'une étude sociologique et économique de l'impact des épidémies de méningite au Burkina Faso, coordonnée par l'Agence de Médecine Préventive (AMP) en juin 2007.

Les données analysées ont été obtenues au cours de la saison épidémique 2006-2007 à partir d'une revue documentaire, d'entretiens individuels semi-directifs et de focus groups menés auprès de 60 malades (15 adultes et 45 enfants), des accompagnants, des personnels de santé, de tradipraticiens, de leaders administratifs et de leaders communautaires. Au total 111 entretiens individuels et 11 focus groups (12 participants par groupe) ont été réalisés avec 243 participants hommes et femmes de statuts et de positions sociales différentes. Les entretiens individuels et en groupes ont été enregistrés et retranscrits. La collecte des données s'est déroulée dans les districts sanitaires de Kombissiri (peuplé en majorité de Moose<sup>6</sup>) et de Réo (majoritairement peuplé de Lyela<sup>7</sup>) retenus par l'Agence de Médecine Préventive (AMP). Les deux districts sanitaires ont totalisé 2 156 cas de méningite dont 1 389 à Kombissiri et 767 à Réo et 1 030 décès (respectivement 530 et 500 décès). Les données ont été collectées du 13 au 28 juin 2007 par quatre enquêteurs ayant une maîtrise en sociologie et supervisés par deux responsables de l'étude.

<sup>6</sup> Le recensement général de la population de 2006 n'a pas fourni de données statistiques sur la population des différents groupes ethniques, parce que jugeant la question ethnique trop sensible. Les Moose constituent un groupe ethnoculturel que l'on retrouve en majorité dans les régions du nord, du centre, du centre-sud, du centre-ouest au Burkina Faso. Cependant on les retrouve dans d'autres provinces du Burkina Faso compte tenu des mouvements migratoires. La filiation est de type patrilinéaire et la société est organisée en villages, clans, lignages, avec une chefferie traditionnelle très hiérarchisée. Il faut noter que tous ceux qui parlent et comprennent la langue mooré n'appartiennent pas tous au groupe moaga.

<sup>7</sup> Les Lyela constituent un groupe ethnoculturel majoritairement représentés dans la province du Sanguié (région du centre-ouest), située dans l'Ouest du Burkina Faso. La filiation est de type patrilinéaire et la société est organisée en villages, clans, lignages, avec une chefferie traditionnelle moins hiérarchisée que les Mosse.

## Résultats/discussions

### Quelques caractéristiques des personnes enquêtées

Au cours de la collecte des informations, plusieurs personnes de profils différents ont été enquêtées individuellement et en groupes.

Les focus groups ont concerné des élèves et non élèves âgés de 18 à 22 ans, des femmes et des hommes adultes agriculteurs de 25 à 50 ans, des personnels de santé de 20 à 35 ans ; les entretiens individuels ont été réalisés avec des femmes et des hommes adultes agriculteurs de 50 à 60 ans, des leaders coutumiers, religieux de 45 à 55 ans, des malades adultes de 30 à 45 ans, des accompagnants (femmes et hommes) adultes de 25 à 40 ans, des tradipraticiens femmes et hommes de 50 à 60 ans, des responsables administratifs (maires, conseillers municipaux, préfets) de 40 à 50 ans.

### Représentations sociales relatives à la méningite

La description des symptômes de la méningite se réfère au corps ou à la constitution physique de l'individu. La méningite, tout comme d'autres maladies est une expression du corps (PALÉ, 2008), un trouble physique qui a une cause ou une étiologie sociale impliquant des changements d'ordre temporel, spatial et corporel ou physique. Les connaissances des personnes interrogées sur la méningite s'appréhendent en termes de discours et de pratiques basés sur une pluralité de symptômes.

### Descriptions symptomatiques de la méningite

La quasi-totalité des informateurs évoque constamment une pluralité de symptômes pour caractériser la méningite. Elle a plusieurs entrées dans le corps de l'homme. Elle se manifeste par un mal de tête, le corps chaud du patient, des douleurs dans les articulations (bras, dos, jambes, pieds), dans le ventre (vomissements, diarrhée), les yeux difficiles à ouvrir, les pleurs, la blancheur du corps etc., mais les informateurs précisent que les symptômes évoluent en fonction des individus adultes ou jeunes.

La période à laquelle l'épidémie de méningite se déclare, permet aux populations d'établir un lien entre les symptômes décrits et observés sur le malade, comme l'a observé une enquêtée, « nous avons soupçonné la méningite, car nous étions en période d'épidémies et l'enfant avait une fièvre et s'évanouissait » (Mère d'un patient enfant, Réo). Pour l'ensemble des informateurs, la raideur du cou, les douleurs au dos, la blancheur du corps du malade, les convulsions et les évanouissements demeurent les signes annonciateurs de la méningite.

### Nominations populaires et signes d'alerte de complications ou de gravité

L'appellation populaire de la méningite est connue sous sa déformation du français en langues mooré ou lyélé « *méninziit/mininziit* » ou « *méninziiti/méninziiti* » (SOUBÉIGA, 2003). Les descriptions symptomatiques observées par les personnes enquêtées au sein de la population dans les deux groupes ethnoculturels établissent un lien avec l'état du cou et du dos du malade.

Groupe ethnoculturel	Appellations populaires	Traduction française
Lyélé	bian nà kulu	cou dur, raide
	bian cimi	maladie du cou
Moaga	yubla banga	maladie du cou
	pora banga	maladie du dos
	ban tridдем	maladie qui raidit

Les appellations locales de la méningite relèvent des conceptions émiqiques. Le nom « *méninzit/ mininzit* » ou « *méningiti/méninziti* » n'est prononcé qu'après une confirmation du diagnostic médical. Selon les logiques populaires moose et lyéla, les nominations locales ci-dessus mentionnées sont utilisées dans le but de protéger le malade contre les attaques des sorciers qui profitent de l'épidémie de méningite pour exercer davantage leur pouvoir maléfique sur les sujets atteints. Ces logiques populaires ont été décrites par PALÉ (2007) chez les Lobi dans le cadre du sida. Selon l'auteur, évoquer la maladie peut compromettre la vie du malade.

Au cours des focus groups avec les hommes et les femmes adultes et des entretiens individuels réalisés avec des leaders coutumiers dans la zone lyélé, il est ressorti que les descriptions symptomatiques graves observées sur le malade concernent l'état du cou qui, selon les enquêtés, « *devient raide* », d'où les appellations populaires de « *bian nankulu* » (*cou dur, raide*) ; « *bian cimi* » (*cou maladie, maladie du cou*) ; « *biankarè* » (*cou cassé*).

L'expression violente de la méningite donne l'occasion aux leaders coutumiers, aux hommes et femmes adultes interrogés d'utiliser des métaphores montrant le côté trop dur comparé à la tête d'un bélier « *pibya yo* » (traduction littérale, *pibya* = *bélier* ; *yo* = *tête*) pour exprimer la raideur du cou. Cette violence de la maladie est exprimée aussi dans un langage populaire, « *cimi nankulu* » (*cimi* = *maladie* ; *nankulu* = *dure, brutale*) parce qu'elle tue rapidement et de façon brutale.

D'autres appellations populaires de la méningite chez les Lyéla se réfèrent aux enfants « *besona cimi* » (*besona* = *enfants* ; *cimi* = *maladie*) comme disent les membres d'un groupe de discussions des hommes adultes, « *elle attrape surtout les enfants, même si tout le monde est concerné ; tout le monde contracte la maladie ; enfants, jeunes, adultes et aussi les vieux* ».

La méningite se nommerait aussi : « *wintoog banga* » ou maladie du soleil, « *sebga banga* », maladie du vent. Elle est aussi une maladie des génies « *zindamb banga* » « *weog banga* » (maladie de la brousse) pour faire référence à un espace inhabité par les êtres humains, mais par des génies. Aussi, les nominations populaires seraient-elles à l'origine de plusieurs interprétations sociales et causes attribuées à la méningite.

### Étiologies ou causes populaires attribuées à la méningite

La méningite est une maladie connue des personnes interrogées. Elle est considérée comme une pathologie qui subit des mutations à la fois dans ses germes, dans ses manifestations symptomatiques, dans sa période d'apparition, des catégories d'individus qu'elle touche et des séquelles laissées sur certaines personnes malades. L'ensemble des personnes interrogées à ce sujet déclarent que « *la méningite est une maladie qui peut rendre sourd, mal voyant et bègue* »<sup>8</sup>. Les connaissances des causes de la méningite restent également variées tant d'un point de vue social que climatique ou environnemental.

<sup>8</sup> Toutes les personnes interrogées (femmes, hommes, élèves, non élèves, tradipraticiens, personnels de santé, leaders coutumiers, religieux, administratifs) ont mentionné les séquelles que peuvent être victimes les personnes ayant gravement souffert de la méningite.

## Causes d'origine climatique et environnementale

La quasi-totalité des enquêtés évoquent les changements climatiques et environnementaux dans la survenue et la transmission de la méningite. Les causes climatiques correspondent aux périodes de l'harmattan (décembre à février) et de la forte chaleur (mars à mai). Ces aspects climatiques renvoient à des éléments tels que la poussière et le soleil, fortement incriminés dans les facteurs favorisant l'émergence et la transmission de la méningite. Le soleil brûlant, le vent, la poussière intense sont considérés comme les principaux « vecteurs » de la méningite dans les deux groupes ethnoculturels.

Le soleil à travers la forte chaleur qu'il émet, contient des germes de la méningite qu'il a préalablement activés. Les germes de la maladie apprécient particulièrement la forte chaleur. « *Le fait de rester trop longtemps au soleil favorise le déclenchement de la méningite voire d'autres maladies, comme le paludisme* », (focus group, femmes adultes).

Les variations climatiques et environnementales sont considérées comme des périodes à risque dans la transmission de la méningite. La quasi-totalité des participants à l'étude ont affirmé que « *la période allant de février à mai est réputée dangereuse. Néanmoins, les mois les plus redoutés restent ceux de mars et avril, période de forte chaleur* », (participants, focus groups femmes/hommes, élèves, non élèves). Les variations climatiques et environnementales induisent des effets négatifs sur les aliments qui, selon les tradipraticiens, favorisent au plan alimentaire la transmission de la méningite. Les changements climatiques modifient les rapports de l'homme à son environnement physique. Le vent, la poussière servent aussi de moyens magiques aux sorciers pour transporter les maladies ou les mauvais sorts vers les cibles et les aliments peuvent être contaminés par les mêmes voies. « *La nourriture exposée au vent ou à la poussière peut apporter beaucoup de maladies, comme la méningite* » (Tradithérapeute).

## Causes d'origine alimentaire

Pour les personnes interrogées au sein de la communauté, les causes alimentaires favorisant la survenue de la méningite ou sa transmission se situent à deux niveaux. Il y a, d'une part, les aliments exposés et souillés par la poussière qui transporte les germes de la méningite et d'autre part, les aliments qui ont été en contact avec les sujets atteints de la méningite (DAGOBI, 2003), soit à domicile, soit dans l'environnement des services de santé. Les aliments tels que les mangues sont souillés ou couverts de saletés (OUATTARA, 2003), car ils ont été contaminés par la poussière qui contient les germes de la méningite. « *Les causes de la méningite sont multiples. Il s'agit des mangues vertes, les aliments crus, la viande mal cuite* » (participant, Focus group hommes, Didyr).

Selon les leaders coutumiers et les tradipraticiens interrogés, la souillure (DOUGLAS, 1979) des aliments concerne aussi les repas qui ont été exposés aux centres de santé lors des hospitalisations des personnes atteintes de la méningite. Il s'agit des repas apportés par des parents ou visiteurs aux malades. Mais, selon les accompagnants adultes interrogés, le reste des aliments ne saurait être souillé, car le refus de consommer ces aliments offerts à un malade quelle que soit la pathologie est un facteur de stigmatisation (OUATTARA, 1999) ou d'exclusion sociale du malade ; « *le partage du repas fait partie des facteurs de cohésion sociale* », déclare un leader coutumier.

## Causes d'origine sociale ou surnaturelle

Les facteurs climatiques, environnementaux et alimentaires sont considérés comme des causes « naturelles » ou « normales » de l'épidémie de méningite, par opposition à la « *méningite d'origine surnaturelle ou anormale* », à la « *méningite fabriquée* » ou la « *méningite élective* » évoquées par les leaders coutumiers et les tradipraticiens et qui utiliseraient les mêmes voies (vent, poussière, nourritures) de contamination ou de transmission.

L'étiologie mystique de la méningite a plusieurs fois été évoquée par les femmes et les hommes adultes dans les zones lyélé et moaga. Elle est particulièrement connue pendant la période de forte chaleur et de poussière intense liée à l'harmattan ; mais, son caractère épidémique est favorisé par l'action de forces maléfiques dont sont responsables les sorciers. « *La sorcellerie est la cause sociale de la méningite. Tout le monde le sait* » (leader coutumier, Réo).

Le caractère épidémique de la méningite qui s'accompagne parfois de nombreuses pertes en vies humaines interpelle les individus sur l'ordre social et leurs rapports à la mort, notamment sur la fréquence élevée des décès. Bien qu'on note des différences dans le degré d'incrimination des facteurs « *surnaturels* », on constate, selon les personnes interrogées en milieu lyélé et moaga, que la dimension naturelle ou « *normale* » de la méningite est liée à un mode de contamination par des éléments physiques tels que le vent, la poussière, l'alimentation et l'eau.

## Mécanismes de contamination/schémas de transmission

La méningite est une maladie très contagieuse et, selon les enquêtés, plusieurs voies de contamination sont possibles d'une personne à une autre et à travers des facteurs environnementaux. Les mécanismes de contamination renvoient explicitement à l'étiologie de la méningite. Les schémas de contamination sont fortement marqués par des facteurs d'ordre environnemental (le vent, l'air et la poussière), alimentaire (manger avec le malade, consommer les restants des aliments des malades) et par le contact physique (proximité) avec les malades. « *Cette maladie est contagieuse et se transmet par la respiration, car le germe se trouve dans l'air. Avec la poussière qu'on respire, on peut facilement contracter la méningite* » (participant, focus group femmes/hommes).

Si le soleil est considéré comme un des facteurs prépondérants dans la contamination de la méningite, il ressort dans les différents discours des personnes interrogées dans les deux localités que le vent intervient pour une grande part dans la transmission de la maladie. De l'inhalation des germes à la souillure des aliments, c'est l'action du vent qui se trouve incriminée. Avec la poussière et la chaleur, la contamination est rapide (DAGOBI, 2003 ; SOUBEIGA, 2003). L'idée qui apparaît dans l'expression « *maladie du vent* », « *maladie de la poussière* » suggère d'emblée un type de contamination par voie aérienne, rejoignant une certaine conception biomédicale de la contagion et des pratiques préventives.

## Des logiques populaires préventives aux pratiques médicales

La prévention de la transmission des maladies fait partie des axes d'intervention en santé publique. Parallèlement, les populations disposent de plusieurs manières de se prémunir ou de se protéger de la méningite, de la combattre lorsqu'elle s'installe et d'empêcher sa gravité.

## Pratiques préventives et aspects climatiques

Pour se protéger des aléas climatiques, les populations vont adopter des pratiques préventives visant à un changement de comportements sociaux. « *Il faut éviter que les enfants dorment en dehors des cases, qu'ils traînent dans la poussière ou qu'ils s'exposent au soleil* ». Cependant, il y a des contraintes sociales, surtout alimentaires, qui ne favorisent pas le changement de comportements des populations, comme l'a observé une informatrice, « *la méningite, c'est le soleil. Mais, pour avoir à manger, nous sommes obligés, surtout les enfants, d'être exposés au soleil* », (participante, focus group femmes). Mais la gestion préventive de la méningite passe aussi par d'autres pratiques thérapeutiques.

### Recours aux tradithérapeutes

Les tradithérapeutes<sup>9</sup> disposent de remèdes d'ordre préventif pour lutter contre la méningite. Cependant, la composition de ces remèdes reste le secret thérapeutique des tradipraticiens qui parlent toujours d'ingrédients végétaux (plantes, racines, écorces ou feuilles) sans donner des précisions sur leur provenance. « *Dans la tradition, il y avait un remède pour la prévention. Nos grands parents prélevaient des racines et des feuilles qu'ils faisaient bouillir pour se laver ; ils étaient ainsi protégés contre la méningite. Cela coûtait 5 F* », (participant, focus group hommes).

### Recours aux recettes populaires préventives

Des pratiques populaires d'origine végétale, animale et minérale pour se prémunir contre la méningite. Il ressort des données recueillies que les populations moose et lyéla utilisent le « *Shûm* » en lyélé et « *lielga* » en Mooré. « *Les populations prélèvent les racines de cet arbre qu'elles font bouillir dans un canari neuf et donnent la décoction à boire aux enfants. La consommation du mélange de la décoction avec du dolo non fermenté sert également à se protéger contre la méningite* » (participant, focus group femmes/hommes).

Le « *nepar* » en lyélé et « *caga* » en mooré est utilisé aussi à but préventif contre la méningite. Le « *nepar* » ou le « *caga* » est l'appellation populaire du « *Detarium microcarpum* ». On observe une consommation accrue du « *caga* » dans les villages pendant les épidémies de méningite.

Le mélange d'une poudre obtenue à partir d'une plante appelée « *sonsga* » et le « *caga* » (*Detarium microcarpum*) constitue un remède de prévention contre la méningite en pays moaga (SOUBÉIGA, 2003). « *On pile le caga et le sonsga pour obtenir un mélange de poudre des deux plantes. On frit ensuite du soumbala avec du petit mil. On mélange tout ça et on donne aux enfants à manger ou se laver avec la décoction* » (tradithérapeute).

Au niveau individuel, le beurre de karité est couramment utilisé comme une pratique préventive dans la lutte contre la transmission de la méningite par la poussière. Il s'agit d'humidifier les narines de jour comme de nuit avec du beurre de karité, visant à retenir la poussière et empêchant le dépôt des germes de la méningite dans les voies nasales pour infecter l'individu. C'est une pratique reconnue par les personnels de santé qui encouragent les populations à son utilisation pendant la période épidémique.

<sup>9</sup> Le terme « tradithérapeute » est utilisé pour désigner « tradipraticien ». En lyélé le terme désigne « *ciom cieba* » et en mooré « *tim soba* ».

Les ingrédients d'origine animale sont aussi sollicités pour se prémunir contre la méningite. Selon une conception populaire moaga, la viande d'âne protégerait de la méningite. La chair réputée dure de l'âne expliquerait peut-être cette conception. « *Quand la méningite a commencé, on disait de chercher du caga et de la viande d'âne pour faire un repas thérapeutique aux enfants* » (Leader coutumier).

### **Recours aux pratiques divinatoires**

Les représentations sociales relatives aux causes de la méningite imposent aux populations le recours à des pratiques divinatoires pour protéger les membres de la famille et le malade dans les choix thérapeutiques. Ces pratiques n'interviennent pas seulement dans le cadre de la méningite ; elles concernent aussi bien des maladies que des événements familiaux. Les devins « *jipèrè ciéba* » en lyélé (celui qui révèle ce qui est caché, qui sait faire une lecture des événements familiaux et est l'intermédiaire entre le visible et l'invisible (FAINZANG, 1986, BONNET, 1988, BATIONO, 2008). Ils interviennent par des sacrifices, des rites pour guérir et protéger le malade et son environnement familial et social. Ils sont quelquefois sollicités pour déterminer et confirmer les itinéraires thérapeutiques. « *Nous avons consulté le devin pour savoir si on pouvait conduire le malade au centre de santé. Le devin a dit qu'il n'y avait pas de problème pour l'amener là-bas ; arrivés, on nous a dit que c'est la méningite* » (homme, 50 ans, kordié).

### **Pratiques magico-religieuses**

Si « *Dieu* » est évoqué dans les causes de la méningite, il faut aussi l'implorer dans sa gestion. L'implication des leaders religieux est sollicitée dans la gestion divine et préventive de la méningite. « *Au niveau de la mosquée, nous prions pour toute la population pour que Dieu éloigne le mal de nous* » (Imam).

### **Pratiques préventives et comportements alimentaires**

Les pratiques alimentaires sont nécessaires et jouent un rôle important dans la prévention contre la méningite. Ces pratiques induisent un changement de comportements des populations. Selon les personnes interrogées, il faut éviter de consommer les restes des repas mangés par le patient, de consommer les mangues vertes non nettoyées par les premières pluies. Il s'agit surtout d'éviter la consommation d'aliments gras ou huileux exposés à la poussière et tout autre aliment non protégé et vendu dans les rues ou sur la place du marché.

### **Evitement des regroupements populaires**

Pendant la période épidémique de la méningite, toutes les campagnes de sensibilisation visent à interpeller les populations sur la gestion de certains événements socioculturels, tels que les rites funéraires, les marchés et tout autre événement qui nécessite les regroupements des populations. Il est également demandé aux populations d'éviter les nombreuses visites aux malades hospitalisés et d'isoler le patient des autres membres de la famille. En somme, ces lieux sont des endroits potentiels de dissémination et de transmission des germes. « *Nous conseillons à la population d'éviter si possible les regroupements populaires tels que les rites funéraires, les marchés, les visites massives aux malades hospitalisés. Ces facteurs sont potentiels, car le germe de la méningite se trouve dans l'air et se transmet par voie respiratoire* » (prestataires de soins, Réo).

## Recours à la vaccination

Les stratégies préventives contre la méningite restent multiples et diverses. Elles sont tout aussi sociales que biomédicales. Les pratiques préventives sont appréciées par les populations, mais, la vaccination reste la stratégie thérapeutique et préventive la plus appropriée et la plus efficace pour se protéger contre la méningite. Ce fait est reconnu par la plupart des enquêtés interrogés, « *les vaccins constituent une stratégie importante dans la prévention contre la méningite, si bien que les populations accourent de partout pour être vaccinées* » (prestataires de soins, Didyr). Selon les jeunes interrogés, des inquiétudes demeurent quant à l'efficacité du vaccin. « *Une année, on a vacciné des enfants contre la méningite et nombreux sont décédés. C'est le vaccin qui n'était pas bon. Suite à cette situation, les gens étaient réticents à faire vacciner leurs enfants. Néanmoins, on peut dire que les vaccins permettent d'atténuer les effets, sinon la maladie tue beaucoup* » (participant, focus group jeunes scolaires, Réo).

## Conclusion

Les nombreuses descriptions symptomatiques de la méningite, le caractère épidémique « *tue en masse* », les conséquences néfastes observées sur les individus en terme de séquelles (troubles visuels, problèmes auditifs, bégaiements, etc.), le taux de mortalité parfois élevé, la relation avec les variations climatiques et environnementales changeantes, font d'elle une « *maladie réputée dangereuse et changeante* », « *un phénomène biologique et social complexe* ».

Aussi, les perceptions sociales de la méningite en tant qu'une « *maladie dangereuse* » conduisent-elles les populations à adopter une multitude de pratiques préventives et curatives. Les pratiques préventives biomédicales et celles qui reposent sur des conceptions populaires ne sont pas exclusives les unes des autres. Il existe une multiplicité de techniques préventives et curatives auxquelles les populations se réfèrent en situation d'épidémie ; les conceptions relatives à la maladie et aux causes « *sociales et naturelles* » exigent un recours au pluralisme thérapeutique. La gestion des épidémies de méningite dans les deux régions ethnoculturelles différentes, s'inscrit dans des logiques populaires changeantes qui favorisent sa propagation au sein des groupes sociaux.

## Remerciements

Remerciements à AMP pour la réalisation de l'étude sur la méningite dans les deux districts sanitaires et pour avoir accepté de fournir les données à présenter à cette conférence.

Que soient remerciées toutes les personnes qui ont apporté d'une manière ou d'une autre leur expertise à la rédaction et à la lecture de ce texte.

## Références bibliographiques

- BATIONO B. F., 2008. Nosologies ethnoculturelles et paludisme : logiques sociales chez les Lyela, Jula, Mossi, 2008, Cahiers du CERLESHS, Tome XXIII, N° 30, PUO, Ouagadougou, pp. 273-295.
- BERTHE A., MAGUIRAGA F., TRAORÉ L. *et al.*, 2009, « Approche socioanthropologique de la tuberculose à Mopti (Mali) : représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose », in *Cahiers-Santé*, vol 19, N° 2, pp 87-93.
- BONNET D. et JAFFRÉ Y., 2003 (Dir.). Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest. Paris, Karthala.

- BONNET D., 1988.** *Corps biologique, Corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi.* ORSTOM.
- DAGOBI A. E., 2003.** « La gestion locale des épidémies dans la vallée du fleuve Niger » in, Bonnet D. et Jaffré Y., (dir.), *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala.
- JAFFRÉ Y. & OLIVIER De SARDAN J.-P. (eds), 1999.** *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* Paris, PUF.
- JAFFRÉ Y., 2003,** « Transmissions, prudence et prévention en pays mande ». In : *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.* Bonnet D, Jaffré Y, eds. Paris : Karthala (« Médecines du monde »).
- FAINZANG S., 1986.** *L'intérieur de choses : maladies, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso,* Paris, l'Harmattan.
- FASSIN D., 1992.** *Pouvoir et maladie en Afrique.* Paris, PUF.
- FAVRET S., 1985.** *Les mots, la mort, les sorts : la sorcellerie dans le blocage.* Paris, Gallimard.
- LAPEYSSONNIE L.** « La méningite cérébrospinale en Afrique ». *Bull World Health Organization* 1963; 28 (suppl.):1-114.
- LAPLANTINE F., 1986.** *Anthropologie de la maladie,* Paris, Payot.
- LEVI-STRAUSS C., 1958.** « L'efficacité symbolique » in *Anthropologie structurale,* Paris, Plon.
- MEULENBROECK A., 1990.** *La conception des maladies chez les Mossi dans la région de Basma,* Burkina Faso, Ministère de la santé Kaya.
- OLIVIER De SARDAN J.- P., 1999.** « Les représentations des maladies : des modules ? ». In Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (eds), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* Paris, Presses Universitaires de France.
- OUATTARA F., 2003.** « Transmission des maladies et gestion de la saleté en milieu rural senufo (Burkina Faso) » in, Bonnet D. et Jaffré Y., (dir.), *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala : 403-426.
- PALÉ A., 2009.** « Les frontières de la maladie : le VIH/sida et l'identité dévalorisée du migrant Lobi, Burkina Faso ». *Cahiers du CERLESHS,* Tome XXIV, n° 32, pp. 107-124.
- SOUBÉIGA A., 2009.** « Constructions culturelles du médicament et évolution de ses représentations et usages sociaux », in *Médicaments et sociétés, entre automédication et dépendance,* *Revue Sociologie Santé,* N° 30, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, pp 339-360.
- SOUBEIGA A., 2003.** « Les conceptions populaires moose de la méningite (Burkina Faso), in Bonnet D. et Jaffré Y., (dir.), *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala : 279-293.
- ZEMPLÉNI A., 1985.** « La maladie et ses causes » in *l'Ethnologie,* numéro spécial, vol 2, pp. 13-44.