

DEDICACE

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR KHADIDIATOU MBODJ

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- Le Professeur Abdoulaye Bara DIOP qui a bien voulu diriger ce travail ;
- Monsieur Charles BECKER, notre Directeur de stage à l'ORSTOM, qui nous a apporté le soutien, l'appui scientifique et technique nécessaires pour la réalisation de l'étude.

Nous manifestons aussi notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de ces recherches, en particulier :

- le Médecin chef du Centre de Santé de Richard Toll, Docteur Idrissa TALLA ;
- le Docteur F. STELMA, du Projet LEIDEN ;
- Toute l'Equipe du Projet ESPOIR,
- Tous les travailleurs de l'ORSTOM, en particulier, Melle Aby NDIAYE qui a participé à la saisie du document.

RAPPORT DU DIPLOME D'ETUDE APPROFONDIE D.E.A. EN ANTHROPOLOGIE

Présenté par Aboubacry MBODJ

Décembre 1992.

PLAN

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectifs généraux
2. Objectifs spécifiques

INTRODUCTION

I. CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

II. PROBLEMATIQUE

- II.1. Orientation et justification des recherches
- II.2. Hypothèses de travail
- II.3. Analyse de quelques caractéristiques socio-économiques des Peulh et des Wolof du Waalo
 - II.3.1. Les Peulh, ou Halpulaaren
 - II.3.2. Les Wolof, ou Waalo-Waalo

III. METHODOLOGIE

IV. PRESENTATION DE L'ENQUETE

- IV.1. Zone et population de l'étude
- IV.2. Organisation du système de santé du département de Dagana
- IV.3. Fonctionnement des structures sanitaires
- IV.4. Changements intervenus dans la zone de l'étude

V. RESULTATS DE L'ENQUETE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectifs généraux

- Etudier chez les Peulh et les Wolof du Nord du Sénégal les modes de réactions culturelles différenciées liées à la représentation des maladies sexuellement transmissibles (MST et SIDA), des maladies associées à l'eau (bilharziose et paludisme) ainsi que les recours et les pratiques thérapeutiques.

- Décrire les types de comportements culturels liés à "l'événement-maladie" dans les groupes sociaux considérés, puis analyser les différences significatives entre ces groupes, à partir d'observations directes :

- * des comportements liés à une perturbation sociale ou à une affection ;
- * des représentations étiologiques des MST et du SIDA, de la bilharziose et du paludisme ;
- * des recours et pratiques thérapeutiques mis à contribution soit pour prévenir soit pour guérir ces maladies.

2. Objectifs spécifiques

- Etudier la signification individuelle et culturelle de la maladie par le biais d'enquêtes anthropologiques (ethnographiques) qui conduiraient notamment à cerner :

- * la résurgences des pratiques thérapeutiques populaires et savantes des Peulh et des Wolof du Waalo ;
- * les réalisations de la médecine occidentale (chimiothérapie, chirurgie, échographie) ;
- * l'émergence des pratiques thérapeutiques populaires et savantes : les pharmacopées populaires, les plantes médicinales, le savoir-faire traditionnel (techniques corporelles, recours aux forces ou aux pouvoirs tutélaires, etc.) ;
- * le développement de nouvelles formes de thérapies faisant appel à l'expression corporelle et à la dimension groupale (du groupe), avec sa charge émotionnelle pour la signification de la maladie, de la souffrance humaine et de la mort.

INTRODUCTION

Cette étude a débuté en mars 1992, à la suite d'une convention de stage signée entre l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM) et le Département de Philosophie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Durant ce stage, l'ORSTOM a fourni un appui technique et scientifique nécessaire à la réalisation de l'étude.

Au plan académique, les recherches ont été menées sous la direction du Professeur Abdoulaye Bara Diop (Directeur du D.E.A.) et de Monsieur Charles Becker (Directeur de stage à l'ORSTOM).

Le département de santé du Centre International pour la Recherche et le Développement (CRDI) a financé la phase de l'enquête sur le terrain.

L'étude a été entreprise pour deux raisons essentielles.

La première était de poursuivre des recherches dans le domaine de l'environnement.

Après avoir présenté un D.E.A. en Sciences de l'Environnement sur : «L'environnement socio-économique des projets de pisciculture dans le bassin du Fleuve Sénégal : analyse des problèmes liés à l'intégration de la pisciculture dans les activités traditionnelles des paysans», notre choix a porté sur un thème d'actualité : l'environnement et la santé.

C'est un domaine à propos duquel nous avons voulu tenter une approche anthropologique. Celle-ci devait permettre de distinguer plusieurs niveaux d'investigation dans l'étude de sociétés qui ont au moins deux systèmes médicaux à leur disposition, ce qui est un cas fréquent à l'heure actuelle en Afrique noire particulièrement.

La deuxième raison, très décisive, concernait la manipulation de ces différents systèmes par les patients eux-mêmes : comment est vécue la confrontation entre médecine moderne (occidentale) et médecine traditionnelle ; comment l'une aussi bien que l'autre sont interprétées ?

Il s'agit là d'une recherche d'ethno-médecine, c'est-à-dire d'une «études des systèmes médicaux qui ne sont pas directement dérivés du schéma conceptuel de la médecine moderne» (HUGUES, 1968).

Cette recherche concerne donc la représentation des maladies sexuellement transmises, des maladies associées à l'eau, les recours et les pratiques thérapeutiques chez les Peulh et les Waalo-Waalo de Richard-Toll et des environs du lac de Guiers.

Elle considère ces maladies, dans le contexte des groupes étudiés, comme «des phénomènes sociaux caractérisés par la disculpation des individus qui les présentent et par l'imputation formelle de leurs conduites à quelque agent (virus, sorciers ou autres facteurs dans le processus pathologique) situé au-delà de leur volonté» (YOUNG, 1976).

La définition peut paraître discutable, mais le projet en lui-même garde une portée, voire une signification anthropologique incontestable.

I. CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Cette recherche part du constat que le modèle de la science bio-médicale ne peut rendre compte à lui seul de tout le champ étiologique et thérapeutique.

Elle est inspirée par un certain nombre de travaux réunis sous l'appellation "Anthropologie Médicale". De ces travaux, il faut d'abord retenir ceux des précurseurs tels que W.R.H. RIVERS (1924), F. CLEMENT (1932), E.H. ACKERKNECHT (1942 ; 1970). Ensuite, plus proches de nous, il faut souligner les travaux de A. YOUNG (1976), G.M. FOSTER (1976), N.D. CHRISMAN (1977), A. KLEINMAN (1980), M. AUGÉ (1974 ; 1984), A. ZEMPLÉNI (1968 ; 1985).

En effet, quelles que soient les démarches et les traditions nationales de recherche auxquelles on se réfère, l'anthropologie médicale dispose de nos jours d'un important acquis tant du point de vue conceptuel que méthodologique.

Cependant, si les études relatives à la santé humaine et à ses variations (en fonction de populations et de milieux géographiques et socio-culturels différents) connaissent aujourd'hui un peu partout un indéniable développement, il convient au moins de reconnaître que la définition et l'organisation de ce champ de recherche n'ont pas atteint le même seuil dans tous les pays.

Nous nous proposons de faire une brève présentation de l'état et du contenu de la recherche dans ce domaine. Nous nous attachons davantage aux problèmes d'ethno-médecine, définie comme « l'analyse des différences significatives entre les groupes sociaux à partir d'observations directes :

- des comportements liés à une perturbation et à une affection,
- des représentations étiologiques,
- des pratiques ou recours thérapeutiques ». (LAPLANTINE, 1983 : 29).

Dans le même ordre d'idées, P. MITRANI (1983 : 19-23) montre que « l'ensemble des recherches où se rencontrent les sciences sociales et/ou humaines et la médecine a tendu depuis une dizaine d'années à être regroupé aux Etats-Unis sous la désignation générale de "Medical Anthropology" ».

Mais cette désignation, précisait-il :

« même si elle est conçue selon les auteurs avec une plus ou moins grande extension entraînant des chevauchements entre disciplines voisines (psychiatrie ou psychologie comparée, épidémiologie transculturelle, sociologie de la médecine), elle comprend surtout dans les grandes lignes deux types de recherches » : ce sont :

1°) Celles qui concernent plus particulièrement les rapports entre groupes humains, facteurs génétiques et milieux naturels, qui sont conduites dans une perspective biologique ;

2°) Celles qui s'intéressent aux dimensions socio-culturelles de la santé humaine, à l'influence des facteurs sociaux sur la fréquence et l'incidence des maladies, enfin à la comparaison des états pathologiques et des "systèmes médicaux" entre diverses cultures.

Parmi les domaines de recherche auxquels s'applique également cette "Medical Anthropology" que dorénavant nous traduirons littéralement par "Anthropologie Médicale", il y a :

- l'écologie humaine, caractérisée par l'attention portée aux relations mutuelles entre organismes vivants et environnements ;
- l'épidémiologie, s'attachant à l'étude de la distribution et de la fréquence des maladies en fonction de variables sociales ;
- l'éthno-médecine que nous avons précédemment définie.

On aura constaté que l'écologie et l'épidémiologie se réfèrent le plus souvent à un concept de maladie dérivé du schéma biomédical.

Quand à l'ethno-médecine, elle s'efforce plutôt de retracer les catégories ethnographiques relatives dans chaque contexte à la notion de maladie.

Chacune de ces branches de recherches peut, selon P. MITRANI (1983 : 20), « comporter une multitude de sujets d'études spécifiques. Celui, cependant des aspects mentaux de la "pathologie humaine", qui eut un rôle historique prépondérant dans le développement de l'anthropologie médicale américaine, est généralement assigné à des disciplines voisines et explicitement comparatistes comme la psychiatrie culturelle, encore appelée aux Etats-Unis, psychiatrie transculturelle ».

En fait, ce qu'il convient de retenir à ce niveau, c'est qu'il est maintenant possible de présenter, à partir des différents développements de l'anthropologie médicale aux Etats-Unis, la synthèse des travaux qui ont été réalisés au cours de ces trois dernières décennies.

Il s'agit des recherches menées par : POLGAR (1962-1923), SCOTCH (1963), HUGUES (1968), FABREGA (1973), LIEBAN (1973), COLSON & SELBY (1974), FOSTER (1974 ; 1976).

Dans la tradition théorique de ces recherches, on trouve un certain nombre de manuels et d'ouvrages collectifs qui font état d'études spécifiques et d'orientations générales dans diverses branches de la discipline, publiés sous le titre d'"Anthropologie Médicale" (GROLLING, 1976 ; FOSTER & ANDERSON, 1978 ; LOGAN & HUNT, 1978 ; LANDY, 1977).

Avec cette production théorique, l'anthropologie américaine apparaît aujourd'hui comme une discipline bien établie dans la sphère académique. Quant à son contenu global, on retiendra, comme le montre MITRANI (1983 : 20), que « la majorité des auteurs qui s'intéressent à ce sujet, s'accordent à penser que les problèmes posés dans le domaine de l'anthropologie générale trouvent dans les études d'anthropologie médicale un terrain de réflexion privilégiée

susceptible de contribuer à leur approfondissement et que, de façon réciproque, l'examen des problèmes relatifs à la santé humaine considérés dans une perspective anthropologique peut contribuer à enrichir la recherche médicale. Sur le plan pratique, il convient aussi de noter que l'impulsion donnée à ce type de recherches a tenu pour une large part à leurs possibilités d'application».

A la suite des recherches conduites dans une perspective d'anthropologie médicale aux Etats-Unis, on assiste à l'émergence de nouvelles tendances parmi lesquelles il faut retenir l'Ecole Québécoise.

Celle-ci doit son rayonnement à une série de travaux d'élargissement et de nouvelles perspectives de recherches. Avec le **Traité d'Anthropologie Médicale**, on peut saisir les perspectives ouvertes dans ce domaine.

La plupart des travaux qui ont été réalisés sont centrés sur une dynamique de critique du modèle bio-médical de la maladie.

Cette série de travaux a évolué dans quatre directions qui sont les suivantes :

1°) Les recherches orientées du côté de l'environnement :

Dans ce cadre précis, l'attention est déplacée de l'homme vers son milieu, vers la relation qu'il entretient avec celui-ci.

L'environnement "agi" par l'homme devient une sorte de reflet de celui-ci, une définition de lui-même par le résultat de son action sur le milieu ; ou bien l'environnement est compris selon son caractère actif, donc agissant lui-même sur l'homme et conditionnant les activités humaines par les stimuli qu'il émet.

La relation dynamique entre le milieu et l'être est alors conçue comme une action réciproque dans une perspective de mouvement continu de déséquilibre et d'essai de rééquilibrage entre les deux termes de la relation. C'est ce que E. CORIN (1975 : 47) appelle « l'approche écologique des processus morbides issue des travaux de l'Ecole de Santé publique qui avait pour mandat de contrôler certaines maladies endémiques ».

Cette prise en charge des problèmes d'écologie et d'environnement a rendu possible l'émergence d'un courant appelé "épidémiologie transculturelle".

2°) Les recherches intégrant la dimension psychologique :

Elles ont été caractérisées par de nouvelles démarches, orientées vers l'analyse psychosomatique. Elles postulent par ailleurs que toute maladie doit être perçue à la fois en fonction du registre du corps et du psychisme.

Les travaux réalisés dans cette perspective ont trait à l'analyse des mécanismes d'interaction entre les facteurs psychologiques et physiologiques ; et de ce point de vue, on intègre à la fois la production de la maladie et l'énonciation de ses symptômes.

C'est cette orientation qui a permis l'ouverture vers d'autres domaines pour les disciplines comme l'ethno-psychiatrie qui s'est constituée maintenant en domaine autonome. Les types d'approche mis au point par les auteurs mettent davantage l'accent sur les facteurs socio-culturels et l'expression étiologique de la maladie dans un contexte donné.

3°) Les recherches qui considèrent la maladie comme un "construit", donc une réalité sociale qui ne peut être entendue que dans une situation donnée, avec le concours de tous les interlocuteurs en présence, à savoir le malade, son entourage et le thérapeute :

Pour chacun de ces personnages, la maladie est un moyen d'expression :

- « pour le patient, elle est l'expression individuelle d'une souffrance qui peut être physique, morale ou sociale ;

- pour l'entourage, elle est l'expression d'une faille ou défaillance dans le système de protection et de contrôle lignager ;

- pour le thérapeute, elle lui permet de montrer sa compétence, elle est son gagne-pain et l'occasion d'affirmer sa force » (TALL, 1984 : 10-11).

Pour la victime enfin, elle est un constat de faiblesse ou d'échec devant la vie.

Cette série de recherches s'est orientée vers l'analyse des différents niveaux du processus de construction de la maladie dans un cadre précis.

Ces recherches ont permis de déterminer « le rôle fondamental des facteurs culturels dans la manière dont les symptômes de la maladie sont perçus et exprimés, les étiologies interprétées et les stratégies expérimentées » (THIOUNE, 1991 : 10).

C'est dans cette orientation qu'il faut ranger la plupart des travaux d'ethnologues ou d'anthropologues inspirés par le behaviourisme qui met l'accent sur les croyances, les attitudes, les conduites, les comportements et les modèles culturels.

4°) Les recherches qui ont pour but l'étude des politiques de santé et qui ont conduit à la redéfinition des notions de santé et de politiques en matière de santé publique :

- ces recherches tendent à se démarquer du modèle biomédical de la maladie ; elles ouvrent de nouvelles perspectives pour l'étude des dynamiques de pouvoir entre les Etats, les professionnels de la santé regroupés au sein des corporations ou des organisations nationales et continentales.

C'est le cas de l'Organisation Mondiale de la Santé, de "Médecins sans Frontière", qui tentent de satisfaire les besoins des usagers en marge des appareils de décisions des Etats et des services nationaux de santé.

Au regard de ces développements de l'anthropologie médicale qui résument l'oeuvre de divers spécialistes nord-américains des sciences sociales et/ou humaines, les chercheurs français tenteront de mettre au point la définition et l'organisation du champ de l'anthropologie médicale.

Il existe aujourd'hui en France plusieurs secteurs de l'anthropologie médicale qui sont :

- « l'ethno-santé (ou ethno-sciences, folk-médecine, ethno-médecine), domaine des ethnologues et médecins qui étudient les représentations de la maladie et le fonctionnement des "systèmes médicaux" locaux ;
- l'épidémiologie au sens médical large, c'est à dire les maladies et leur prévalence selon les rapports de l'homme avec son environnement (les rapports de l'homme avec les vecteurs de la maladie, les modalités de contagion selon les comportements, etc) ;
- l'anthropologie qui concerne les comportements humains vis-à-vis de la santé, des soins et les processus de changement du corps humain dans son milieu naturel.

Tous ces secteurs nécessitent le concours de plusieurs disciplines, ce qui ne va pas sans soulever des difficultés d'articulation multidisciplinaire, tenant d'une part à des obstacles épistémologiques, d'autre part à des problèmes pratiques, enfin au chevauchement des disciplines, même si elles sont apparemment bien compartimentées » (RETEL-LAURENTIN, 1983 : 127).

Dès les années 1962, les travaux de l'ORSTOM ont inscrit certains aspects des sociétés paysannes d'Afrique noire dans une perspective anthropologique.

En Afrique de l'Ouest, les recherches amorcées s'appuient le plus souvent sur cette tradition, depuis les travaux de démographie de la santé, d'histoire et d'ethnographie jusqu'aux recherches pluridisciplinaires de soins de santé primaires.

L'examen des travaux et des orientations de recherche qui s'inscrivent dans le cadre de l'anthropologie médicale, telle que nous venons de la présenter succinctement, révèle cependant l'existence de divergences, parfois marquées, entre les approches qui sont fondées sur la biologie et celles qui s'inspirent de l'ethnologie. Cela semble également valable pour l'ethno-médecine en raison des difficultés liées à l'adoption d'une démarche permettant de concilier les deux types d'approches.

En outre, lorsqu'on aborde le phénomène de la santé et de la maladie par le biais de l'ethno-médecine, en empruntant le chemin de la culture, on s'attend à s'éloigner du biologique pour entrer dans la sphère du symbolique, mais cette attente, hélas est souvent trompée. « Loin de constituer un monde autonome, la sphère de la culture apparaît comme une annexe de celle du biologique » (DUFRESNE, 1985 : 24).

Au sujet de ces voies d'approche, certaines recherches menées dans le cadre de la psychothérapie africaine, ont contribué « au passage de "l'anthropologie Freudienne" du sujet indéfini de la culture (du primitif dont on parle), à la clinique du sujet africain qui parle et qui a, lui aussi, à choisir les positions variables qu'il peut et doit occuper par rapport aux institutions de sa propre société » (ZEMPLINI, 1983 : 24).

L'expérience de l'équipe multidisciplinaire de la clinique de Fann à Dakar, mérite d'être retenue. L'anthropologie médicale en général pourrait bénéficier de cet acquis, « sous la forme d'une clinique nouvelle qui articulerait les constats du positivisme ethnographique ou médical avec les effets de sens que les paroles du malade, de ses partenaires sociaux et de ses thérapeutes produisent sur le corps, corps auquel le social est universellement immanent » (ZEMPLINI, 1983 : 26).

II. PROBLEMATIQUE

II.1. ORIENTATION ET JUSTIFICATION DES RECHERCHES

D'une façon générale, la problématique qui sous-tend l'étude est celle exposée un peu plus haut. Pour définir l'orientation de ces recherches, il faut d'abord rappeler qu'elles s'inscrivent dans deux projets différents, mais complémentaires. D'une part, il s'agit du problème de l'interprétation des faits de santé qui se pose aujourd'hui avec autant d'acuité, quand il s'agit de définir des politiques sanitaires dans les sociétés qui ont conservé leur mode de vie traditionnel, leur représentation des phénomènes de santé et de maladie.

D'autre part, il y a le second problème, à savoir, la notion de maladie et l'interprétation qu'on est susceptible de lui donner, en se plaçant du point de vue du modèle bio-médical.

Il semble, à cet égard, que l'anthropologie est davantage intéressée dans les recherches d'ethno-médecine par la notion de santé que par celle de la pathologie, quelle que soit la nature de cette dernière.

Comme le souligne Philippe MITRANI : « la notion de santé est, en effet, d'un ordre de représentation plus général qui ne s'oppose pas à terme avec celle de "maladie", mais lui donne, au contraire, dans chaque contexte socio-culturel étudié, son véritable sens ».

En essayant de restituer ce sens, le travail anthropologique gagnerait en vigueur, en actualité, voire en crédibilité, « s'il recentrait la démarche sur la maladie du malade et sur l'analyse clinique contextuelle, c'est à dire, historique et sociologique des modes de résolution contemporaine des épisodes de maladie » (MITRANI, 1983 : 24).

Cette recherche s'oriente vers des perspectives théoriques d'une ethno-médecine en Afrique noire.

Au sujet de celle-ci, il faut d'abord observer que les "systèmes médicaux traditionnels", si tant est qu'ils existent, traversent, comme dit Andras ZEMPLENI (1983 : 23), « les frontières des sociétés et des cultures ; et si on ouvre les yeux, on rencontre plutôt un pluralisme médical de fait, où les

modèles étiologiques et les cures des voisins, les apports médicaux des religions importées et syncrétiques, les notions et les conduites issues de la médecine occidentale ou plutôt cosmopolite, occupent une place qu'il n'est pas possible de méconnaître ».

Ces développements montrent que le travail d'ethno-médecine en Afrique noire (et au Sénégal en particulier) doit bénéficier aussi bien de l'apport des "systèmes médicaux traditionnels" que de celui de la médecine moderne.

L'ethno-médecine se situe ici dans un contexte historique et sociologique où elle est à la fois étroitement liée aux supports magico-religieux et à ceux de la médecine moderne.

Dans l'exercice des pratiques thérapeutiques, les techniques de guérison renvoient aux deux modèles médicaux (traditionnel et biomédical) même si elles peuvent être envisagées à partir de chacun des deux modèles différents.

Selon J.P. DOZON (1987 : 13), on retiendra ici deux choses essentielles :

- « d'une part, la biomédecine qui a été introduite par les Européens s'est davantage ajoutée aux divers recours thérapeutiques traditionnels qu'elle ne leur a fait véritablement concurrence ;

- d'autre part, les religions (chrétienne et musulmane) importées ont pu générer en maintes régions d'Afrique des mouvements syncrétiques et néo-traditionnels ayant notamment pour spécificité d'assortir leur travail religieux de fonctions thérapeutiques ; ce qui eut de plus en plus pour effet d'augmenter la gamme des recours possibles ».

Les recherches menées dans le domaine de la psychopathologie africaine, plus précisément de l'expérience de l'équipe pluridisciplinaire de Dakar/Fann ont tenté de mettre au point une approche originale des problèmes de santé et de maladie dans les sociétés d'Afrique noire.

Les analyses de P. MARTINO, A. ZEMPLINI et H. COLLOMB (1965) définissaient les conditions d'assistance psychiatrique en Afrique noire en partant de l'expérience sénégalaise.

Ces travaux portaient du constat que la psychiatrie n'était pas un secteur privilégié de la santé publique : « il y avait peu d'hôpitaux spécialisés, peu de

psychiatres, très peu de psychiatres africains. La véritable assistance était encore assurée par les guérisseurs traditionnels pour le grand nombre de malades. Les notions développées dans ces travaux étaient essentiellement centrées sur une expérience clinique de huit ans (1958-1965), en collaboration avec des psychiatres, des psychologues et des sociologues » (COLLOMB, 1963 : 11-84).

Andras ZEMPLÉNI souligne le succès de telles recherches en citant les travaux de H. COLLOMB qui, précise-t-il, « est parvenu à réunir durablement le médecin capable de déceler les états biopathologiques, le psychanalyste ou le psychologue formé à entendre les paroles de celui qui se disait malade, l'anthropologue ou l'ethnologue qui étudiait la maladie en tant que catégorie socio-culturelle » (ZEMPLÉNI, 1983 : 23).

Le pluralisme médical constaté de fait va pousser plus tard nombre d'Etats africains à préconiser, dans le cadre d'une redéfinition de leur politique sanitaire, la valorisation de la médecine traditionnelle et son association avec la médecine moderne.

Les politiques sanitaires mises en oeuvre se fondent sur la thèse selon laquelle la santé des populations relève d'un processus endogène de développement et, partant requiert la mobilisation des compétences et des savoirs disponibles.

Cette thèse n'a aucun fondement, même si aujourd'hui la plupart des Etats africains ont cette volonté plus nette d'indépendance. Comme le souligne J.P. DOZON (1987 : 9) : « si telle est schématiquement la façon dont ces Etats légitiment leur intérêt novateur pour leur médecine traditionnelle, elle ne saurait suffire à lever les ambiguïtés qui pèsent tant sur la notion de valorisation de la médecine traditionnelle que sur les expériences pratiques qui se recommandent d'un tel label ».

Il faut rappeler l'intérêt porté à la médecine traditionnelle par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) qui a souscrit à une autre perspective depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978.

« La solution aux problèmes sanitaires des pays du Tiers-Monde, notamment d'Afrique noire ; l'échec des politiques antérieures, particulièrement en matière de prévention et de médecine de masse (qui se traduit par une prévalence toujours élevée des grandes endémies et par une forte mortalité infantile) et la

faible efficacité d'une médecine hospitalière trop coûteuse et dysfonctionnelle, ont été autant d'arguments pour promouvoir une nouvelle stratégie : celle des soins de santé primaires » (DOZON, 1987 : 10-11).

La réalité pour certains est que, si l'aide internationale et les Etats africains ont en charge d'organiser les populations autour des systèmes nationaux de santé rénovés, la réussite d'une telle entreprise dépend au premier chef de la participation de ces populations.

C'est dans cette perspective que l'O.M.S., d'ailleurs, a recommandé la prise en compte de la médecine traditionnelle pour l'application éventuelle des savoirs traditionnels dans la mise en oeuvre des politiques sanitaires.

Mais là encore, on décèle certaines ambiguïtés, voire des lacunes.

Les perspectives dégagées par l'ORSTOM, dans le cadre de ses programmes de recherche en anthropologie médicale ou en ethno-médecine, ont permis de lever certaines équivoques.

Plutôt que de prétendre proposer des améliorations à la mise en place des politiques sanitaires, il vaut mieux étudier les "systèmes médicaux" locaux et leurs nécessaires transformations résultant des influences induites par l'introduction de la médecine moderne et par la transformation interne des sociétés traditionnelles.

Cette approche privilégie d'abord les travaux de longue durée sur le terrain dans l'espoir de mieux définir l'objet même de la recherche et d'élaborer la méthodologie originale qui fait encore défaut (Cahiers de l'ORSTOM, Séries Sciences Humaines, XVIII : 405-414).

Elle préconise ensuite l'étude des "systèmes médicaux" locaux en vue de voir ce qu'ils représentent tant au plan socio-culturel (connaissance du corps humain, de la représentation de la santé et de la maladie), leurs liens éventuels avec les perturbations de l'ordre social (place des thérapeutes dans la société) qu'au plan technique (méthodes de diagnostic, pharmacopées, pratiques préventives et curatives).

L'approche d'ethno-médecine prend en compte également ce que propose la médecine moderne : soins et traitements des maladies, structures médicales en place (postes de santé, dispensaires, hôpitaux), et ce qu'elle permet d'observer

ou de modifier (évaluation des facteurs de risque des maladies et les populations exposées à ce risque).

Un tel travail commence par la formulation des hypothèses susceptibles d'être infirmées par des enquêtes conçues à cet effet auprès des populations définies.

II.2. HYPOTHESES DE TRAVAIL

Hypothèse I

Si, comme partout, la maladie demande à être expliquée, il faut alors dire que les schèmes de causalité et les étiologies en Afrique noire sont l'expression directe des normes et représentations qui sous-tendent les édifices socio-culturels (transgression d'interdits, manifestations des esprits, génies ou ancêtres, agression en sorcellerie, etc).

Hypothèse II

Partant de là, on peut supposer que les institutions qui prennent en charge la maladie sont tout à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques : elles recouvrent le champ de compétences, de fonctions, voire de pouvoirs (voyant, anti-sorcier, féticheur, marabout, prêtre de culte, etc).

Hypothèse III

Toutes ces institutions subordonnent l'efficacité thérapeutique à une efficacité plus large, mettant ainsi en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives et symboliques, des rapports de force et de pouvoir. «Efficacité nécessairement ambivalente, puisque ceux-là même qui en détiennent les arcanes et participent, suivant leurs compétences, aux processus thérapeutiques, ont quelque rapport ou connivence avec ces instances qui régissent les relations sociales ». (DOZON, 1987 : 14).

Hypothèse IV

De ce fait, interpréter et guérir la maladie peut signifier, en l'occurrence, être susceptible de supprimer les troubles, et ceci, souvent au prix d'être soi-même victime des forces (ou instances) surnaturelles et des agents maléfiques.

Hypothèse V

On réalise bientôt que la tâche du guérisseur (ou thérapeute) n'est pas totalement coupée des puissances tutélaires telles que les rapports de force que nous avons évoqués un peu plus haut ; « si ces guérisseurs détiennent un savoir acquis par héritage ou par apprentissage, un tel savoir dépend pour être efficace, d'un pouvoir ou de marques symboliques liées à ces puissances et au langage de la force » (DOZON, 1897 : 14).

Ces hypothèses n'auraient, somme toute, qu'un intérêt épistémologique si elles ne mettaient pas en relief les paradoxes que soulèvent la prétendue volonté d'amélioration des politiques sanitaires par les Etats, dans le Tiers-Monde et l'Afrique en particulier.

Certes, ces abstractions ont peu d'intérêt pratique. Mais ce qu'elles permettent de saisir ici, c'est le déploiement même du mouvement de la pensée en quête de ses implications. Ce qui importe donc, en la matière qui nous occupe, c'est que l'anthropologie garde ouvert le débat sur les "normes" sanitaires pour se démarquer de l'idéologie. Maintenir le débat ouvert, c'est d'ailleurs empêcher que le positivisme exacerbé, que nous contestons aussi, ferme plus loin le chemin de l'anthropologie médicale.

II.3 ANALYSE DE QUELQUES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES PEULH ET DES WOLOF DU WAAALO

II.3.1 LES PEULH, OU HALPULAAREN

Dans l'organisation sociale peulh, il est possible d'opérer une distinction des individus soit à partir de leurs activités économiques dominantes, soit à partir de leurs statuts sociaux. C'est la deuxième approche qui a été adoptée dans l'analyse de ces groupes et de leurs activités de production.

En outre, ce sont les activités de production qui ont donné naissance aux divers groupes de la société peulh ou *halpulaaren*.

Celle-ci est composée de trois groupes qui sont les principaux utilisateurs de l'espace :

- les *Sebbe* et les *Toroobe* (hommes libres, agriculteurs) ;
- les *Subalbe* (hommes libres, pêcheurs) ;
- les *Fulbe* (hommes libres, éleveurs), répartis en deux groupes : les *Fulbe-saare* (sédentaires) et les *Fulbe jeeri* (transhumants ou nomades). A ces groupes s'ajoutent ceux des spécialistes des métiers manuels (artisanat, services culturels), répartis entre les *Feciram golle* (sans terre) et les *Awlube* (griots, divertisseurs et laudateurs), les *Naalankoobe* (artistes) et les *Naagotoobe* ("demandeurs"). Ces derniers pratiquent aussi l'agriculture mais de façon assez marginale ; ils n'interviennent donc pas en tant que groupes dans l'utilisation des terres.

Cependant, ils jouent parallèlement un rôle utile dans la société peulh (animation de la vie du village et des quartiers, fabrication des instruments de production).

Sans prétendre épuiser l'analyse de l'organisation sociale peulh, deux aspects nous semblent ici essentiels :

- la place et le statut politique de chaque groupe dans le jeu social,
- la position politique de chaque groupe social.

Ainsi le concept de groupe statutaire semble mieux convenir à la réalité sociologique de ces groupes que celui de caste qui renvoie à des réalités

culturelles différentes, à savoir celle de l'Inde (WANE, 1969). Les activités de production des divers groupes qui composent la société peulh sont donc l'agriculture, l'élevage et la pêche.

II.3.2 LES WOLOF, OU WAALO-WAALO

Traditionnellement, les Wolof du Waalo (ou Waalo-Waalo) sont considérés comme une composante de l'ethnie dominante (numériquement) au Sénégal. Les *Waalo-Waalo* avaient occupé le Delta du Sénégal et représentaient environ 46 % de la population sédentaire sur la rive sénégalaise du Delta.

L'activité des Waalo-Waalo était essentiellement dominée dans le passé par la pêche. Ils pratiquaient également l'agriculture et l'élevage comme activités secondaires.

Les Waalo-Waalo, à l'instar des autres composantes de la société wolof, ont connu des structures sociales secondaires caractérisées par les systèmes d'inégalité et de domination (systèmes de castes et ordres relevant de formations politiques centralisées).

Selon Abdoulaye.B. DIOP (1985 : 14) : «ces formations politiques centralisées se sont constituées par-delà les structures primaires de la parenté et de l'alliance qu'elles n'ont pas détruites, même si elles les ont affectées ; elles ont contribué à les remplacer par certains de leurs aspects, dans la mesure où l'appartenance aux castes et aux ordres monarchiques était héréditaire».

A partir de ces analyses, on se rend compte que les structures de la parenté et de l'alliance ne peuvent se comprendre sans la prise en compte des systèmes secondaires, «particulièrement ceux relevant de la monarchie mais aussi de l'Islam dont la présence chez les Wolof est ancienne malgré sa diffusion restée longtemps restreinte (DIOP, 1985 : 14).

III. METHODOLOGIE

Au début de cette étude, nous avons procédé à un dépouillement bibliographique qui a permis d'aboutir à des hypothèses de travail assez précises.

Cette phase consistait essentiellement à consulter les ouvrages, les revues et les articles de journaux traitant des sujets relatifs à notre thème de recherche.

Ce travail préliminaire a favorisé une meilleure compréhension des problèmes soulevés par l'étude ainsi que les tentatives de solutions mises au point par les anthropologues de la santé.

Il a également permis, par la revue de la littérature (voir bibliographie), de situer le contexte de l'étude dans le champ de l'anthropologie médicale en Afrique noire.

Pour la réalisation de l'enquête anthropologique, nous avons eu recours aux méthodes suivantes :

- l'observation participante ou directe,
- les entretiens individuels (ou interviews en profondeur),
- les entretiens de groupe (ou focus groupes),
- l'enquête par questionnaire.

1) L'observation participante ou directe :

Elle a permis de cerner des problèmes liés à certaines particularités du milieu naturel, mais aussi aux modifications des conditions environnementales, surtout en ce qui concerne la santé et l'hygiène publique.

2) Les entretiens individuels (ou interviews en profondeur) :

Ils ont été menés sous forme d'entretiens non directifs ou structurés grâce à la technique d'enregistrement.

C'est ce que nous appelons également l'enquête qualitative : son but était d'évaluer corrélativement les connaissances individuelles et les pratiques empiriques qui, n'ont jamais été indemnes des représentations symboliques (y compris du côté des malades, des guérisseurs traditionnels et de celui de la médecine officielle savante).

3) Les entretiens de groupe (ou *focus groups*) :

Ce sont des réunions regroupant 6 à 12 personnes, dirigées par un facilitateur ou un modérateur sur des sujets qui sont présélectionnés à partir du thème de l'étude.

Les focus groups ont permis de regrouper des personnes de mêmes classes d'âge et de même sexe au niveau des quartiers de Richard-Toll et des villages de l'échantillon : Ndombo, Thiago, Mbane et Keur Momar Sarr.

4) L'enquête par questionnaire :

Elle a été menée au niveau de quelques ménages des quartiers de Richard-Toll et du village de Ndombo Ndiobène.

Les personnes enquêtées ont été choisies à partir des données médicales du centre de santé de Richard-Toll (prévisions de la période du 5 au 7 octobre 1992).

Les trois quartiers retenus au niveau de Richard-Toll étaient ceux où le taux de l'infection bilharzienne était le plus élevé (60 à 75 % d'affection) : Ndiaw, Escalé-Fleuve et Campement.

Au village de Ndombo Ndiobène, le choix de deux quartiers (Diamanguène et Yaguène) a été effectué sur la base des données de l'enquête épidémiologique dirigée par le Docteur F. STELMA.

Durant la phase de l'enquête qui a duré 75 jours, 27 entretiens de groupes et 39 entretiens individuels ont été réalisés dans les quartiers du Richard-Toll et des villages de l'échantillon.

Pour les entretiens individuels, nous avons consacré 15 interviews aux jeunes (garçons et filles âgés de 15 à 25 ans), 12 interviews aux adultes (hommes et femmes âgés de 26 à 45 ans), 12 interviews des personnes (âgées de 46 ans à 72 ans).

Parmi les personnes interviewées, il y avait des autorités communales, des notables, des chefs de village ou de quartiers, des professionnels de la santé publique, des guérisseurs traditionnels, des malades, des gérants de bars, de restaurants et des prostituées.

Les entretiens de groupe ont eu lieu sous la forme de 11 réunions qui ont regroupé des jeunes filles (âgées entre 15 et 25 ans), 19 réunions des jeunes garçons (âgés entre 15 et 25 ans), 7 réunions des adultes hommes âgés entre 26 et 45 ans, 5 réunions des adultes femmes, âgés entre 26 et 45 ans.

Pour un complément d'informations relatives à ces recherches, nous avons effectué un test d'enquête par questionnaire auprès des ménages où nous avons identifié des malades souffrant de la bilharziose intestinale.

Nous avons testé 15 exemplaires du questionnaire. Dans les quartiers de Richard-Toll, nous en avons passé 12 dans les quartiers de Ndiaw, Escalé Fléuve et Campement. A Ndombo Ndiobène, 3 exemplaires ont été testés au niveau des quartiers de Diamanguène et Yaguène.

Ces quinze questionnaires ont été testés auprès des ménages ayant des malades qui ont l'habitude de se faire soigner soit au centre de santé de Richard-Toll, soit au service médical de la C.S.S..

La population de la ville de Richard-Toll et des villages choisis pour l'enquête est essentiellement composée de Peulh (Halpulaaren) et de Wolof (Waalo-Waalo).

L'enquête menée à Richard-Toll en août-septembre 1990 par le centre de santé de la ville auprès d'un échantillon représentatif de 1000 personnes montre que :

- 46 % de la population se disent Wolof ou Waalo-Waalo,
- 36,4 % Peulh ou Halpulaaren,
- 5,3 % Maures,
- 13,3 % disent appartenir à d'autres ethnies réparties en neuf groupes.

IV. PRESENTATION DE L'ENQUETE

D'une manière générale, la population de base de l'enquête anthropologique regroupe les Peulh ou Halpulaaren, les Wolof du Waalo et du Njaambur qui se disent majoritairement musulmans.

L'objectif initial de l'enquête était de parvenir à reconstituer l'espace traditionnel de ces groupes sociaux en tenant compte de leurs réalités sociales, culturelles et politiques antérieures au découpage effectué au plan administratif.

Sur cette base, nous avons adopté une démarche qui a consisté d'abord à définir les critères de découpage de l'espace, des faits relevant de ce qui est traditionnellement du domaine de l'anthropologie : répartition ethnique, aires linguistiques, culturelles et politiques, réseaux de circulation des hommes et des biens.

Ensuite, l'enquête sur les maladies et les recours thérapeutiques devait intégrer les mouvements de migrations actuellement connus au niveau du delta du Sénégal.

A cet égard, l'accent a été plutôt mis sur les mécanismes de régulation sociale qui s'appliquent en priorité aux personnes par le biais des systèmes de parenté, des segments lignagers ou de la domination politique.

IV.1. ZONE ET POPULATION DE L'ETUDE

L'enquête anthropologique s'est déroulée dans les quartiers de Richard-Toll et des villages des environs du lac de Guiers. Ndombo, Thiago, Mbane et Keur Momar Sarr.

Le découpage effectué au niveau de la zone de l'étude respecte l'espace traditionnel qui dépasse les limites administratives actuelles.

La ville de Richard-Toll et les villages de Ndombo, Thiago, Mbane sont situés dans le département de Dagana, région de Saint-Louis.

Le village de Keur Momar Sarr fait partie de la région de Louga.

La zone de l'étude comporte donc deux parties bien distinctes :

- le Waalo qui est une plaine alluviale du delta du Sénégal ;
- le Jeeri qui apparaît plutôt comme un espace sahélien.

La ville de Richard-Toll est à cheval entre ces deux espaces : le Waalo et le Jeeri qui sont séparés par la Route nationale 2.

Au Nord et à l'Ouest, le district de Richard-Toll créé en 1991 est limité par le fleuve Sénégal, au Sud par l'arrondissement de Rao et la région de Louga ; à l'Est par le lac de Guiers, la Taouey et l'arrondissement de Mbane.

Du point de vue de l'accessibilité, la ville de Richard Toll bénéficie actuellement de plusieurs réseaux de communication : la Route nationale II est régulièrement entretenue.

Cependant, si la plupart des villages situés aux environs de la ville sont accessibles en voiture ou en mobylette pendant la saison sèche, ils le sont plus difficilement juste après des pluies (terrain argileux, boue)

Les pistes peuvent rester inaccessibles pour tout véhicule pendant une semaine à dix jours en raison de la présence de digues, de mares ou des flaques d'eau qui subsistent après les pluies.

Au plan démographique, la ville de Richard Toll comme les villages des environs ont connu au cours de ces dernières décennies une expansion importante.

Selon les estimations actuelles, la ville de Richard Toll compte environ 50.000 habitants ; les villages de Ndombo, Thiago, Mbane et Keur Momar Sarr ont chacun une population estimée à plus de 2 000 habitants.

IV.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DU DEPARTEMENT DE DAGANA

En 1991, le département de Dagana a été divisé en trois districts :

- le district de Saint-Louis, arrondissement de Rao, commune de Saint-Louis ;
- le district de Dagana, arrondissement de Mbane commune de Dagana ;
- le district de Richard Toll, arrondissement de Ross-Béthio, commune de Richard Toll.

Le "Plan de développement sanitaire du département de Dagana (1991-95) a été établi sur la base d'un regroupement des villages en zones.

Dans l'optique du Plan, il s'agissait à travers ce découpage en zones, d'assurer une meilleure couverture sanitaire des populations de la région. La

norme était de pourvoir un poste de santé pour 5.000 à 10.000 habitants selon la densité de la population et les particularités du milieu.

Ainsi, le Plan a classé les zones selon le nom du village principal où existait déjà un poste de santé. Ce classement au niveau de l'arrondissement de Ross-Béthio permet ainsi de distinguer 9 zones : Rosso-Sénégal, Ngnith, Ronkh, Boundoum-barrage, Débi-Tiguët, Ross-Béthio, Savoigne, Diama et Niassène.

Le village de Keur Momar Sarr situé dans la région de Louga dispose aussi au même titre que Ndombo, Thiago et Mbane d'un poste de santé dirigé par un infirmier d'Etat.

Le district de Richard-Toll fait partie de la circonscription médicale de Dagana.

La circonscription médicale de Dagana fait partie de la région médicale de Saint-Louis, sous l'autorité du médecin-chef régional de Saint-Louis.

La région médicale de Saint-Louis comprend également les circonscriptions médicales de Podor et de Matam.

Le service régional des grandes endémies se trouve à Podor.

IV.3. FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES

Le district de Richard-Toll dispose d'un centre de santé. Par manque de postes de santé dans la commune de Richard-Toll, ce centre de santé fait fonction à la fois de structure de premier échelon et de deuxième échelon.

En outre, il y a un débordement du médecin-chef du centre par les malades sollicitant une consultation médicale. Ce centre fonctionne effectivement comme un centre de référence des postes de santé de Ndombo, Thiago, Mbane, Diaglè, Guidékhar, Kharé, faisant partie du district de Dagana. Les autres postes de santé qui existent : Ronkh, Kassak sud, Boundoum-barrage et Boundoum-Nord dépendent du district de Richard-Toll.

Les postes de santé de Ngnith, Keur Momar Sarr envoient leurs malades soit à Saint-Louis soit à Louga.

Mais à ce niveau, il est à signaler que de sérieux problèmes existent pour le transfert des malades à l'Hôpital régional de Saint-Louis.

Comme le stipule le «Plan de développement sanitaire du Département de Dagana (1991-95)» : «les postes de santé de Ross-Béthio, de Savoigne, de

Débi-Tiguët et de Diama envoient toujours directement leurs malades à Saint-Louis. Les malades de la zone de Nguith sont plutôt envoyés à l'Hôpital de Louga».

A Saint-Louis, on note également l'absence de structure à deuxième échelon où chaque malade pourrait être directement référé à l'Hôpital régional. Cet hôpital, dit-on, reste inaccessible aux malades infortunés qui sont souvent renvoyés par les services de garde. D'autres malades admis à l'hôpital ne sont vus que par des infirmiers et leurs ordonnances et leurs séjours y sont chers.

IV.4 CHANGEMENTS INTERVENUS DANS LA ZONE DE L'ETUDE

En outre, depuis 1950, date de l'aménagement du casier rizicole de Richard-Toll, le lac de Guiers (alimenté par les eaux du Fleuve Sénégal) a servi de réservoir d'approvisionnement en eau pour les communautés locales.

Cette situation est encore plus manifeste avec la reconversion de l'aménagement du casier rizicole de Richard-Toll en casier sucrier vers les années 1972-75.

Auparavant, la Société d'Aménagement et d'Exploitation des terres du Delta (SAED) a aménagé de grands périmètres de riziculture dans la partie supérieure du Delta du Sénégal autour de Ross-Béthio, et surtout au niveau des cuvettes dont les sols ont été dessalés au niveau de la zone du lac.

C'est ainsi qu'a été construite le long de la rive sénégalaise du Fleuve (dans les limites de la zone du lac) une digue pour empêcher la submersion naturelle (crue).

Sur une grande superficie des terres situées en amont de Dagana et jusqu'au Sud de Podor, en intégrant les périmètres irrigués de Nianga, la SAED a réalisé des aménagements de casiers rizicoles.

En raison des aménagements réalisés au cours de ces trente dernières années, l'intérêt accordé à la zone s'est sensiblement intensifié, entraînant ainsi une augmentation de la population et une pression sur les ressources.

La mise en place des complexes hydro-agricoles tels que les barrages de Diama et de Manantali a eu aussi des conséquences défavorables sur l'environnement et la santé des populations de la zone.

Par ailleurs, l'intensification des techniques agricoles n'a cessé de se faire sentir tant sur le plan de l'espace que ce celui de la qualité de la vie des populations locales.

En rapport avec la colonisation de la zone du lac de Guiers par les vagues de migrants, cette partie du Delta du Sénégal est en passe de devenir un véritable espace de maladies jusque-là inconnues des populations autochtones.

En fait, il se pose même à présent un réel problème d'approvisionnement en eau potable au niveau de la zone. Aujourd'hui, les besoins en eau potable pour les populations de Richard-Toll sont estimés à 1.700 m³ d'eau par jour.

Il existe une station de traitement des eaux à partir du canal de la Taouey alimentée par les eaux du Fleuve Sénégal, mais dans l'état actuel, celle-ci n'a qu'une capacité très limitée, environ 700 m³ d'eau par jour.

Cela montre que l'offre est deux fois moins importante que la demande exprimée en besoins.

Les conséquences résultant du déséquilibre du régime naturel des eaux du Delta du Sénégal sont fortement ressenties par les populations de Richard-Toll et des villages des environs du lac de Guiers. En outre, jusqu'en 1987, le Delta du Fleuve Sénégal connaissait le phénomène de remontée de langue salée à partir de l'Océan Atlantique en saison sèche jusqu'à 200 kilomètres à l'intérieur des terres du Waalo (jusqu'à Podor).

Depuis la mise en service du barrage de Diama situé à 20 kilomètres en amont de Saint-Louis, les eaux du Fleuve et du lac de Guiers restent douces pendant toute l'année.

La remontée de la langue salée constituait un obstacle majeur à la prolifération de certains vecteurs de maladies (populations de mollusques, de petits rongeurs ou vecteurs intermédiaires).

La perte de salinité des eaux du Fleuve Sénégal et du lac de Guiers a également favorisé la colonisation de la zone du Delta par une végétation aquatique s'adaptant mieux aux nouvelles conditions du milieu.

Au niveau de notre zone d'étude, il s'agit essentiellement de deux espèces végétales, plus connues localement sous les noms de *Pana* (en Wolof) ou (*Pisia Stratiotes*) et de *Mbarax* (en Wolof) ou (*Sphenoclea Zeilamica*).

La biomasse actuelle de ces plantes aquatiques proliférant dans les eaux douces du lac de Guiers est estimée à 7 à 12 tonnes de matière sèche par hectare.

La colonisation des eaux du lac par ces essences végétales peut être considérée aujourd'hui comme l'un des facteurs déterminants du développement des vecteurs de la bilharziose intestinale (ou *Schistosoma mansoni*).

Les premiers cas de bilharziose intestinale ont été diagnostiqués en juin 1988 au centre de santé de Richard-Toll.

Il s'agit donc d'un phénomène nouveau, car avant cette date il n'y avait jamais eu de diagnostic de bilharziose intestinale dans cette zone.

Par ailleurs, la manière dont cette maladie s'étend au niveau de la ville de Richard-Toll et dans un village proche (Ndombo) est plus qu'inquiétant.

Dès son apparition en 1988, le taux d'infection a progressé, et en avril 1990, 70 % des examens effectués au centre de santé de Richard-Toll s'avéraient positifs.

Ce taux a par la suite diminué, et on en est arrivé actuellement au niveau des quartiers de Richard-Toll à 30 à 60 % d'infection.

Les études épidémiologiques du Docteur F. STELMA (Projet Leiden, 1992) montrent que la prévalence de l'infection par *Schistosoma mansoni* dans le village de Ndombo (situé à 3 kilomètres du sud de Richard-Toll) atteint presque 100 % dans toutes les classes d'âges.

En plus de l'épidémie de la bilharziose intestinale qui sévit à Richard-Toll et Ndombo, on a enregistré une recrudescence de phénomènes de diarrhées d'étiologies parfois mal connues.

Le protocole d'enquête à Richard-Toll du 23 avril 1992, lancé par le Docteur Christian CELLIER (médecin épidémiologique régional), s'inscrivait dans l'étude de ces phénomènes de diarrhées devenus très fréquents au niveau de la commune de Richard-Toll.

Le but de cette «étude Cas-Témoins» était donc de faire la part de ce qui revenait à l'infection par *Schistosoma mansoni* dans les manifestations cliniques observées chez les malades de Richard-Toll, particulièrement en ce qui concerne le symptôme le plus fréquent : la diarrhée (cf. Protocole d'enquête à Richard-Toll, de C. CELLIER, 1992).

L'expansion de ces maladies d'origine hydrique peut s'expliquer, dans une certaine mesure, par les ruptures et les déséquilibres dans l'écosystème : développement des vecteurs de la maladie lors de la mise en place des aménagements et de réseaux d'irrigation (comme c'est le cas de Richard-Toll et des villages des environs du lac de Guiers).

La modification du régime naturel des eaux qui en résulte permet la constitution des sites de ponte pour les moustiques (vecteurs du paludisme) ; les eaux stagnantes de la surface des lacs, des canaux d'irrigation et des flaques d'eau qui subsistent dans certaines zones marginales constituent également des sources potentielles de prolifération des mollusques (escargots), vecteurs de la bilharziose.

D'autre part, l'absence de contrôle des engrais et des pesticides rejetés par les installations agro-industrielles (C.S.S. - SAED) ainsi que le dépôt des excréments humains à proximité des berges du fleuve, des canaux d'irrigation et du lac pourraient provoquer le phénomène de pollution, entraînant ainsi plusieurs maladies telles que la dysenterie, le choléra ou encore la typhoïde.

L'examen des registres des malades dans les services de santé de Richard-Toll (centre de santé de la ville, service médical de la C.S.S.) a permis de constater la fréquence des maladies telles que le paludisme, les diarrhées, les abcès palustres, la dysenterie, les vers intestinaux (plus parasites), les maladies cutanées, etc.

Les maladies sexuellement transmises (MST) les plus fréquentes et qui sont traitées au niveau des postes et centres de santé de la zone sont les infections gonococciques (chaude pisse) et la syphilis. Pour le SIDA, deux cas seulement ont été référés au niveau des services de santé de la zone.

Néanmoins, il nous a été difficile d'évaluer l'évolution et le développement des MST et particulièrement le SIDA en raison des comportements et des attitudes des malades face à ces maladies.

Les facteurs de risque pour l'expansion de ces maladies au niveau de la zone doivent être envisagés en rapport avec les mouvements migratoires (travailleurs agricoles, employés de la C.S.S.) et les déplacements des personnes venant de toutes les régions du Sénégal, voire des pays voisins (prostituées, commerçants, personnes sans qualification professionnelles, etc).

Le phénomène de la prostitution s'est relativement développé suite au flux des migrations à forte proportion d'étrangers au niveau du Delta du Sénégal.

La présence de nouvelles industries agricoles (C.S.S., SAED) dans la zone attire de plus en plus les prostituées qui viennent de Saint-Louis, Louga et des villes secondaires comme Dagana, Podor et Ndioum.

Au niveau de Richard-Toll, l'extension des réseaux de prostitution peut être associée à l'urbanisation en cours, soutenue à la fois par un flux de migrants en provenance des zones rurales et par une forte croissance démographique. Autant, la ville de Richard-Toll, façonnée par son histoire récente, apparaît comme un cadre qui fonctionne à la manière d'un espace de transition entre tradition et modernité.

V. RESULTATS DE L'ENQUETE

Au terme d'une étude comparative, même sommaire, des systèmes médicaux peulh et wolof, on peut dire que ces derniers reconnaissent les caractéristiques biologiques de l'homme et leur lieu fondamental avec l'environnement physique.

Cependant, toutes les maladies humaines forment un domaine ouvert à l'investigation de la relativité culturelle, «c'est-à-dire à l'étude du modelage original fait par chaque culture des réalités naturelles que sont les maladies» (BIBEAU, 1978 : 84).

En observant les différents regards posés sur la maladie, on se rend compte que celle-ci possède une multicitité de dimensions qui ne peuvent être saisies qu'à partir d'un triple espace :

- l'espace organique du corps évoluant dans un milieu physique,
- l'espace psychologique de l'individu expérimentant la maladie dans son être.
- l'espace socio-culturel qui situe la maladie dans un cadre social de significations.

Sur cette base, nous avons envisagé de recentrer nos recherches autour du champ des relations sociales du malade, du guérisseur, de son entourage familial et social.

Ainsi, les enquêtes sur les maladies et les recours thérapeutiques chez les Peulh et les Wolof du waalo se sont déroulées dans cette perspective.

L'examen de la relation existant entre le malade et les modes d'explication de sa maladie permet d'établir l'articulation du socio-culturel et du biologique à partir des divers actes diagnostiques posés en situation.

A partir des actes concrets du diagnostic, tout semble être mis en situation : à l'absence d'une science de concepts chez les Peulh et les Wolof (qui pourrait être reconstituée en dehors des situations de maladie), il est possible de s'appuyer sur la sémantique médicale qui constitue la base où toutes les structures fondamentales, (conceptions du corps, représentations étiologiques, traitements de la maladie) apparaissent dans leur visibilité maximale.

Lorsqu'on considère le processus d'assignation d'un nom à un symptôme ou une configuration de symptômes dans les systèmes nosologiques peulh et wolof, on s'aperçoit comme dit LEVI-STRAUSS (1962 : 16) que «les termes ont pour but d'introduire un début d'ordre dans l'univers».

Appliquant ce principe au domaine sémantique de la pathologie, on saisit par là même l'enracinement de l'interprétation de la maladie dans le social et dans le culturel.

Ainsi chez les Wolof et les Peulh du Waalo, les frontières du domaine sémantique de la pathologie sont délimitées par des termes généraux comme :

1) Pulaar : *Naw, Rafi, Muusu*

2) Wolof : *Jangaro, Feebar, Tawat.*

Chacun de ces termes recouvre d'autres événements de maladies spécifiques.

Dans le vocabulaire de pathologie des wolof (qui dépasse probablement le millier de termes), on retrouve des noms de maladies comme *mber, ɲas, Huréét, njambutaan, ɲappati, sibbiru, kuli, jangaru-kajoor, ndoom, soopis, seere, futt, détt, matt, sed, libët, kurfeten,* etc.

Chez les peulh, il existe aussi une multitude de termes pour désigner les maladies : *fiopo, hennedu, buubri, sooynama, came, baras, baleebe, bade, soojo, kulikenken, felewere,* etc.

Concernant les maladies sexuelles traditionnellement connues, les Wolof retiennent *matt* (ou syphilis) qui signifie littéralement «"morsure" ou "piqûre"»

Les peulh désignent la syphilis par le terme *fiido* qui a le même sens que *matt* en wolof "morsure" ou "piqûre".

D'autres noms existent en Pulaar comme en wolof pour désigner la bilharziose urinaire ou *Schistosoma haematobium* :

1) Pulaar : *buubri*, qui signifie "maladie d'eau douce",

2) Wolof : *sed*, qui équivaut au point de vue sémantique au terme *buubri* en pulaar.

Dans le cas des pathologies apparaissant comme des phénomènes nouveaux, les Peulh comme les Wolof ont assimilé (ou tout au moins emprunté) les noms étrangers à leurs systèmes nosologiques.

C'est le cas du SIDA et de la bilharziose intestinale ou *Schistosoma mansoni* : les Peulh et les Wolof ont assimilé les mêmes noms.

Néanmoins, il existe des termes forgés à partir de la perception qu'ils se font de ces maladies : la bilharziose intestinale est par exemple appelée aussi *feebaru-kanal* en wolof au *naw kanal* en pulaar.

Ces termes ou expressions signifient donc littéralement "maladie du canal".

Au terme de cette analyse sur les principes fondamentaux présidant à la nomination des maladies, nous pouvons maintenant présenter les résultats de nos enquêtes dans les autres domaines que nous nous étions proposés d'étudier.

Il s'agit plus précisément de l'analyse des comportements, des attitudes et des croyances liés à "l'événement-maladie".

A partir d'observations répétées et d'entretiens permanents (interviews en profondeur, focus groups) dans les quartiers de Richard-Toll et les villages de l'échantillon, nous avons obtenu des informations permettant d'avoir une vision d'ensemble des représentations des maladies sexuellement transmises (M.S.T. et SIDA), des maladies associées à l'eau (bilharziose et paludisme).

A cet égard, un fait révélateur est que, chez les peulh comme chez les Wolof du waalo : il y a peu de clientèle consultante pour les maladies sexuellement transmises au niveau des services de la santé publique.

Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont le plus important semble être ici lié à la prégnance des normes traditionnelles sur la représentation que les populations ont de ces maladies (maladies honteuses, embarrassantes, inévitables, etc).

Par ailleurs, le jeu d'influences réciproques entre l'itinéraire du malade et les conceptions de la maladie dans l'entourage familial et social n'en demeure pas moins déterminant.

La majorité des personnes déclarant avoir été malades se confient plutôt à des amis ou à des plus proches, en craignant surtout d'être rejetés, ou tout au moins, d'être évités par les membres de l'entourage.

Plus généralement, la crainte du malade peut être ici considérée comme le fruit d'une expérience vécue ; le malade juge souvent utile de maintenir la discrétion face à l'ostracisme des membres de son entourage, pensant ainsi bientôt guérir sinon pouvoir solliciter les personnes qui lui sont plus familières.

Ce refus d'évoquer largement sa maladie avec l'entourage social, voire même familiale montre encore combien sont déterminants les facteurs culturels dans les problèmes de la sexualité (sujets tabous, répugnance d'exposer ses problèmes de sexualité en public).

A cet égard, les entretiens avec les guérisseurs traditionnels spécialisés dans le traitement des maladies sexuelles apportent des éléments d'information intéressants.

En multipliant les relations de confiance dans les cercles d'amis ou des parents proches, de nombreux malades ont recours aux pratiques thérapeutiques traditionnelles.

L'évolution complexe de la maladie amène certains d'entre eux à consulter les guérisseurs traditionnels.

Cette attitude donne le plus souvent chez les malades une sorte de sécurisation basée sur l'existence d'un hiatus qu'ils établissent entre le message du thérapeute et l'origine de leur maladie : représentations propres à une maladie située dans le sang, inscrite dans la durée et la répétition, embarrassante ou contraignante pour la sexualité normale.

Ainsi une investigation anthropologique sur ces individus, leurs biographies ainsi que sur la formulation de catégories de maladies liées à leur entourage pourrait mieux aider à éclairer les croyances culturelles.

En amont de la vie, cette dépendance vis-à-vis des facteurs culturels est inséparable de contraintes éthiques à plusieurs niveaux : édicition de règles ou de normes, de comportements et de jugements de valeurs, mais aussi culpabilisation des malades lorsqu'ils se réfèrent au sexe et à la transmission de

leur maladie (contagiosité, mais aussi gêne pour les M.S.T. autant que le SIDA et peut-être plus).

Pour tout "événement-maladie", les représentations de la santé engagent cette analyse des normes culturelles et des réactions individuelles dont le caractère systématisé renvoie les individus à leurs visées apparemment cognitives.

Il appartient, une fois de plus à l'anthropologue de la santé de vérifier ces hypothèses et de trouver les relations qui les unissent à ces variables culturelles.

Etudiant les campements villageois et les quartiers de Richard-Toll, on a également mené des entretiens auprès de témoins privilégiés : professionnels de la santé, chefs de quartiers, chefs de villages, autorités communales, notables, éducateurs, prostituées, etc.

Ces enquêtes ont confirmé l'importance des mouvements migratoires vers la zone du Delta du Sénégal (particulièrement vers la ville de Richard-Toll et des villages des environs) depuis l'implantation en 1972 de la Compagnie Sucrière Sénégalaise (C.S.S.), première industrie agricole du Sénégal.

Ces enquêtes ont permis également d'évaluer la modification des mouvements migratoires suivant le nombre, la durée et le processus de généralisation.

On a constaté que la plupart des migrants vers la zone sont des saisonniers employés de la C.S.S., travailleurs agricoles, chômeurs, prostituées, qui proviennent de toutes les régions du Sénégal, voire des pays voisins.

Ces migrants établissent leurs séjours sur la base du calendrier des activités agricoles de la C.S.S. (période de récolte de la canne à sucre surtout).

À la fin de chaque récolte des champs de la canne à sucre qui dure au moins un mois, la C.S.S. organise une fête pour ses employés (ou travailleurs).

C'est l'occasion des grandes rencontres et des festivités, marquées par la présence à Richard-Toll et ses environs, d'une population à forte proportion d'étrangers : main d'œuvre de la C.S.S.; commerçants, personnes sans qualification, prostituées, etc.

Ces événements marquants ne se déroulent pas sans conséquence sur les comportements sexuels même si ceux-ci restent encore fortement régulés par les normes traditionnelles et par leur lente évolution.

Cependant, on a observé que pour certaines classes d'âge, par exemple tous les jeunes et adultes âgés entre 15 et 45-ans connaissaient les méthodes contraceptives modernes (les préservatifs ou les capotes);

Les méthodes contraceptives traditionnelles sont presque mal connues de la majorité des jeunes et adultes wolof âgés entre 15 et 25 ans.

Par ailleurs, certaines pratiques traditionnelles des Peulh telles que l'excision, la mutilation des organes génitaux de la femme (absentes chez les wolof) ont connu également un recul avec l'éducation moderne.

Concernant les recours et les pratiques thérapeutiques chez les Peulh et les wolof, il nous a été utile pour compléter certains éléments d'information de recourir à l'enquête par questionnaire.

Celle-ci s'est déroulée auprès des ménages de la commune de Richard-Toll et du village de Ndombo Ndiobène.

L'enquête par questionnaire a porté sur le recours aux soins et dépenses de santé au niveau de Richard-Toll et de Ndombo Ndiobène.

Elle a permis d'identifier les principales activités socio-économiques exercées par les sujets dans les ménages : culture du riz ou colonat, pêche, élevage, commerce qui sont des activités non salariées.

Les autres types d'activités exercées par les sujets des ménages enquêtés sont l'artisanat, le maraîchage qui occupent encore un faible pourcentage dans les revenus.

Par ailleurs, les activités salariées sont exercées par une minorité de sujets des ménagers, ce sont généralement les employés de la C.S.S., les enseignants et le personnel de la S.A.E.D.

L'enquête par questionnaire a aussi permis d'évaluer le nombre de sujets bénéficiant d'une assurance médicale ou d'une mutuelle au sein des ménages.

Les résultats de l'enquête montrent qu'il y a seulement une minorité de sujets (employés de la C.S.S.) qui bénéficient d'une prise en charge médicale.

Même pour ces derniers, l'assurance médicale est beaucoup plus théorique que pratique. Très souvent, les bénéficiaires (travailleurs de la C.S.S., de 4e catégorie et dont la majorité se compose d'ouvriers) déclarent méconnaître en fait les modalités de retrait ou de remboursement des frais de leur assurance médicale.

Ce qui laisse supposer leur insatisfaction par rapport à la mutuelle dont ils bénéficient pourtant la couverture même des membres de leur ménage.

Des informations sur le coût de l'assurance médicale ont été incomplètes en raison de quelques problèmes qui sont souvent occultés par les enquêtés (montant du revenu personnel, modalités de remboursement ou de paiement des frais pharmaceutiques et des actes de laboratoires, prestations auxquelles cette assurance donne droit, etc).

Le volet du questionnaire concernant la santé a posé moins de problèmes bien que certains aspects méritent d'être revus pour des perspectives de recherche futures.

Les résultats de l'enquête réservée à la santé font ressortir l'existence de deux systèmes médicaux (systèmes formel et informel de soins) chez les sujets enquêtés. Par les modes de consultation, de soin et de traitement des maladies, les différentes étapes du recours pour la maladie ont été identifiées (premiers soins assurés par l'entourage familial, soins ultérieurs au niveau des services de santé publics ou privés).

A cet égard, les résultats de l'enquête confirment l'existence d'une médecine traditionnelle qui est encore vivante chez les Peulh comme chez les wolof du waalo.

La majorité des sujets enquêtés déclarent avoir eu recours aux deux systèmes médicaux (moderne et traditionnel).

Concernant la médecine traditionnelle, l'enquête a permis de montrer que la consultation reste à ce niveau soumise à certaines prérogatives qui exigent rarement un paiement en espèces (ou en argent).

Pour la plupart des cas, les thérapeutes (marabouts, guérisseurs) établissent pour la consultation pour des recommandations telles que les cadeaux, les sacrifices, les dons etc.

La nature de ces recommandations n'exclut pas cependant que le malade qui consulte un guérisseur ou marabout aille faire des achats s'il ne dispose pas des éléments exigés par le thérapeute.

Les éléments exigés par les thérapeutes sont souvent rares et de nature parfois différente : mélange de morceaux d'animaux et de plantes, écorces, racines extraites de certains végétaux.

A ce propos, nous avons recensé quelques plantes médicinales les plus couramment utilisées par les guérisseurs traditionnels peulh et wolof dans le traitement de certaines maladies : diarrhées, dysenterie, bilharziose, tension, téténos ; ce sont les plantes ci-dessous énumérées :

- Ngaw : *Salvadora persica*
- Lay : *Paria excelsa*
- Rad : *Chrysobalanus orbicularis*
- Papayo : *Carica papaya*
- Daqaar Tubab = *Prosopis chilensis*
- Parkisono : *Parkinsonia aculeata*
- Sedëm : *Ziziphys mauritiana*
- Goyab : *Psidium guajava*
- Sump : *Balanites aegyptiaca*
- Nduusur : *Chrozophora senegalensis*
- Taneni : *Indigofera oblongifolia*
- Tondut : *Pancreatium trianthum*
- Ngigis : *Piliostigma reticulatum* ; *Piliostigma thonningii*
- Surur bu weex : *Acacia seyal*
- Surur buxam : *Acacia seyal*
- Rat : *Combretum glutinosum*
- Daqaar wolof : *Tamarindus indica*
- Bakis : *Tinospora bakis*
- BeloweIngel : *Sesamum indicum*.

Les résultats de l'enquête font apparaître deux pistes de recherches dans une perspective de thèse de 3e cycle :

- connaître les pratiques thérapeutiques autres que bio-médicales face à la bilharziose et au SIDA, en particulier observer auprès des tradi-praticiens identifiés comment se constituent les savoirs nouveaux, lors de l'apparition d'une maladie inconnue, et comment sont mises en oeuvre des pratiques nouvelles de thérapie ;

- on observera à cet effet la manière dont les savoirs anciens sont utilisés dans les stratégies de lutte (éducation sanitaire, relative à l'environnement) contre les maladies, et pourraient s'avérer complémentaires ou contradictoires par rapport aux savoirs bio-médicaux.

CONCLUSION

Malgré l'intérêt grandissant que portent les gouvernants et les responsables d'ONG aux problèmes engendrés par certaines endémies (paludisme, bilharziose) et les maladies pandémiques telles le SIDA et les MST - intérêt particulièrement sensible parmi les organismes affiliés à l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), - on n'est pas aujourd'hui en mesure d'évaluer l'évolution de ces maladies au niveau d'un bon nombre de populations.

Cette situation résulte du fait que, souvent, une barrière existe entre les populations concernées et les autorités locales responsables ainsi que les agences d'aide ou d'assistance à la santé de ces populations.

La méconnaissance de la place que tiennent dans le domaine des pathologies particulières les représentations et en particulier les différentes articulations qui existent entre celle-ci et le fonctionnement de l'organisation sociale (support de logiques sociales à l'oeuvre dans la société), a le plus contribué au maintien de cette barrière.

L'étude des représentations des maladies sexuellement transmises et des maladies associées à l'eau, des recours et pratiques thérapeutiques vise ainsi à aider les responsables à différents niveaux (politique, médical ou humanitaire) à mieux comprendre le sens des représentations socio-symboliques en rapport avec les logiques de fonctionnement des communautés considérées. Les méthodes utilisées au cours de cette étude, ainsi que les questions posées et les problèmes abordés peuvent donc s'avérer utiles à tous ceux qui s'intéressent aux problèmes d'environnement, de santé ou d'hygiène publique.

Les représentations étiologiques des maladies sexuellement transmises et des maladies associées à l'eau, leur mode de désignation, ainsi que les pratiques en matière de santé et les recours thérapeutiques (soit pour les prévenir, soit pour

les guérir), sont examinés à partir de la triple logique toujours à l'oeuvre dans une société :

- « une logique des différences qu'ordonnent les uns par rapport aux autres, au moyen d'équivalences ou d'oppositions les symboles qui servent à penser le social et constituent l'amature intellectuelle de celui-ci ;

- une logique des références qui établit les relations possibles (pensables) entre cette logique symbolique et l'ordre social empirique ;

- une logique de l'événement ou chrono-logique qui soumet les rapports des sens constitués par les deux premières à l'évidence d'un rapport de force dévoilé par l'histoire parce qu'il n'y a pas d'autre histoire réelle, - parce que par définition, l'ordre des possibles (des différences et des références) ne peut tenir aucun événement pour contingent, il ne peut contredire l'ordre de l'histoire (individuelle et sociale) » (AUGE , 1984 : 57).

La présente étude devra ainsi permettre de saisir, à partir de l'analyse des représentations étiologiques et des recours thérapeutiques, le sens social des maladies sexuellement transmises et des maladies associées à l'eau dans des communautés paysannes et urbaines. Elle entend contribuer à une meilleure connaissance des systèmes médicaux et des hommes confrontés à la maladie, et par là permettre une meilleure prise en charge des problèmes de l'environnement et de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERKNECHT, E.H.

1942 "Problems of primitive medicine". *Bull. History of Medicine*, II : 503-521.

AHRTAG & ENDA

1991 Bulletin d'échange d'expériences et d'informations pour la lutte contre le SIDA, 10. Dakar, ENDA : 8 p.

AUGE, M.

1975 *Théorie des pouvoirs et idéologie. Etudes de cas en Côte-d'Ivoire*. Paris, Hermann : 440 p.

1977 *Pouvoirs de vie. Pouvoirs de mort*. Paris, Flammarion : 216 p.

AUGE, M. (éd.)

1974 *La construction du monde*. Paris, F. Maspéro : 142 p. (Dossiers Africains).

AUGE, M. et HERZLICH, C. (éds)

1984 *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Archives contemporaines : 278 p.

BALANDIER, G.

1984 "Le sexuel et le social, lecture anthropologique". *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXXVI : 5-19.

BECKER, C. et GARENNE, M.

1991 *Facteurs de risque du SIDA liés aux migrations et aux comportements sexuels : une étude en milieu rural sénégalais*. VIe Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique. Dakar, ORSTOM : 32 p multgr.

BIBEAU, G.

1978 *L'organisation ngbandi des noms de maladies*. *Anthropologie et Sociétés*, II, 3. Canada, Université Laval : 184 p.

CHRISMAN, N.D.

1977 "The Health Seeking process : An approach to the natural history of illness, in culture". *Medicine and Psychiatry*, I : 351-377.

CLEMENT, F.

1932 "Primitive concepts of disease". *American Archeology and Ethnology*, 2:32-64.

COLLIGNON, R.

1978 "Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann, Dakar". *Psychopathologie Africaine*, XIV, 2-3 : 133-144.

COLLOMB, H.

1983 "Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise)". *Psychopathologie Africaine*, I, 1 : 11-84.

CORIN, E.

1985 "La santé : Nouvelles conceptions, Nouvelles images". Dans DUFRESNE J. et al., *Traité d'Anthropologie Médicale*. Québec, PUQ : 43-73.

DIALLO, A.

1990 *Anthropologie du Mariage et de la Sexualité dans leurs rapports avec les MST chez les Pël Balant et Manding de Haute-Casamance (région de Kolda)*. Dakar, UCAD, Département de Philosophie : 37 p.

DIOP, A.B.

1965 *Société toucouleur et migrations*. Dakar, IFAN. (Collec. Initiations et Études Africaines).

1981 *La société wolof. Tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination*. Paris, Karthala : 355 p.

1985 *La famille wolof*. Paris, Karthala : 262 p.

DOZON, J.P.

1987 "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire". *Politiques de santé (Politique africaine, 28 : 9-20)*

DUFRESNE, J., DUMONT F. et MARTIN Y. (éds)

1983 *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de maladie*. Québec, PUQ : XVI-1245 p.

DUPIRE, M.

1985 "Contagion, contamination, atavisme, trois concepts sereer ndut". *L'ethnographie*, 81, 96-97, 2-3 : 123-139

DURAND, G.

1984 *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Paris, Bordas : 536 p.

FASSIN, D.

1988 *Thérapeutes et malades dans la ville africaine*. Paris, EHESS. (Thèse de sociologie).

FASSIN, D. et DOZON, J.-P.

1989 "Raisons épidémiologiques et raison d'Etat : les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique". *Sciences sociales et Santé*, VII, 1 : 21-36.

FASSIN, D. et JAFFRE, Y. (éds)

1990 *Sociétés, développement et santé*. Paris, Ellipses-Aupelf : 287 p.

FOSTER, G.M.

1976 "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems". *American Anthropologist*, 78, 4 : 773-782.

MAGNAN, O. et THIAM, A.

1992 "Pour comprendre ce qu'est et ce que n'est pas le SIDA". *Jeune Afrique*, 1634-35 : 90-92.

KERHARO, J.

1969 "Le facteur magico-religieux dans l'exercice de la médecine traditionnelle en milieu sénégalais". *Psychopathologie Africaine*, V, 2 : 269-284.

LAPLANTINE, F.

1983 "L'ethno-médecine. Propositions thématiques et théoriques" [29-37]. Dans A. RETEL-LAURENTIN (éd.), *Une anthropologie médicale en France ?* Paris, CNRS : 164 p.

LEMARDELEY, P., DIALLO, A., BECKER, C. et al.

1991 *Maladies sexuellement transmissibles en zone rurale au Sénégal. Rapport d'une année de surveillance épidémiologique*. Dakar, ORSTOM : 34 + 41 + 64 p.

LEVI-SRAUSS, C.

1962 *La pensée sauvage*. Paris, Plon.

NIANG, A.M.

1992 Péri-urétrites aiguës suppurées (P.U.A.S.). A propos de 190 cas -
Dakar, U.C.A.D. : 88 p. (Thèse de doctorat de Médecine).

PEITO, P.J. et PEITO, G.H.

1987 Anthropological Research : An structure of inquiry. New York, Cambridge
University Press.

(POLITIQUE AFRICAINE)

1987 Numéro spécial intitulé Politiques de santé (Politique africaine, 28 : 2-95)

REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE SANTE

1991 Plan de développement sanitaire du département de Dagana (1991-95),
première édition

REGION MEDICALE DE SAINT-LOUIS

1992 Protocole d'enquête à Richard Toll : Etude Cas-Témoins, Epidémiologie
clinique des diarrhées : 7 p

RETEL-LAURENTIN, A. (éd.)

1983 "Une anthropologie médicale en France ?". Paris, CNRS : 164 p.

1987 Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et
traditionnelles. Paris, L'Harmattan : 494 p.

ROGGERI, H.

1985 Barrages d'Afrique. Impact sur l'environnement. Etude de cas sur cinq lacs
artificiels de l'Est de l'Afrique. Nairobi, Clé : 5-48.

SCRIMSHAW, S.C.M.

1978 Combining quantitative and qualitative methods in the study of
Household Ressources Allocation. Cambridge, Cambridge University Press.

SKRIPKINE, Y. et MILITCH, M.

1983 Maladies cutanées et vénériennes. Moscou, MIR : 343 p.

TALL, E.K.

1984 Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les
Haalpulaaren dans la Vallée du Fleuve Sénégal. Paris, E.H.E.S.S. : 370 p.

THIOUNE, M.

1991 **Représentations, réseaux et recours thérapeutiques. Maladies sexuelles et infécondité chez les serere siin du Sénégal.** Dakar, U.C.A.D., Département de Philosophie : 73 p.

WANE, Y.

1969 **Les Toucouleurs du Fouta Tooro (Sénégal). Stratification sociale et structure familiale.** Dakar, IFAN.

WALTER, A.

1982 "Ethnomédecine et anthropologie médicale : Bilan et perspectives". **Cahiers de l'ORSTOM, XVIII** (Série Sciences Humaines) : 405-414.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

1990 **Global Program on AIDS, Social and Behavioural Research.** Unit. Guidelines for Rapid Assessment Procedures. Genève, WHO : 101 p.

YOUNG, A.

1976 "Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology". **American Anthropologist**, 78, 1 : 162-197.

ZEMPLANI, A.

1968 **Interprétation et thérapie du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal.** Paris, 2 vol. (Thèse de 3ème cycle).

1982 "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique". **Arch. Sc. Soc. des relig.**, 54, 1 : 9-19.

1985 "La maladie et ses causes". Dans **L'Ethnographie**, LXXXI : 13-44.

ZEMPLANI, A. (éd.)

1985 **L'ethnographie**, LXXXI, 96-97 (1985, 2-3) : 217 p. N° spécial intitulé **Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture.**

Tableau de morbidité : 2ème année civile 1991, Centre de santé Richard-Toll

| Age - Nosologie | 1 ans | 1-4 ans | 5-14 ans | 15-54 ans | 55 et + |
|-----------------------------|-------|---------|----------|-----------|---------|
| Rhume + angine | 19 | 27 | 49 | 84 | 26 |
| Grippe | | 10 | 42 | 107 | 32 |
| Rage | | | | | |
| Onchocercose | | | | | |
| Poliomyélite | | | | | |
| Amibiase | 22 | 61 | 63 | 52 | 39 |
| Oreillons | | | 6 | 26 | 12 |
| Infections gonococciques | | | | | |
| Choléra | | | | | |
| Peste | | | | | |
| Ophtalmie nouveau-né | | | | | |
| Varicelle | 10 | 18 | 15 | | |
| Coqueluche | | | | | |
| Tuberculose pulmonaire | | | | | |
| Méningite purulente | | 3 | 1 | 2 | |
| Tétanos | | | | | |
| Méningite C.S. | 2 | | 4 | 3 | |
| Bilharziose | 29 | 105 | 182 | 233 | 101 |
| Diphthérie | | | | | |
| Syphilis | 2 | 1 | | 19 | 12 |
| Dysenterie bacillaire | 6 | 9 | 27 | 22 | 23 |
| Brucellose | | | 34 | 79 | 27 |
| Autres M.S.T. | | | | | |
| Pian | | | | | |
| Typhoïde | | | | | |
| Lèpre | | | | | |
| Rougeole | 4 | 12 | 4 | 5 | |
| Abcès palustre | 67 | 122 | 301 | 598 | 172 |
| Fièvre jaune | | | | | |
| Ictère | 2 | | | 6 | 4 |
| Trachome | | | 9 | 79 | 81 |
| Goitre | | | | | |
| Rhumatisme | | | | | |
| Maladies diarrhéiques | 192 | 167 | 101 | 205 | 108 |
| Maladies (oreilles) | 12 | 7 | 21 | 34 | 15 |
| Gastro-entérites | 27 | 12 | 42 | 19 | 21 |
| Autres maladies cutanées | 42 | 89 | 199 | 298 | 92 |
| Fièvre origine indéterminé | 37 | 35 | 88 | 204 | 47 |
| Mal (oeil, paupières) | 42 | 32 | 27 | 70 | 69 |
| Vers intestinaux, parasites | 97 | 279 | 292 | 198 | 72 |
| Malnutrition | 1 | 6 | 4 | | |
| Vomissement, mal estomac | 82 | 98 | 397 | 317 | 329 |
| Mal de tête | | | 82 | 49 | 80 |
| Déshydratations | 29 | 33 | 14 | 21 | 63 |
| Autres maladies | 133 | 230 | 1293 | 3224 | 944 |

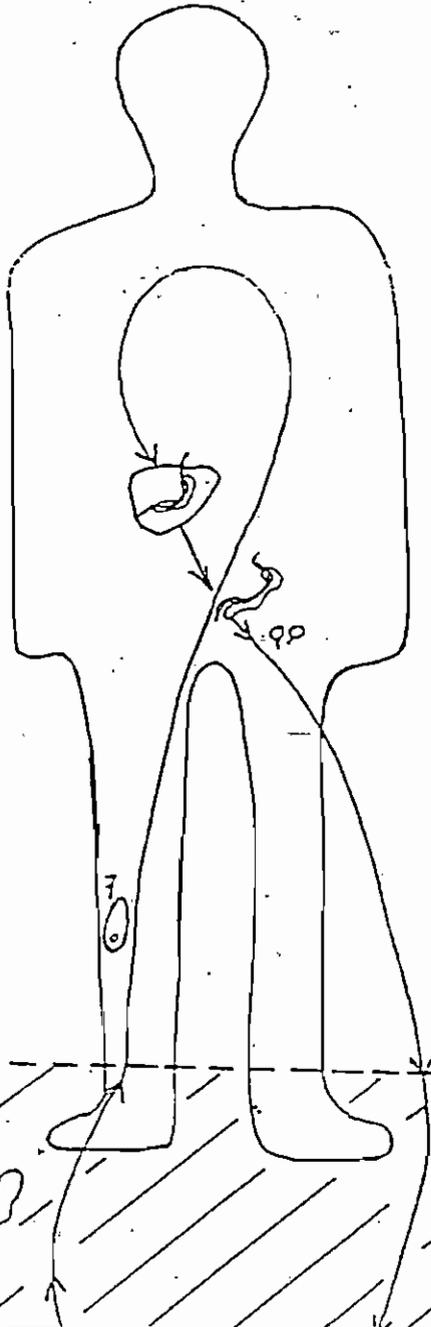
Les données présentées dans ce tableau concernent uniquement le centre de santé de Richard-Toll; rapport du médecin-chef de l'année civile, 2e semestre, p 2-3.

BILHARZIOSE

CYCLE ET TRANSMISSION

NOTE DEFINITIF
(e. a. l'homme)

- 1. couple de vers adultes
- 2. oeuf a. *S. haematobium*
b. *S. mansoni*
- 3. miracidium
- 4. hôte intermédiaire
a. *Bulinus* (*S. haematobium*)
b. *Biomphalaria* (*S. mansoni*)
- 5. sporocyst
(réproduction asexuée)
- 6. cercaire
- 7. schistosomule



EAU
(monde extérieur)

HOTE INTERMEDIAIRE
(mollusque)

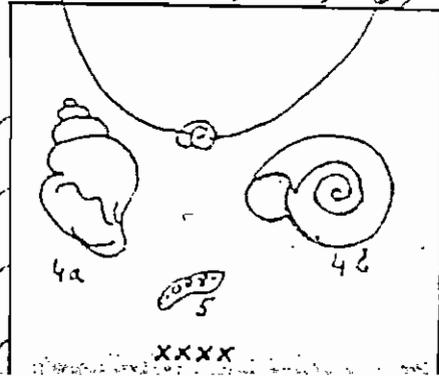
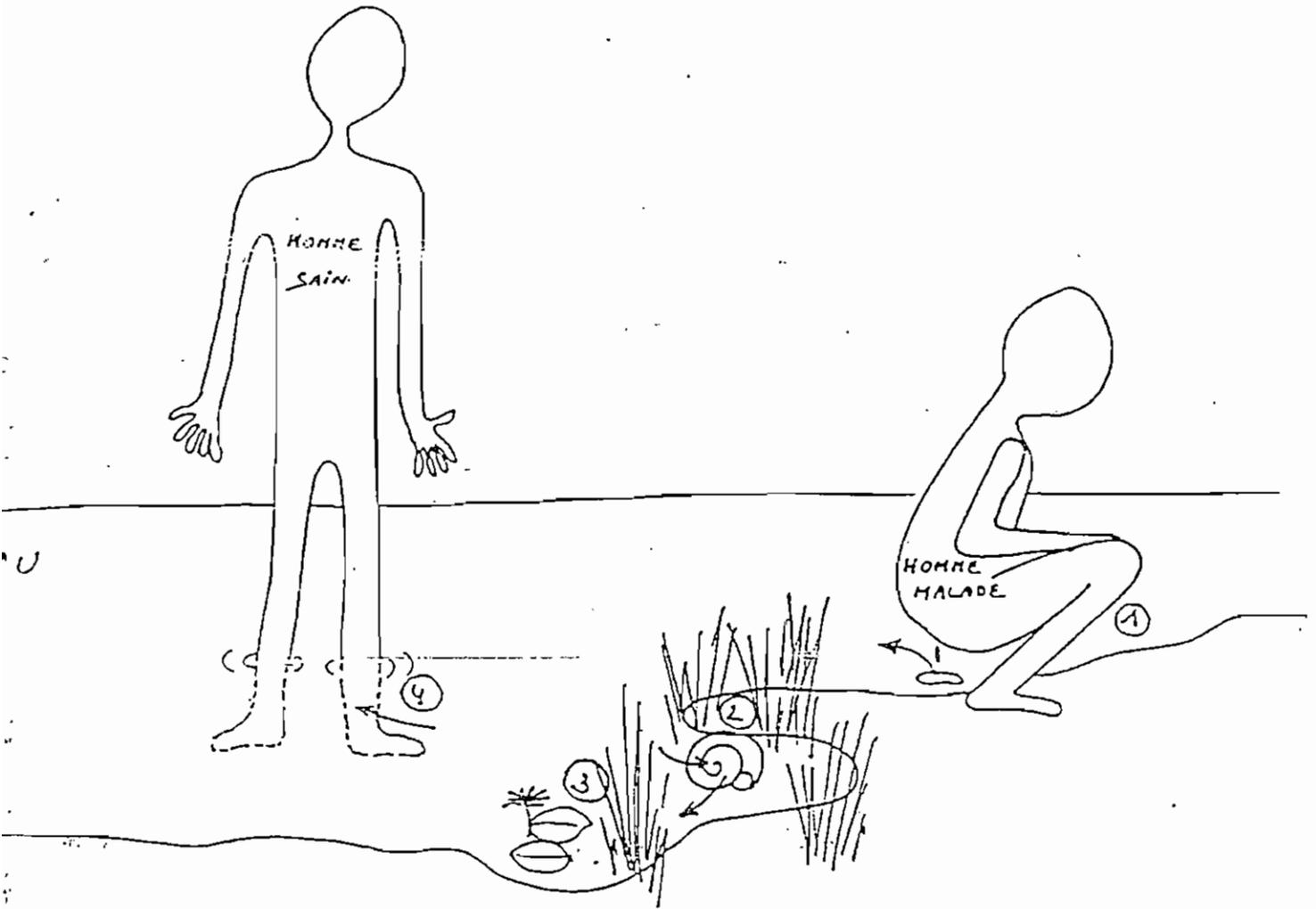


Figure 2

DESSIN TYPE, POUR UNE CAUSERIE
D'EDUCATION SANITAIRE

TRANSMISSION DE LA BILHARZIOSE



NOTIONS A TRANSMETTRE:

1. L'eau est contaminée par des selles ou de l'urine d'un homme malade.
2. La présence des mollusques est indispensable pour la transmission de la maladie.
3. Les mollusques aiment la végétation et l'eau plus ou moins stagnante.
4. L'homme s'infecte par contact de la peau avec l'eau infectée.