

CONGRES AFRICAIN DE POPULATION

DAKAR, Sénégal, 7-12 Novembre 1988

L'INTERET DE L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE
POUR L'ETUDE
DES COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SANTE

Agnès GUILLAUME
ORSTOM
Côte d'Ivoire

Sylvie REY
ORSTOM
France

*Communication préparée pour la séance 7.2 : "Approches (ethnographiques)
dans les études démographiques à petite échelle"*

Fonds Documentaire IRD



010050291

Fonds Documentaire IRD
Cote. B* 50291 Ex:

INTRODUCTION

Les enquêtes démographiques ou épidémiologiques classiques menées dans les pays en voie de développement s'appuient sur les méthodes statistiques de collecte et d'analyse de données. Ces méthodes impliquent des études à large échelle par questionnaires à items fermés permettant d'établir les niveaux et tendances des indicateurs recherchés. Mais dès lors que le chercheur tente d'expliquer les phénomènes observés, il se trouve démuné devant la difficulté de mettre en évidence des comportements avec les seules variables classiques, économiques ou socio-démographiques, telles que le niveau de vie ou la scolarisation. En particulier dans les enquêtes multinationales standardisées, notamment celles qui ont été réalisées dans le cadre du projet de l'enquête mondiale fécondité ; les raisons de la variation de la fécondité selon les groupes de population ne peuvent pas toujours être expliquées.

Parallèlement, devant l'échec de certains programmes de planification sanitaire ou de politique de populations, il apparaît nécessaire d'affiner les connaissances en matière de comportement travaillant à une échelle locale ou sociale plus fine : d'importantes disparités existent entre les régions ou les groupes sociaux d'un même pays, liées à l'environnement écologique et à la culture des différentes populations.

De ce fait, de nouvelles approches se mettent en place alliant des investigations à la fois quantitatives et qualitatives (A. HILL, S.RANDALL, 1984). Les recherches quantitatives permettent de mesurer les niveaux des indicateurs démographiques mais également l'impact des mesures de planification. Les recherches qualitatives auprès de sous-populations essaient de cerner les pratiques et représentations sur un thème précis en les situant dans le contexte du fonctionnement de la société en général. Elles utilisent une approche de type anthropologique dans le recueil et l'interprétation des données.

De manière générale, une connaissance de type anthropologique permet de construire une problématique spécifique à la société étudiée donc plus riche et mieux adaptée, et de développer avec plus de finesse le raisonnement analytique.

Les études démo-sanitaires menées au Nord-Togo et dans le Sud-Est de la Côte d'Ivoire sur la fécondité et la santé maternelle et infantile relèvent de cette articulation entre approche quantitative et qualitative. En effet, elles ont pour objectifs de mesurer l'impact des structures sanitaires mais aussi d'expliquer les recours thérapeutiques pratiqués et les attitudes de la population vis à vis de la maladie, de la grossesse et du jeune enfant.

Les problématiques très proches de ces deux études permettent une comparaison des résultats dans des environnements sanitaires et culturels différents enrichissant la compréhension des phénomènes.

Nous analyserons l'apport de l'approche anthropologique dans ce type d'étude et au travers d'une analyse des résultats obtenus lors de ces deux enquêtes, l'utilisation possible de cette méthodologie d'observation en matière de santé publique.

I. APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DANS LES ENQUETES DEMO-SANITAIRES

I.1. LES ETUDES ANTHROPOLOGIQUES SUR LA MALADIE

Dans les études ethnologiques classiques, la maladie ne se situe pas comme lieu privilégié d'observation de la société.

Petit à petit, des anthropologues ont montré les relations étroites entre pratiques thérapeutiques, vécu de la maladie et processus sociaux. M. AUGÉ (1984, p.10) souligne à ce propos : "il se trouve que nombre d'ethnologues, qui n'avaient pas la maladie, ou la médecine, pour objet premier de leur recherche, ont constaté qu'ils ne pouvaient pas observer et essayer de comprendre la vie sociale, politique et religieuse des sociétés qu'ils étudiaient sans prendre en considération leur système nosologique, tel qu'il s'exprime dans l'élaboration du diagnostic ou la prescription thérapeutique, les institutions qui les mettent en oeuvre, les différents agents de cette mise en oeuvre, bref la dimension sociale de la maladie telle qu'elle se donne à voir non seulement dans l'appareil institutionnel et le fonctionnement rituel de la société mais aussi dans les modèles intellectuels d'interprétation du réel dont cet appareil et ce fonctionnement sont tout à la fois le support et l'une des expressions".

De cette démarche progressive vers la définition d'un nouveau champ de recherche en ethnologie sont nées des études d'anthropologie dite médicale fondées sur la recherche du sens de "l'événement malheureux" en tant que signe d'un désordre social.

A travers leurs analyses des systèmes nosologiques et étiologiques d'une société donnée et de leurs articulations avec les représentations religieuses et cosmologiques, ces chercheurs ont également pu mettre en évidence les applications de ce type d'étude en santé publique. Chaque système nosologique et étiologique permet à une population donnée de générer des stratégies thérapeutiques propres et variables selon l'origine de la maladie et les acteurs mis en jeu : patient, institutions de santé existantes, entourage du patient. La compréhension des itinéraires thérapeutiques spécifiques à un groupe culturel donné, permet donc de définir des politiques sanitaires locales adaptées.

Ainsi S. FAISANG (1986), dans une étude de type monographique sur la société bissa au Burkina Faso, se pose la question de la coexistence des dispensaires offrant des soins relevant de la biomédecine avec les institutions de type traditionnel. C'est en étudiant des itinéraires thérapeutiques de malades qu'apparaîtra la logique sociale des choix des types de soins mais aussi l'intégration des nouveaux discours diffusés par la médecine de type occidental aux schémas locaux.

De même l'évaluation des causes de morbidité et de mortalité en calquant la nosographie de la biomédecine sur le discours des populations s'avère souvent être impossible. Ainsi D. BONNET (1985), à partir d'un travail sur les représentations de l'accès palustre, au Burkina Faso, nous montre bien cette déviation du dialogue applicable à une consultation du dispensaire ou à une requête sanitaire.

I.2. L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE EN DEMOGRAPHIE

Chaque étude démographique cherchant à expliquer des comportements ou à trouver des causalités ne peut bénéficier du travail conjoint d'un ethnologue sur son terrain d'étude.

Ainsi, sans vouloir se substituer aux anthropologues, un nouveau courant de pensée est-il né à l'intérieur des sciences sociales, et chez les démographes en particulier, sous la dénomination de "micro-démographie" ou études démographiques à petite échelle.

Les études se rattachant à cette nouvelle approche allient souvent aux enquêtes quantitatives classiques des recherches plus focalisées utilisant les méthodes ethnographiques : présence prolongée sur le terrain, recherche participante, entretiens et recueil de biographies. L'intérêt de ce type d'étude n'est pas seulement d'améliorer la qualité des données recueillies, mais d'utiliser l'approche anthropologique dans la construction d'une nouvelle problématique.

Parlant de l'ambiguïté du terme qualitatif, A. QUESNEL (1985) explique : "mais on dira qu'il ne s'agit pas de la même approche qualitative, l'une renvoie à une des définitions du terme "qualité", et vise à l'obtention de données statistiques parfaites ; l'autre renvoie à la désignation de la condition sociale des individus, et cherche à appréhender les "variables" d'état qui expriment le plus pertinemment cette condition sociale afin d'approcher les pratiques -voire l'idéologie- qui président à la dynamique démographique des sociétés". C'est ainsi que l'approche ethnographique apparaît comme l'un des détours méthodologiques possibles dans une recherche qualitative complémentaire d'une recherche quantitative.

Il faut, d'emblée, considérer les phénomènes démographiques et sanitaires comme faisant partie du processus de reproduction sociale et permettant, par leur compréhension d'en discerner la logique et la dynamique. En retour, l'étude du fonctionnement de la société peut aider à expliquer les comportements et les attitudes du sujet étudié.

L'approche anthropologique améliore la compréhension des phénomènes démographiques. Les enquêtes qualitatives et quantitatives rendent chacune compte d'un aspect particulier d'une même réalité. Ainsi la collecte démographique classique permet de décrire l'évolution des phénomènes démographiques et la modification de leurs intensité ou calendrier. L'explication des ces transformations passe par une analyse du contexte social dans lequel elles se sont opérées. "Les changements qui ont affecté les rapports sociaux de production et de reproduction ont profondément transformé les conditions de la reproduction démographique" (A. QUESNEL, P. VIMARD, 1985): transformation des rapports sociaux au sein du groupe domestique, nouvelles pratiques matrimoniales et attitudes face à la fécondité...

L'évolution à la baisse de la mortalité des enfants révèle certainement une amélioration des conditions sanitaires mais également un comportement nouveau dans les pratiques thérapeutiques, étroitement liées aux représentations de la maladie au sein de la société. Les pratiques en matière de fécondité varieront selon le statut social de la femme et plus particulièrement celui que lui confèrent son rôle de procréatrice. Elle adoptera des comportements spécifiques pour accroître ou limiter sa descendance selon les besoins de la famille, du lignage : descendance nombreuse pour fournir une main-d'oeuvre suffisante au groupe domestique ou au contraire restreinte pour permettre aux enfants d'accéder plus facilement à la scolarisation. Les comportements en matière d'allaitement et de contraception ne sont pas exempts de charge culturelle : l'abstinence post-partum sera dans certaines sociétés prolongée jusqu'à la fin de l'allaitement maternel. Un abandon de ces pratiques aura des incidences directes sur la fécondité (rapprochement des naissances) et la mortalité infantile (due au sevrage précoce).

L'intégration d'étude de type anthropologique dans les enquêtes démographiques ne consiste pas uniquement en une transformation des méthodes d'investigation mais en une modification de la problématique : le fait démographique (naissance, décès, migration...) ne sera pas considéré uniquement en tant qu'événement statistique mais comme un fait social.

II. DEUX ETUDES SUR LA FECONDITE ET LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

II.1. PRESENTATION DES ETUDES

Ces deux études ont été menées dans deux régions distinctes d'Afrique de l'Ouest :

- Au Nord Togo, en zone de savane, où l'ethnie Moba-Gurma est numériquement dominante. Principalement agricole, l'économie repose sur les cultures vivrières (mils) avec un développement plus récent de cultures de rente: arachide et surtout coton.

L'enquête démo-sanitaire centrée auprès de 200 femmes (1986) faisait suite à une enquête démographique plus large menée en 1985 sur la nuptialité, la fécondité et les structures familiales (P. LEVI, M. PILON, 1988). Six villages parmi l'échantillon des 16 villages de la première étude ont été retenus pour ce deuxième passage, à partir d'un critère de proximité/éloignement des structures biomédicales : maternité, dispensaire.

Dans le sud-est ivoirien, le pays akyé, situé en région de forêt a une activité économique centrée sur l'économie de plantation (café, cacao, palmier à huile). Les deux villages enquêtés Memni (4785 habitants au recensement de 1983) et Montezo (3068 habitants) sis dans l'espace péri-urbain d'Abidjan bénéficient de nombreux échanges (mouvements d'individus, transferts de biens...) avec cette ville.

L'enquête a été réalisée auprès de 1208 femmes en âge fécond. Elle porte sur leurs pratiques thérapeutiques dans différentes circonstances de la vie : période prénatale et post-natale, au moment de l'accouchement et sur les soins aux enfants en bas âge. Les questions visaient à décrire les types de maladies (nom en langue vernaculaire et symptômes associés), les instances thérapeutiques consultées et le type de soins prodigués.

Les enquêtes "quantitatives" par questionnaires fermés menées dans les deux zones, auprès de toutes les femmes ne feront pas ici l'objet d'une étude (qui pourront être consultées par ailleurs A. GUILLAUME (1988), S. REY (1988)) . Ses principaux objectifs étaient de connaître les niveaux de fécondité, d'étudier les variables intermédiaires et les attitudes en matière de fécondité, de mesurer l'impact des politiques préventives de protection maternelle et infantile et d'évaluer le statut économique des femmes.

La partie plus qualitative de la recherche avait pour objectifs de :

- comprendre les pratiques entourant la fécondité et la santé maternelle et infantile, c'est-à-dire les rituels entourant la grossesse, la naissance, la maternité et les pratiques de soins vis à vis des maladies de la vie féconde et du jeune enfant. Il ne s'agit pas seulement de faire une description de ces comportements mais de les resituer dans l'ensemble des pratiques sociales pour mieux les expliquer.

- cerner l'évolution actuelle de ces comportements au sein de la dynamique sociale, notamment en ce qui concerne les recours thérapeutiques dans des sociétés où coexistent différents systèmes de santé.

Pour réaliser ces objectifs, et comme il n'est pas possible de séparer les maladies maternelles et infantiles de l'ensemble des maladies dans une société donnée, nous avons tout d'abord construit une liste de termes vernaculaires sur la fécondité et la maladie. Aux noms de maladies ont été rattachés les symptômes qui permettent de les identifier et de les rattacher à une ou plusieurs causes particulières.

Une étude conjointe du système médical traditionnel a permis de comprendre les modes de recours thérapeutiques et d'expliquer les cérémonies entourant la fécondité.

Les méthodes utilisées pour cette partie de l'étude relèvent de l'approche ethnographique. Il s'agit :

- d'interviews auprès de tradipraticiens et de devins sur leur domaine d'activité, le mode d'acquisition de leur savoir et les thérapies utilisées,

- d'entretiens auprès de vieilles femmes pour connaître les traditions et auprès de plus jeunes pour comprendre les motivations pour des démarches préventives en matière de protection maternelle et infantile,

- et d'une présence permanente au moment de l'enquête dans les villages, afin d'approfondir certains questionnaires, notamment auprès des femmes infécondes, et de détailler certains itinéraires thérapeutiques.

II. 2. DESCRIPTION COMPARATIVE DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES DEUX REGIONS ETUDIEES

Dans les deux régions, comme dans la plupart des pays d'Afrique coexistent deux systèmes de santé : un système biomédical constitué de dispensaires publics ou tenus par des congrégations religieuses, et un système "traditionnel" englobant différents types de thérapeutes : guérisseurs, devins, contre-sorciers, prophètes. Mais la place et le recours à ces différentes instances sont variables dans les deux régions.

- 1) Au Nord-Togo, les structures biomédicales sont très inégalement réparties dans l'ensemble de la région. L'un des critères de choix des villages d'enquêtes était le niveau de proximité d'un dispensaire ou d'une maternité.

Ces structures sont - soit des dispensaires et maternités d'état tenus par des infirmiers et matrones, généralement assez démunis sur le plan matériel et des médicaments, - soit des structures de protection maternelle et infantile, dirigées par des congrégations religieuses expatriées offrant le plus souvent des traitements (consultation prénatale, pesée des enfants, vaccination...) à des prix modiques. Certaines de ces structures sont installées depuis plus de vingt ans.

Le système traditionnel comprend différents types de thérapeutes. Chaque village possède plusieurs "petits" guérisseurs masculins soignant une ou quelques maladies. Ce savoir leur a été transmis à l'intérieur de la lignée paternelle (la société moba-gurma est patrilinéaire) ou acquis auprès d'un autre guérisseur (généralement après des soins donnés à un membre de la famille). Certains thérapeutes, plus renommés, possèdent des pouvoirs de contre-sorciers ou des "protections". Les rôles peuvent être cumulés.

- 2) En pays akyé, le secteur biomédical, d'implantation ancienne connaît un important rayonnement géographique et est fortement sollicité : il est composé d'un hôpital, d'un dispensaire, d'une maternité, et d'une PMI, situé à Memni. Les femmes accouchent massivement à la maternité (pour 95% d'entre elles), et vont aux consultations prénatales et post-natales.

Les thérapies traditionnelles sont assurées essentiellement par des guérisseurs ou prophètes. Les guérisseurs, le plus souvent des femmes, ont acquis leur pouvoir soit par la lignée maternelle (la société akyé est matrilinéaire) soit auprès d'un autre guérisseur. Les prophètes outre leur rôle de praticien s'attachent à définir la cause de la maladie et les agents responsables de son apparition.

L'étude des institutions ne doit pas faire oublier dans les deux régions, la place importante tenue par les thérapies familiales à partir de la pharmacopée familiale ou de l'automédication. Ces soins sont particulièrement utilisés pour les maladies symptomatiques ou qui ne nécessitent pas une explication causale immédiate (diarrhée, petite plaie, rhumes...).

Les vertus thérapeutiques de certaines plantes sont bien connues et ce savoir populaire se transmet de génération en génération, le plus souvent par les femmes en pays akyé et par les hommes en pays moba. Les petites filles apprennent à reconnaître les plantes en brousse et à les préparer dès leur plus jeune âge .

Les soins familiaux peuvent également reposer sur l'automédication familiale : une manière d'associer aux soins familiaux traditionnels, les pratiques biomédicales par la consommation de produits pharmaceutiques. Le diagnostic de la maladie est établi par la famille ou un charlatan et l'on se procure les produits pharmaceutiques vendus de façon illicite sur le marché ou auprès des colporteurs qui passent dans les villages. Ces réseaux de vente illicite de médicaments, présents dans de nombreux pays africains se sont souvent développés dans un contexte de pénuries d'approvisionnement des officines ou des dispensaires, "Le commerce illicite est une réponse sociale , pour les catégories défavorisées, aux difficultés d'accès aux médicaments par les voies officielles" (FASSIN D., 1986).Ce commerce fréquent au Nord Togo, mais inexistant en pays akyé présente plusieurs avantages : l'obtention de comprimés à l'unité donc un traitement à un moindre coût ou du moins, un échelonnement dans le temps des dépenses, la disponibilité des médicaments sur le marché ou à domicile par les colporteurs. Mais il peut être également avoir des effets nocifs : les médicaments sont souvent vendus sans notice, la posologie laissée à l'appréciation du vendeur ou du malade, et leur date de péremption absente ou dépassée. En pharmacie, les médicaments sont vendus par boîtes, ces quantités souvent excédentaires par rapport aux besoins du traitement entraînent une dépense inutile mais également par la suite, le risque d'une automédication à mauvais escient ou après la date de péremption des médicaments: les risques deviennent alors identiques à ceux d'un achat illicite.

Les recours à ces différents systèmes se font souvent de manière conjointe en fonction des pathologies reconnues par la population mais aussi de l'accès possible et du type de structures biomédicales.

II.3. PERCEPTION DE LA MALADIE ET MODE DE SOIN

Lorsque l'on interroge la population sur les maladies dont elle souffre, on se rend très vite compte de l'impossibilité qu'il y a à calquer la nosographie traditionnelle sur celle de la biomédecine. Cette constatation a déjà été faite par de nombreux auteurs, en particulier D. BONNET (1986) et S. FAISANG (1986).

Le discours des femmes sur la maladie change d'ailleurs selon les interlocuteurs : généralement elles identifient la maladie par son nom vernaculaire, tandis que face au "docteur" elles traduisent déjà d'elles-mêmes ces maux en une série de symptômes les plus fréquemment rencontrés (maux de ventre, maux de tête, vertiges....).

Travailler à partir de la nosographie populaire permet non seulement une meilleure identification des maladies mais également de comprendre la logique qui sous-tend les recours thérapeutiques qui varieront selon les causes invoquées.

En pays akyé et moba (comme dans d'autres groupes ethniques : mossi, bisa,...) une pluralité de causes explique l'apparition des maladies que l'on peut scinder en deux grandes catégories : maladies naturelles et provoquées. Les maladies naturelles ou "maladies" de Dieu ne font pas seulement référence à des maladies symptomatiques à leur début ; mais elles puisent leur explication dans un dérèglement d'ordre symbolique (excès de chaud, de doux...) et n'appellent pas forcément une réponse à un "pourquoi". En pays akyé, sont également considérées comme "maladies de Dieu" celles qui atteignent l'individu dès sa naissance telles les malformations. Les thérapeutes traditionnels déclarent être inaptes pour soigner de telles maladies.

Les maladies provoquées sont celles où un agent causal est invoqué : sorcellerie instrumentale ou non instrumentale, ancêtre, génies.... Elles peuvent atteindre l'individu adulte ou enfant, ou la mère pendant la grossesse (dans ce cas, l'enfant à naître sera porteur de cette maladie soit dès sa naissance ou plus tard au cours de sa vie).

Pour la première catégorie, différentes institutions de soins sont compétentes : le recours le plus fréquent est la thérapie familiale ou le dispensaire s'il est d'accès facile et peut fournir les médicaments. Pour certains syndromes plus graves dans leur manifestation et moins clairs symptomatiquement, un guérisseur spécialiste pourra être consulté.

Dans le cas des maladies provoquées, les malades s'adresseront plus systématiquement à l'un des thérapeutes capables d'en traiter la cause et conjointement à un guérisseur ou au dispensaire pour enrayer les symptômes.

L'identification de la maladie dans la plupart des cas ne se fait pas selon un terme unique en langue locale. Ainsi si on prend le cas des diarrhées, maladie facilement identifiable selon les symptômes, deux noms les désignent en langue akyé et six en pays moba (1) : chaque terme correspond à une diarrhée associée à des symptômes divers (vomissements, sang dans les selles...), à un niveau de gravité variable, à une cause précise et à un type de soin particulier. Il sera difficile face à cette multiplicité de termes les désignant, et de causes de trouver comment faire passer les messages stéréotypés pour inciter les populations à pratiquer la réhydratation par voie orale.

Ces différentes conceptions de la maladie illustrent bien les difficultés pour mener les études comparatives sur la morbidité et les causes de mortalité non seulement entre différents pays mais également entre différentes régions et groupes ethniques d'un même pays.

(1) En pays akyé : "piaceu" = ventre/eau et "soun" = va beaucoup à la selle, et en pays moba : "bitchudug" = selle/couler, "pwàtug" = action de battre le ventre, "ni-nivog" = aller à la selle/intestin, "ywotùg" = action de se déshabiller/ventre, "bikukula" = on ne peut plus aller se promener, "sabwong" = aller/bas-ventre.

II.4. LES RECOURS THERAPEUTIQUES PRATIQUES

Les recours thérapeutiques pratiqués sont conditionnés par un certain nombre de facteurs : environnement sanitaire, causes et perception de la maladie, contraintes économiques (temps à consacrer aux soins et coûts).

Nous étudierons ici les recours pratiqués en période prénatale et ceux pour soigner les jeunes enfants.

Chez la femme enceinte aucune pathologie spécifique ne se dégage. Certains symptômes tels maux de ventre, maux de dos sont soignés comme des troubles passagers soit aux consultations prénatales, soit avec des plantes connues de la femme. Seule la répétition des troubles peut amener à évoquer un problème lié à la grossesse.

En pays moba, le devin dans ce cas pourra être consulté: on invoque le plus souvent un problème de *mada* (retour de l'ancêtre) ou un conflit familial (après un mariage par enlèvement par exemple). En effet, on considère que cette affection n'atteint pas uniquement la femme mais l'ensemble de son lignage (attitude fréquente face aux problèmes de fécondité). Une connaissance de l'organisation sociale de la population étudiée se révèle donc nécessaire pour une meilleure compréhension de ces phénomènes.

Les démarches thérapeutiques (tableau n°1) montrent une prédominance des recours à la biomédecine surtout par le biais des consultations prénatales aussi bien en pays akyé qu'en pays moba (où le recours au devin fait par le chef de famille n'est pas toujours connu de la femme). Les soins par la famille ou auprès de tradipraticiens, seuls ou associés à ceux du dispensaires, sont fréquents. Ainsi en pays akyé est-il courant de voir des femmes consulter les guérisseurs dès le septième mois pour préparer leur accouchement et se rendre ensuite à la maternité.

Les principales pathologies rencontrées chez les enfants sont les diarrhées, les fièvres seules ou associées à d'autres symptômes (maux de tête, vomissements....) et les affections respiratoires).

L'étude des démarches de santé montre une grande diversité à la fois selon le type de maladie mais également selon les possibilités d'accès aux structures sanitaires. En général, même si le village est proche d'une structure de type biomédical les maladies bénignes, qui ne nécessitent pas une explication causale, seront traitées par la famille : elles sont d'ailleurs nettement sous-déclarées dans ce type d'enquêtes avec une période de référence assez longue (6 mois ou un an). Si la maladie apparaît grave dans ces premières manifestations, évoquant une cause surnaturelle (en pays moba, la sorcellerie non-instrumentale est très fréquente chez les enfants), la consultation d'un thérapeute traditionnel et éventuellement une visite au dispensaire sera le mode de réponse le plus commun.

Tableau n°1 : Les recours thérapeutiques pratiqués par les femmes pendant la grossesse et pour soigner leurs enfants (en %).

Recours pratiqués	Maladie en période prénatale	Maladies des enfants	
Médecine			
P A Y S	moderne seule(1)	70	68
A K Y E	traditionnelle seule (2)	12	8
	traditionnelle et moderne (3)	18	24
1er recours famille (4)			
P A Y S	-plantes	17	45
	-médicaments	-	5
	tradipraticien	25	18
	dispensaire	58	31
2ème recours famille			
M O B A	-plantes	6	4
	-médicaments	-	9
	tradipraticien	12	9
	dispensaire	71	79

- 1) consultation auprès du système biomédical
- 2) soins par la famille ou des thérapeutes traditionnels
- 3) alternance entre les deux modes de soins
- 4) les recours auprès de la famille et des tradipraticiens correspondent aux recours dits traditionnels en pays akyé. On considère les deux démarches effectuées successivement.

Les recours décrits ici montrent une prédominance du secteur biomédical en pays akyé (68%), cependant l'alternance entre soins modernes et traditionnels reste une pratique courante (24%). Seuls les thérapeutes traditionnels s'avèrent compétents pour soigner certaines maladies. Il en est ainsi pour une maladie nommée "wointsa", maladie qui atteint uniquement les

enfants (et se manifeste par des fortes fièvres et diarrhées et la fontanelle qui présente une forme allongée et très creusée), aucun recours au dispensaire ne sera tenté pour l'enrayer.

En pays moba, dans plus de 40% des cas, deux instances sont consultées successivement : les premiers soins sont souvent donnés par la famille et le dispensaire est la structure la plus fréquemment sollicitée en deuxième recours.

Bien que les instances sanitaires n'occupent pas la même place dans les deux régions d'étude, on constate une multiplicité des recours thérapeutiques. L'introduction des structures de soins de type biomédical a radicalement bouleversé les pratiques thérapeutiques de la population, mais n'a pas réellement restreint le recours aux instances traditionnelles. En effet, l'objet de la quête thérapeutique ne se borne pas uniquement à faire disparaître les manifestations cliniques de la maladie, mais à en expliquer la cause. Le système biomédical est venu se surajouter aux instances thérapeutiques.

CONCLUSION

L'étude des problèmes de santé, des causes de mortalité, menée à partir d'enquêtes quantitatives permet d'évaluer l'état de santé de la population (impact des structures sanitaires, suivi prénatal, post-natal, vaccination...). Mais ce type d'approche est insuffisant pour cerner les besoins et attentes des populations en matière de santé maternelle et infantile. Une étude qualitative permet une meilleure identification des problèmes de santé au sein de la population. Elle s'avère nécessaire pour comprendre la perception que les individus ont des différentes maladies (pour décrire les maladies, les individus recourent soit à une liste de symptômes flous notamment lorsqu'ils ont à s'adresser au "docteur", soit à leurs noms en langue vernaculaire) et les démarches de soins qu'elles impliquent.

Une simple étude nosographique des maladies montre souvent le hiatus entre messages sanitaires classiques élaborés à une échelle nationale, voire internationale, et la perception de la maladie par la population.

Ainsi si l'on se réfère aux études menées au Burkina par D. BONNET (1987) concernant le paludisme chez les Moose et par S. FAISANG (1986) concernant l'onchocercose chez les Bisa, on constate que dans les deux cas, l'importance de l'anophèle et de la simulie comme vecteur de transmission est reconnue, mais elle n'est pas considérée comme étant la seule impliquée dans l'apparition de ces maladies. Ainsi S. FAISANG fait remarquer que "l'idée aujourd'hui largement admise selon laquelle 'oko' (2) est transmise par la simulie ne modifie en rien sa valeur de maladie des génies ; car si l'apparition de cette maladie entraîne fréquemment le recours au dispensaire, elle ne dispense nullement le patient de consulter, de surcroît le devin aux fins de savoir pour quelles raisons les génies de l'arbre ont envoyé la mouche oko (la simulie sur lui)".

(2)"oko" : nom par lequel les Bisa désignent l'onchocercose mais également la simulie.

Les mêmes problèmes d'incompréhension concernant les discours sur la santé se sont posés lors des campagnes de vaccination : leur intérêt n'est pas toujours perçu surtout lorsque, juste après l'inoculation du vaccin, l'enfant a une légère réaction : il est difficile de faire comprendre que cette réaction est normale et que l'enfant sera protégé dans l'avenir.

L'environnement sanitaire de ces régions est complexe : les structures de soins biomédical et traditionnel cohabitent. L'importance numérique des thérapeutes traditionnels et les motivations qui amènent la population à les consulter rendent difficile leur intégration ou adhésion à des programmes de santé. Bien que dans les déclarations concernant les soins de santé primaire, l'utilité et le bien-fondé de cette médecine traditionnelle soit reconnus, elle n'est pas du tout intégrée dans les politiques sanitaires des Etats. Le seul intérêt que l'on porte à cette médecine est pour sa phytothérapie et l'utilisation que l'on pourrait en faire en biomédecine si les thérapeutes acceptaient de livrer leurs connaissances. En fait, les systèmes médicaux modernes et traditionnels conserveront, sans doute, chacun leur propre domaine d'intervention, car répondent à des attentes différentes de la population.

Les thérapies familiales constituent un volet important des pratiques thérapeutiques : il serait certainement possible en s'appuyant sur ces stratégies familiales de faire passer des innovations dans le domaine sanitaire, si ces pratiques ne remettent pas en cause les structures profondes de la société. Ainsi les messages concernant la réhydratation orale auraient certainement un meilleur impact si cette pratique s'insérait d'avantage dans les thérapies familiales.

Une fine compréhension de la perception de la maladie permet de cerner quels sont les points d'action possibles vis à vis de l'amélioration de l'état de santé d'une population et les indicateurs les plus pertinents pour juger de l'efficacité des actions entreprises.

SUMMARY

Through two studies conducted in Côte d'Ivoire and Togo, the therapeutical behaviors of women are analysed using an anthropological approach. The analysis relies on quantitative and qualitative surveys and on indepth study of medical systems : traditionnal therapeutes (tradipraticionners, tellers, sorcerers) and biomedical system (dispensary, nursery, hospital).

The population perception and explanation of illness are based on critere which are different. The difference in perception explains why some health policies (vaccinations compaigns...) defined at the national or international level are difficult to manage. The anthropological approach helps to understand the determining factors at the local level and eases the implementation of the health planning programs.

REFERENCES

- AUGE M. (1984). "Introduction" et "Ordre biologique et ordre social". In le sens du mal. AUGÉ M. HERZILCH C. (eds). Paris, 9-31 et 36-91.
- BONNET D. (1986). Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina. ORSTOM, Ouagadougou, 64 p.
- BONNET D. (1985). Sur la notion de corps chaud. In Sciences Sociales et Santé, n° spécial "Anthropologie, société et santé", vol III, n° 3-4, 183-187.
- DOZON J.P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. Politique Africaine, Paris, n° 28, décembre 1987, 9-20.
- FAISANG S. (1985). La maison du Blanc. In Sciences Sociales et Santé, n° spécial "Anthropologie, société et santé", vol III, n° 3-4, 105-128.
- FAISANG S. (1986). L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina. L'Harmattan, Paris, 204 p.
- FASSIN D. (1985). Du clandestin à l'officieux : les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. Cahiers d'études africaines, n° 98, Tome XXV (2), 161-177.
- GUILLAUME A. (1988). Santé de la reproduction en pays akyé. Centre ORSTOM de Petit Bassam. Abidjan.
- HILL A. RANDALL S. (1984). Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali. INED, Paris Population, 6, 921-946.
- LEVI P., PILON M. (1988). Dynamique démographique et développement chez les Moba-Gourma (Nord-Togo). ORSTOM, Lomé.
- QUESNEL A. (1985). Objectifs et formes de l'approche qualitative dans les études démographiques menées dans les pays à statistiques incomplètes. Communication à la Chaire Quételet. Louvain la Neuve, Belgique, 23 p.
- QUESNEL A., VIMARD P. (1985). Entre l'approche statistique et l'approche anthropologique: une démographie contextuelle. Congrès Général de l'UIESP. Florence, 16 p.
- REY S. (1988). Transformation du milieu et évolution du peuplement en zone sub-sahélienne : évolution de la situation socio-économique et sanitaire des femmes en pays moba-gurma. Thèse de 3ème cycle. Université de Marseille.
- TALL E. K. (1984). Guérir à Culabel : interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal. Thèse de 3ème cycle, Paris, E.H.E.S.S.
- VAN GINNEKEN J., MULLER A. (1984). Maternal and child health in rural Kenya. African Medical and Research Foundation. Nairobi, Kenya.