

*DIRECTION REGIONALE SUD
de la SANTE PUBLIQUE
et des AFFAIRES SOCIALES*

PROJET SANTE ABIDJAN

*MAIRIES D'ABIDJAN, ABOBO
et YOPOUGON*

PROGRAMMES NATIONAUX

*Santé materno-infantile
lutttes contre le SIDA
et la TUBERCULOSE*

*MISSION FRANCAISE de
COOPERATION*

et d'ACTION CULTURELLE

***SANTE
EN
CAPITALES***

COLLOQUE INTERNATIONAL

12 au 16 février 1996
ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

ORSTOM

BP. 11416, Niamey, Niger

tél: (227) 75 31 15 ou 75 26 10

fax: (227) 75 20 54 ou 75 28 04

J.P. Olivier de Sardan
Directeur de recherche à l'ORSTOM
Directeur d'Etudes à l'EHESS

Colloque "Santé en capitales" (Abidjan, 12-16 février 1996)

"Du village à la ville : les représentations de la maladie et les itinéraires thérapeutiques changent-ils vraiment ?"

Si la spécificité urbaine se manifeste dans de nombreux domaines, y compris dans celui de la santé, il n'est cependant pas évident a-priori que ce soit le cas toujours et partout ¹. L'objet de cette communication est de proposer quelques hypothèses relatives à ce qui change et ce qui ne change pas, du côté des populations et de leur point de vue, dans le cas de Niamey, lorsqu'on passe de la campagne à la capitale, en termes de représentations de la santé et d'itinéraires thérapeutiques.

Les enquêtes de références relèvent de l'anthropologie de la santé, et sont actuellement en cours au Niger, en langue songhay-zarma, d'une part dans divers sites ruraux, d'autre part dans trois quartiers populaires de la capitale, Niamey, à savoir Boukoki, Gamkalle et Yantalla. Partout le contexte religieux général est l'Islam. Ces enquêtes s'insèrent dans un programme de recherche plus large sur les "*Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Sahel Ouest-africain)*", que j'anime avec Y. Jaffré, et dont un des volets étudie la comparaison entre Bamako et Niamey (financement du PIR-Villes du CNRS). Du côté Niger, une autre série d'enquêtes vient d'être mise en route en langue haoussa.

¹ On peut citer parmi divers travaux en anthropologie de la santé mettant l'accent sur le phénomène urbain: Fassin, 1986, 1992; Raynaud, 1987; Salem et Jeannée, 1989

Les populations urbaines prises en compte habitent dans des quartiers populaires (par opposition aux quartiers résidentiels et lotissements), qui sont caractérisés par un habitat majoritairement en banco, très inégalement équipé en eau courante à domicile (vente d'eau itinérante) et où moins d'une maison sur deux est équipée en électricité. Les habitants des quartiers populaires (c'est-à-dire la grande majorité de la population de la capitale) sont en partie non alphabétisés (surtout les plus âgés, les femmes ou les migrants récents), mais aussi en partie alphabétisés (on compte par exemple un certain nombre de fonctionnaires, cadres B et C en général), alors que les enfants sont pour la plupart scolarisés. **Mais c'est le songhay-zarma (ou le haoussa) qui est parlé dans absolument toutes les interactions quotidiennes**, sauf en situation officielle ou pour s'adresser à des étrangers (ceci est d'ailleurs vrai jusqu'au sein de la moyenne et haute bourgeoisie de Niamey, comme c'est vrai aussi pour les personnels de santé, toujours au niveau des interactions quotidiennes).

Les enquêtes menées sont d'ordre essentiellement qualitatif (entretiens approfondis en langue songhay-zarma et observations), ce qui, comme vous le savez tous, ne veut pas dire non rigoureuses et non soumises à vigilance méthodologique, bien au contraire.

Les travaux étant en cours, et le recueil de données comme le dépouillement étant loin d'être achevés, on se contentera de proposer ici une série d'hypothèses provisoires (en rappelant que rien de ce qui sera dit ne concerne les milieux sociaux urbains privilégiés, non enquêtés).

1. Les principales représentations populaires en matière de santé restent identiques en ville, mais s'adaptent à l'écologie urbaine.

Ceci est particulièrement évident si l'on considère les grandes "entités nosologiques populaires" qui en général définissent ce qui relève de la médecine occidentale et ce qui relève des traitements "traditionnels".

Par exemple l'entité *weyno*², qui connote tout ce qui est symptômes liés au ventre, au bas-ventre (douleurs et spasmes, urines foncées, diarrhées ou constipations, hémorroïdes), entité prosaïque à géométrie variable, plus ou moins congénitale (le *weyno* s'active sous l'effet de facteurs divers) qui peut "circuler" ensuite dans le corps,

² Cf. Olivier de Sardan, 1994

cette entité donc est aussi vivace en ville qu'à la campagne. C'est sans doute l'entité³ qui est de loin la plus évoquée par tout un chacun.

Certains facteurs générateurs de *weyno* se retrouveront, dans les représentations populaires, plus accentués à la ville qu'à la campagne, comme par exemple au niveau de l'alimentation (le sucre d'un côté, l'arôme Maggi de l'autre, sont partout considérés comme activant le *weyno*; mais ils sont plus présents dans l'alimentation urbaine). D'autre part, alors qu'à la campagne le *weyno* sera considéré comme favorisé par le labeur au soleil, par exemple, il sera en ville favorisé par la station assise permanente: on considérera ainsi que c'est quasiment une maladie professionnelle des chauffeurs de taxi...

Le *weyno* relève de traitements dits "traditionnels" (surtout à base de plantes, à la campagne), et chacun sait que ce n'est pas une catégorie de la bio-médecine ou connue par "les Blancs". Mais ces traitements eux-même s'adaptent à l'écologie urbaine, et ne sont donc plus si "traditionnels" que cela en ville, bien qu'ils soient toujours perçus comme relevant toujours des thérapeutiques "villageoises" (*kwaara safari*) en tant que s'opposant à la médecine occidentale (*lokotoro safari*). On trouvera ainsi à Niamey, à côté de plantes de brousse vendues par des herboristes (souvent importées des pays côtiers, et donc elles-mêmes non représentatives de la botanique campagnarde pré-coloniale), diverses préparations domestiques à base de produits végétaux récents (comme le citron, fruit inconnu avant la colonisation), ou des préparations marchandes stockées en tonneaux et vendues à la louche, à base d'ingrédients pour la plupart aussi "modernes" qu'étranges...

La répartition entre ce qui relève de la médecine occidentale et ce qui relève des thérapies "traditionnelles" (auto-médication ou guérisseurs divers) n'est pas absolue, elle varie selon les locuteurs, et selon les contextes, et comporte de surcroît une large plage d'indétermination, ce qui, combiné à la perspective fondamentalement pratique (recherche d'un soulagement ou d'une guérison) qui guide les comportements en matière de santé, permet de nombreux cumuls ou allers-et-retours. Mais il est quand

³ Je distingue ici les entités nosologiques populaires, comme *weyno*, qui relèvent d'une "logique de la nomination", du simple "langage des maux", ou des symptômes. Bien sûr la "fièvre" (*konna*) ou les divers "rhumes" (*hungum*) ou le fait de "ne pas se sentir en forme" (*ay sinda baani, ay si maa kaani ay gahamo ra*) sont des expressions plus encore employées dans le langage quotidien: mais elles n'évoquent pas une "maladie particulière", comme *weyno*. Au hit-parade des "maladies" les plus citées dans le langage quotidien en songhay-zarma, *weyno* est de loin en tête (bien évidemment, les symptômes de *weyno* renvoient à des pathologies très variées pour la bio-médecine)

même quelques valeurs sûres. Comme *weyno* relève de la "tradition", chacun sait qu'il en est de même pour la jaunisse ⁴, ou que, inversement, la hernie est une affaire de chirurgie occidentale. Ces représentations à peu près stables se retrouvent apparemment autant en ville qu'à la campagne.

Cependant, certaines prévalences, certains messages sanitaires, peuvent amener, en ville comme à la campagne, à modifier sur tel ou tel point les configurations de représentations. Nous avons montré comment, dans une zone rurale, l'apparition d'une "maladie nouvelle" (pour les populations) s'était structurée d'un point de vue sémiologique ⁵. De même certains indices laissent penser qu'en ville une "entité nosologique populaire" inédite tend à se développer, "la tension" (en songhay-zarma: *tansio*) à partir d'une réinterprétation de termes fréquemment utilisés par les personnels sanitaires. Dans la mesure où la ville développe des pathologies particulières, ou émet des messages sanitaires particuliers, bien évidemment les représentations populaires en tiennent compte, mais sans que le cadre général d'interprétation soit bouleversé (sans doute parce que lui-même est déjà souple, sans doute aussi parce qu'il faudrait se situer sur la longue durée historique pour percevoir des changements structurels dans les configurations de représentations).

2. Le recours à l'auto-médication reste aussi important à la ville qu'à la campagne, mais il change de contours en ville

Dans les villages, l'auto-médication, autrement dit tout ce qui relève de savoirs populaires communs ou familiaux (à la différence des guérisseurs semi-spécialisés), et qui est appelé en songhay-zarma "*médicaments de ce que l'oeil connaît*" (*mo-ka-beyrey safari*) couvre une grande partie (plus de 50 % = estimation) des actes "thérapeutiques" locaux. Ces savoirs sont variables d'un village à l'autre, et souvent d'une famille à l'autre. Au-delà de quelques plantes courantes partout connues pour leurs vertus diurétiques, émolientes, calmantes, etc., les recettes médicinales (essentiellement à base d'écorces, de feuilles, et de racines, utilisées en décoctions, inhalations, fumigations) ne sont pas standardisées et stabilisées.

⁴ On notera aussi la croyance fréquente (et sans doute d'origine urbaine, mais partout diffusée) qu'un malade atteint de jaunisse qui serait traité par "piqûres" par la médecine moderne a les plus grandes chances de mourir... La "piqûre", par ailleurs dotée on le sait d'un haut statut symbolique, apparaît donc en l'occurrence comme totalement contre-indiquée.

⁵ Cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 1996

Le mode principal de transmission de ces recettes ou de ces "trucs" reste familial. On peut en un sens parler à juste titre de "remèdes de grand-mère". Un exemple élatant en est les préparations fortifiantes et préventives pour les nourrissons, appelées "amères" (*jitti*). Chaque famille a son *jitti* propre à base d'un cocktail particulier de plantes, qui incorporent entre autres des composants destinés à donner la "force" nécessaire aux "dons" familiaux (chasse, pêche, magie, artisanat, etc...), et à prévenir éventuellement les "maladies" spécifiques à la famille (on dit ainsi ici ou là que seuls tels ou tels lignages peuvent avoir la lèpre...).

En ville l'auto-médication, d'après nos estimations, dépasse aussi les 50 %⁶. Ainsi, les "*jitti*" restent généralisés en milieu populaire urbain. Mais les grands-mères ne sont pas toujours sur place. Les voisines, les collègues y vont de leurs conseils, de leurs recettes. Pour les autres types d'auto-médications, qui sont elles-mêmes moins stabilisées encore, même à la campagne, que le *jitti* (soigner ses maux de tête, ses accès de fièvre, son rhûme, ou son *weyno*, par exemple), l'éventail des "conseilleurs" est en ville beaucoup plus ouvert, beaucoup moins centré sur la famille. On pourrait, à ce propos, parler en ce qui concerne le conseil en auto-médication de la "force des liens faibles"⁷ (connaissances, collègues, voisins, promotionnaires...), caractéristique des réseaux urbains, par rapport à la "force des liens forts" (parenté) propre à la sociabilité villageoise.

De même, en ville, l'auto-médication dite "traditionnelle" passe non plus par des plantes que chacun récolte en brousse en suivant les indications de ses parents, comme à la campagne, mais par l'achat de produits botaniques à des vendeurs. Elle se rapproche de ce fait de l'auto-médication "moderne", à partir des médicaments bio-médicaux (réels ou frelatés) vendus au détail un peu partout.

3. L'éventail des "guérisseurs" se modifie considérablement à Niamey

C'est une des principales différences entre ville et campagne au Niger. Pour dire vite, dans les villages, il n'y a pas de guérisseurs "professionnels", il n'y a pas même de catégorie générique de "guérisseur", mais une série assez diversifiée de semi-spécialistes paysans, qui chacun soigne en général deux ou trois "maladies" très spécifiques, une trentaine environ de maladies ayant ainsi leurs spécialistes locaux (par

⁶ A Bamako, une étude menée par T. Diarra (1993) va dans le même sens

⁷ J'importe cette expression d'un toute autre domaine, puisqu'elle a été utilisée en socio-économie de l'emploi par Granovetter (1973)

exemple: *weyno* particulièrement rebelles; jaunisses; plaies infectées; furoncles; "peur des enfants"; maux de coté; abaissement de la fontanelle; morsûres de serpent; maladies oculaires; démangeaisons; luxations et fractures; etc...). Il existe certes en outre deux grandes catégories de spécialistes magico-religieux pouvant exercer également des activités de guérison, les marabouts et les *zimma* (prêtres des cultes de possession); mais sur le plan thérapeutique proprement dit, qui est en un sens relativement distinct de leur fonction principale, ils ne tranchent guère par rapport aux autres guérisseurs, se contentant d'ajouter à leur compétence "religieuse" quelques savoir-faire thérapeutiques (souvent d'ordre magico-religieux) bien précis.

En ville le tableau change. Trois grandes catégories de guérisseurs ressortent: les marabouts, les *zimma* et les "vendeurs de plantes". Tous en font leur activité principale, voire exclusive. Tous se présentent désormais comme polyvalents, soignant tous azimuts les maladies les plus diverses.

On pourrait ainsi opposer le *zimma* des villes au *zimma* des champs. Le premier met en scène sa professionnalisation, les objets rituels sont visibles, sa tenue est particulière. Le second ne se distingue pas des autres paysans. Le premier touche à tout, soigne tout, fait toutes sortes de charmes (un peu comme les marabouts sénégalais en France), le second se cantonne à ses fonctions de prêtre de possession et à quelques spécialités thérapeutiques très circonscrites.

Du coté des marabouts-guérisseurs (tous ne le sont pas), le tableau est un peu le même.

Quant aux "vendeurs de plantes" (*tuuri neere-kow*), ce sont aussi des professionnels, semi-grossistes et détaillants, vendant à l'étalage ou en colportage, en bout de circuits d'importations venant le plus souvent du Bénin et du Nigéria. Mais ce sont aussi des prescripteurs, et qui ont des plantes pour à peu près tout. Des "maladies" qui, à la campagne, relèvent de semi-spécialistes bien définis, parfois sans recours particulier à des plantes, trouvent ainsi chez eux des remèdes botaniques : paradoxe de la ville. Il en est ainsi de la "peur des enfants" (*humburukumey*), soignée dans les villages par les marabouts et les *zimma* sur une base plutôt magico-religieuse, et pour lesquelles les vendeurs de plantes" urbains proposent, eux, des préparations...

Ceci étant, on peut observer l'existence à la campagne de "guérisseurs régionaux", distincts des semi-spécialistes villageois que nous évoquions ci-dessus, et dont l'aire de consultation et la réputation s'étendent bien au-delà de leur lieu de

résidence. Ils bénéficient de ce fait à l'occasion d'une clientèle urbaine se déplaçant pour les voir. Leur statut apparaît donc comme intermédiaire.

4. La fréquentation des structures sanitaires modernes est d'abord liée à leur accessibilité (très inégale entre ville et campagne), non à une différence entre comportements urbains et comportements villageois

Un avertissement préalable est nécessaire: le lien entre représentations et comportements en matière de santé est lui-même loin d'être simple et univoque. S'il est clair qu'en certains domaines, il y a corrélation entre représentations et comportements, il peut y avoir aussi, et il y a souvent, discordance. Ainsi la consultation des services modernes de santé ne signifie pas, loin de là, un "ralliement" aux représentations occidentales correspondantes (bien qu'elle ne soit pas sans effet à long terme sur les configurations de représentations en place).

Il y a un certain nombre de secteurs où la fréquentation des structures de santé bio-médicales est massive, dès lors qu'elle est possible, et ceci à la campagne comme à la ville. Autrement dit, à cet égard, la seule différence entre ville et campagne est due au tissu sanitaire: partout en ville les PMI sont accessibles, et il y a deux hopitaux et plusieurs maternités, alors que rares restent encore les villages dotés d'un simple dispensaire. Là est sans doute l'essentiel, en matière de santé, du considérable "privilège urbain". Car, là où il y a des dispensaires à la campagne, on observe les mêmes phénomènes qu'en ville, à savoir en particulier la fréquentation massive des consultations maternelles et infantiles, ainsi qu'une assez forte proportion d'accouchements en maternité.

Il est difficile de savoir ce qui, dans cette fréquentation par les femmes des consultations, renvoie à la recherche pragmatique de médicaments européens considérés comme efficaces pour les maladies infantiles visibles (fièvres et diarrhées), à des formes de conformisme social dûes aux campagnes officielles et au caractère administratif-bureaucratique des consultations pré-natales (du carnet de maternité au certificat de naissance), ou à la mise en place de nouvelles formes de sociabilité féminine (analogues au "puit"). En première approche, les représentations populaires "traditionnelles" de la prime enfance, de ses stades, risques, préventions et maladies, ne sont pourtant pas (pour le moment du moins, et dans ces milieux) significativement altérées, et co-existent donc avec des comportements "modernes" (se rendre au

dispensaire quand l'enfant est perçu comme "malade", même si la perception de cette "maladie" est très différente de celle du soignant).

Quant à l'accouchement en dispensaire au village (quand il y en a, et qu'il y a une salle d'accouchement) et à l'accouchement en maternité en ville, s'il est important (au moins les 2/3 semble-t-il), il correspond lui aussi pour une part à une intériorisation de contraintes administratives bureaucratiques ou au sentiment d'une nouvelle fatalité historique, mais en tout cas pas à un choix pris au nom de la qualité du service offert, puisque celui-ci est très unanimement critiqué. On pourrait donc dire que c'est par "tradition" (une tradition récente, mais les traditions naissent aussi) que l'accouchement médicalisé est si répandu (là où il est accessible).

Il n'y pas non plus de différence de comportements rural/urbain en ce qui concerne les médicaments modernes. Les quelques pharmacies villageoises sont relativement fréquentées malgré les prix élevés des médicaments. Mais ce sont surtout les médicaments modernes de colportage (*tupay*), vendus à l'unité et à l'étalage, qui se diffusent autant à la campagne qu'en ville (grâce au circuit très dense des marchés hebdomadaires), que ce soit des médicaments de marque, des médicaments essentiels ou des produits de contrebande venant du Nigéria.

5. En ville, la complexité et la difficulté d'accès aux services sanitaires et la déplorable qualité de l'accueil donne une "prime" à la connaissance personnelle d'agents de santé

C'est là un facteur typiquement urbain. A la campagne, là où il existe un dispensaire, l'infirmier est intégré dans une société d'interconnaissance (avec ses jalousies et ses conflits comme avec ses solidarités), et reste accessible en principe pour tout un chacun (même si le favoritisme et parfois la corruption ne sont pas toujours absents des campagnes).

Le tableau est tout autre en ville. Les queues dans les PMI, le mépris avec lequel les patients sont bien souvent traités, l'absence de toute explication fournie sur ce qui se passe, sur le mode d'emploi des services, ou sur l'état du patient, le parcours du combattant que représente une consultation à l'hôpital, tout cela crée une opacité du système sanitaire, et en rend l'usage particulièrement difficile ou périlleux (et coûteux en temps et en énergie) pour les couches populaires. La connaissance (par vicinalité ou par parenté) d'infirmiers ou de sages-femmes, parfois même de plantons, susceptibles d'aider à se repérer, et de faciliter l'accès aux structures sanitaires, devient alors un

facteur de différenciation et d'inégalité. Avoir dans son "capital social", c'est-à-dire son réseau de connaissances, des "gens du métier" est un atout considérable en ville. Ne pas en avoir est un handicap sérieux.

Mais cet atout comporte un risque : les personnels sanitaires subalternes connus par X ou Y jouent souvent non pas le rôle de médiateurs, mais celui d'interlocuteurs uniques, autrement dit de "docteurs-prescripteurs", sans évidemment la qualification correspondante...

6. La non-fréquentation des structures sanitaires modernes en ce qui concerne la malnutrition infantile est semblable en ville et à la campagne (là où il y a des dispensaires) et relève d'une conjonction complexe de représentations populaires.

Au Niger comme ailleurs, et en ville comme à la campagne, la malnutrition infantile n'est souvent pas perçue comme une "maladie" (non sans raisons, puisqu'en un sens ce n'en est pas une), et si ses symptômes sont parfois perçus comme "pathologiques" ils sont le plus souvent renvoyés à des "entités nosologiques populaires" pour lesquelles la médecine occidentale n'est pas pertinente ⁸.

A Niamey ou en brousse, une partie des "maladies du nourisson" relève de ce qu'on appelle "les peurs de l'enfant" (*humburukumey*), imputées à l'action malveillante d'un agent surnaturel (génie) ou humain (sorcier, "mauvaise langue"). Les peurs sont plus ou moins des pleurs. Tout enfant qui pleure de façon jugée anormale et persistante est susceptible d'être victime de cette "peur", pour laquelle on consultera un marabout ou un *zimma*. Si des signes pathologiques clairs se manifestent de surcroît (fièvres, diarrhées, toux), on consultera cependant aussi les services sanitaires (on retrouve ici le pragmatisme spécifique des comportements des populations en matière d'itinéraires thérapeutiques). Mais s'il ne s'agit que de pleurs associés à un manque d'appétit ou à un ballonnement, rien n'évoque là un savoir-faire particulier des Blancs, dans un domaine où les grands-mères sont censées être surcompétentes... D'autres causes peuvent d'ailleurs être invoquées face au manque d'appétit de l'enfant, en particulier les "maladies" du lait de la mère (*samiya*). Le sevrage brutal, précoce est d'ailleurs lui aussi dû au sentiment généralisé que le lait d'une femme qui redevient enceinte est "gâté" ⁹. Ceci est aussi prégnant en ville qu'à la campagne. Le sevrage

⁸ Cf. Jaffré, 1993, et Jaffré et Prual, s.d.; dans un autre contexte culturel, cf. Gruénais, 1985

⁹ D'où l'obsession générale des femmes allaitantes de ne pas tomber enceintes (d'autant que cela est "mal vu"), dans le cadre de représentations largement partagées en milieu populaire urbain comme en

normal, tardif (2 à 3 ans) est par contre progressif, selon les conceptions locales en matière de nutrition.

Conclusion

L'opposition ville/campagne, du moins en ce qui concerne les représentations et pratiques de santé propres aux milieux populaires, doit donc être largement relativisée, soit que les modèles "traditionnels" se prolongent en ville, soit que, inversement, les modèles "urbains" se diffusent très rapidement à la campagne (médicaments modernes de colportage ou fréquentation des consultations maternelles et infantiles). De plus elle ne saurait être globale, et varie selon les problèmes considérés. On pourrait parler d'une "porosité" importante dans les relations ville/campagne, favorisée depuis déjà longtemps par l'existence de migrations anciennes ou par la présence dans tous les villages d'anciens combattants, et accentuée de nos jours par l'importance considérable des "visites en ville" de courte ou moyenne durée des villageois ¹⁰, la diffusion nationale de la radio et de l'école, le développement des réseaux marchands en brousse, et, depuis peu, le retour au village des anciens scolarisés sans emploi.

Ouvrages cités

Diarra, T., 1993
Représentations de la santé, de la maladie et itinéraires thérapeutiques dans les quartiers de Bankoni, Niarela et Bozola
Bamako: INSRP ms

Fassin, D., 1986
La bonne mère. Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal
Social Science and Medicine, 23(11): 1121-1129

Fassin, D., 1992
Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar

milieu rural, qui disent que d'une part le fait d'allaiter doit "normalement" empêcher de tomber enceinte (une femme allaitante étant censée n'être "biologiquement" pas fécondable), et que d'autre part pour éviter d'éventuels et assez fréquents "accidents" des ceintures-amulettes sont de loin la meilleure contraception. Tout ceci est évidemment à peu près totalement non pris en compte dans les campagnes pour l'espacement des naissances...

¹⁰ Les visites à caractère sanitaire ne sauraient être sous-estimées: la plupart des familles villageoises ont ainsi eu un ou plusieurs membres venus consulter soit à l'hôpital départemental, soit, plus souvent même, à Niamey.

Paris: PUF

Granovetter, M., 1973

The strength of the weak ties

American Journal of Sociology, 78(6): 1360-1380

Gruénais, M.E., 1985

Mariages en ville et malnutritions aiguës

Sciences Sociales et Santé, 3(3-4): 57-84

Jaffré, Y., 1993

Anthropologie et santé publique. Naître, voir et manger en pays songhay-zarma

Tours (thèse de doctorat)

Jaffré, Y. & Prual, A., s.d.

La malnutrition en pays zarma. Etudes des dissonances entre les représentations

sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger

Niamey

Jaffré, Y. & Olivier de Sardan J.P., 1996

Tijiri: la naissance sociale d'une maladie

Cahiers des Sciences Humaines (sous-presse)

Olivier de Sardan, J.P., 1994

La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger

Sciences Sociales et Santé, 12(3): 15-45

Raynaut, C., 1987

Le privilège urbain. Conditions de vie et de santé au Niger

Politique Africaine, 28: 42-52

Salem, G. & Jeanne, E. (eds), 1989

Urbanisation et santé dans les villes du tiers monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires

Paris : ORSTOM