

DU SYMPTOME AU SYSTEME : UNE EXPLORATION ANTHROPOLOGIQUE DES DIARRHEES DU JEUNE A PIKINE

Jean François WERNER

INTRODUCTION

Un des grands axes autour duquel s'est développé le programme pluridisciplinaire de recherches à Pikine est celui de la Santé Publique. C'est dans cette perspective qu'il faut situer le choix des maladies diarrhéiques du jeune enfant comme point de départ d'une recherche anthropologique. L'importance épidémiologique de cette pathologie est considérable puisqu'on l'estime responsable de plus du quart de la mortalité infanto-juvénile à Pikine (Fontaine et al., 1984).

A partir d'un problème défini en termes médicaux, la première tâche de l'anthropologue consiste à construire un objet d'étude qui lui soit propre. Une revue de littérature sur la question montre que deux voies d'abord sont privilégiées. D'une part, des recherches regroupées sous le label d'épidémiologie socio-culturelle, situent leur objet en amont de la pathologie considérée, au niveau des relations existant entre une population caractérisée d'un point de vue social et culturel et son environnement (Bertrand et Walmus, 1983 ; Pickering, 1985). D'autre part, en aval du symptôme, différents travaux se focalisent sur l'étude des savoirs et pratiques mobilisés par une société pour contrôler cette pathologie (De Soyza et al. 1984 ; Green, 1985).

LA METHODE

C'est dans cette deuxième voie que je me suis orienté en choisissant d'étudier, auprès d'un échantillon restreint de la population pikinoise (35 foyers et 70 enfants âgés de 0 à 5 ans) les différentes étapes du processus de recherche de thérapie telles qu'elles ont été décrites par Chrisman (1977).

Cet échantillon a été caractérisé en fonction des paramètres suivants : environnement physique, caractéristiques démographiques, structure familiale, appartenance ethnique, statut économique, éducation et degré d'adaptation au milieu urbain. La variété des situations observées lui confère une probabilité importante d'être représentatif d'une majorité de la population pikinoise. Cette appréciation est fondée sur un travail de terrain prolongé qui fait une large place à l'observation participante dans différents milieux sociaux et à l'exposition la plus large possible aux divers phénomènes de la vie urbaine.

Cet échantillon a fait l'objet d'une enquête longitudinale (3 mois) à passages répétés (fréquence hebdomadaire). Pour chaque épisode diarrhéique, un questionnaire était passé destiné à recueillir des données concernant explications, traitements, observance, évolution de l'état de santé de l'enfant, évaluation de la gravité, etc...

LE PROCESSUS DE RECHERCHE DE THERAPIE

Dans une première phase, ce sont les aspects cognitifs du processus (reconnaissance des symptômes, identification, évaluation de la gravité et explication) qui prédominent. La reconnaissance des symptômes (plus grande fréquence des selles et consistance liquide) coïncide avec la définition biomédicale de la maladie. Leur identification est univoque : c'est le « ventre qui court » (« biir buy daw » en wolof). Le désordre est situé au niveau organique, c'est le « disease » des auteurs anglophones. Cette pathologie banale, fréquente (le taux d'incidence est de 45%) fait l'objet d'un travail d'explication visant à répondre à la question du « comment » plus qu'à celle du « pourquoi ».

Les explications les plus fréquentes sont la poussée dentaire (« feenal » en wolof) chez le nourrisson et la présence de parasites intestinaux liés à la géophagie chez l'enfant plus âgé. Dans d'autres cas, le symptôme diarrhée passe au second plan de syndromes appartenant à la nosographie traditionnelle : « sibiru » (diarrhée + fièvre) et « saatu dënn » (diarrhée + symptômes respiratoires).

Mais cette cohérence est relative et il serait vain de vouloir trouver une correspondance mécanique entre une symptomatologie et une explication. Les possibilités d'interprétation sont multiples, dépendant des circonstances et de l'identité sociale des individus impliqués dans la recherche de thérapie.

De façon générale, les explications avancées sont frustrées (voire inexistantes dans 13% des cas), ne font pas référence à une cause surnaturelle et tendent à individualiser la maladie dont la gravité est souvent mésestimée. En effet, tout se passe comme si la nécessité immédiate d'un sens primait sur une évaluation empirique de l'état de santé de l'enfant. Dans une société islamisée à 95%, cette quête du sens se déploie sur l'arrière-fond d'une soumission à la volonté divine qui est au principe même de l'Islam.

Ce processus d'élaboration au terme duquel une affection organique (« disease ») a été transformée en une maladie (« illness ») est un processus collectif dans lequel les femmes

jouent un rôle primordial, reflet d'une division sexuelle nette des tâches dans cette société. Dans tous les cas, ce sont elles qui reconnaissent le symptôme, l'identifient et prennent une décision thérapeutique après avoir proposé une explication. Il faut souligner l'importance du matrilignage qui est mobilisé au premier chef.

Dans une deuxième phase qui correspond à la prise de décision thérapeutique, les facteurs économiques vont influencer de façon décisive sur le choix entre les différentes alternatives thérapeutiques.

Ces femmes, n'ayant pas accès au marché du travail, sont dépendantes de leurs époux ou en l'absence de ceux-ci, de leurs propres lignages en ce qui concerne la prise en charge financière des enfants (nourriture, scolarisation, soins médicaux).

De plus, il faut savoir que la majorité des familles investiguées dispose de ressources limitées consacrées en priorité à l'achat de denrées alimentaires. Seule une minorité de la population bénéficie d'une forme quelconque d'assurance sociale et, en l'absence d'une réserve monétaire, toute dépense supplémentaire (achat d'un ticket dans un dispensaire, d'un titre de transport ou, a fortiori, de médicaments) compromet l'équilibre précaire des budgets familiaux.

LE SYSTEME DE PRESERVATION DE LA SANTE

Les alternatives thérapeutiques disponibles dans l'environnement immédiat de ces femmes sont de différents types : préparations domestiques, auto-médication, recours à la biomédecine (les dispensaires de Pikine essentiellement) et à divers praticiens traditionnels.

En m'inspirant du modèle proposé par Kleinman (1980), j'ai classé ces alternatives en trois catégories qui correspondent aux trois secteurs entre lesquels se répartissent les différents acteurs sociaux :

- secteur populaire constitué par l'ensemble des profanes,
- secteur traditionnel regroupant l'ensemble des «thérapeutes traditionnels» proposant des thérapies séculières ou sacrées,
- secteur professionnel composé dans le cas de Pikine, par les différents représentants de la biomédecine et au premier chef les infirmier(e)s et les sage-femmes exerçant dans les dispensaires publics ou privés.

L'ensemble définit un Système de Préservation de la Santé (S.P.S.) ou «Health Care System».

C'est en appliquant cette grille conceptuelle que j'ai été amené à travailler simultanément en trois lieux différents. Outre le secteur populaire représenté par l'échantillon restreint de foyers, j'ai recueilli des données au niveau d'un dispensaire public et d'une guérisseuse spécialisée dans le traitement des diarrhées. La méthode utilisée associait

observation des consultations, entretiens avec les soignants et leurs clientes et évaluation répétée de l'état de santé de l'enfant.

LES TRAITEMENTS

Deux types de traitements sont mis en oeuvre après un temps de latence variable (de quelques heures à plusieurs jours) au niveau du *secteur populaire*. Les uns font appel à des produits végétaux (fruit du baobab, céréales), les autres reposent sur l'emploi de médicaments achetés au détail auprès de micro-commerçants («bana bana») qui en font un commerce illicite (Fassin, 1986). Les produits utilisés dans ces traitements domestiques ont en commun leur très grande accessibilité. Le fruit du baobab (pain de singe ou «buy» en wolof), avec lequel on prépare une solution est en vente quasiment partout à un prix modique (quelques dizaines de francs). Le riz ou le mil qui servent à confectionner des bouillies sont souvent stockés à la maison. Les médicaments (aspirine, antibiotiques intestinaux, chloroquine,...) achetés à l'unité coûtent quelques dizaines de francs.

Ces traitements ont également en commun le fait d'être valorisés par les femmes et considérés comme inefficaces voire nocifs par les médecins (Briend, 1982).

En cas d'échec du traitement domestique (2/3 des cas, ce qui tendrait à corroborer l'opinion des médecins) ce sont les soignants du *secteur biomédical* qui sont sollicités en deuxième lieu. Les dispensaires de Pikine, privés ou publics, ont la préférence des mères. Le principal critère de choix entre ces deux catégories d'institution de soins est la possibilité ou non d'obtenir des médicaments.

Au premier chef, l'hétérogénéité des savoirs «médicaux» (coexistence des explications scientifiques et populaires) et des pratiques (par exemple, variations importantes dans la reconnaissance de la déshydratation) remet en question l'image trop souvent monolithique de la biomédecine. Ces variations par rapport à la norme scientifique ou même déontologique sont liées à des comportements individuels mais surtout à un rapport historiquement (colonialisation) et culturellement (Islam, tradition) déterminé à la biomédecine, qui reste dans l'esprit des profanes et des soignants, la médecine des blancs (faju tubab).

En second lieu, le dispensaire apparaît comme un terrain d'affrontement où s'observent des rapports de force parfois violents entre dominants (les soignants) et dominées (les femmes, principales utilisatrices). Ce rapport inégalitaire n'est pas remis en question par les femmes ; ce qu'elles n'acceptent pas c'est l'absence d'une contre-partie sous forme d'un «don» de médicaments. La dimension symbolique de la thérapie médicamenteuse apparaît clairement lorsque l'on considère le problème posé par la promotion et l'utilisation de la RVO (1). Voici une thérapeutique simple, efficace et peu coûteuse (une vingtaine de francs pour un litre de solution) qui rencontre des résistances aussi bien au niveau du personnel soignant que du côté des utilisatrices. La forme sous laquelle cette thérapeutique est proposée (les ingrédients sont remis à la mère qui doit elle-même

préparer la solution à son domicile) ne satisfait pas les attentes d'une clientèle qui veut consommer du médicament et les intérêts de soignants qui défendent un statut social, ce qui entraîne une faible observance.

Lorsque le traitement médical échoue ou parfois même simultanément, les femmes ont recours à des soignants appartenant au *secteur traditionnel*. Celui-ci numériquement plus important, regroupe un ensemble hétérogène de thérapeutes (marabouts et guérisseurs) spécialisés dans le traitement de différents types d'infortune biologique ou sociale.

Le champ de la diarrhée et de ses complications (malnutrition, déshydratation) est ainsi découpé entre différents spécialistes. La guérisseuse, qui avait accepté de collaborer avec nous, est spécialisée dans le traitement des diarrhées et des vomissements. Ses modèles explicatifs (poussée dentaire et Xar (2)) sont proches de ceux de ses clientes. Ici encore, la maladie est mise en relation avec un dysfonctionnement biologique et aucune explication surnaturelle n'est avancée.

La thérapeutique mise en oeuvre associe des procédés religieux (récitation de versets du Coran), magiques (Fas (3)) et phytothérapeutiques. Ce traitement global de la maladie, d'une efficacité médiocre sur les enfants, apporte un bien-être psychologique aux mères. La relation à une mère classificatoire, le langage commun (références à l'Islam, à un pouvoir thérapeutique transmis de génération en génération), la concordance des modèles explicatifs (le savoir des femmes est reconnu) peuvent expliquer ce phénomène.

L'itinéraire thérapeutique qui a servi de modèle à la description ci-dessus est statistiquement le plus fréquent mais de nombreuses variations peuvent s'observer. Si l'étape des soins domestiques est presque toujours respectée, une minorité des femmes préfère en deuxième lieu consulter une guérisseuse et pourront, dans l'éventualité d'un échec, poursuivre avec une consultation médicale. D'autres fois, on assiste à des consultations répétées dans différents dispensaires.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, je rappellerai que la maîtrise des maladies diarrhéiques de l'enfant dans les pays sous développés, passe par une amélioration de ses conditions de vie, en particulier au niveau de l'hygiène de son environnement immédiat.

Ceci dit, il est maintenant admis que l'utilisation de la RVO diminue considérablement la mortalité due à la déshydratation, réduit la morbidité et abaisse le coût des soins. Etant donné les résistances observées au niveau des soignants et des usagers quant à la promotion et l'utilisation de la RVO sous la forme d'une solution préparée à la maison, j'ai été amené à proposer son remplacement par des sachets prêts à l'emploi mieux adaptés à la logique sociale qui sous-tend les interactions soignants-soignés.

Mais par ailleurs d'autres obstacles freinent la diffusion de cette thérapeutique : le statut social des femmes, le hiatus existant entre les soignants biomédicaux et leurs clientes, enfin le mode de fonctionnement global du système.

Nous avons pu constater l'importance primordiale des femmes au sein du système de santé. Or il existe une discordance entre les tâches qui leur sont dévolues et les ressources dont elles disposent. Souvent défavorisées quant à l'adaptation au milieu urbain (méconnaissance du français ou du wolof, faible niveau de scolarisation) elles n'ont qu'une maîtrise réduite de leur environnement.

Ceci est flagrant lorsqu'on considère le rapport qu'elles entretiennent avec l'appareil de soins biomédical. En se plaçant de leur point de vue, la spécificité des soins de santé primaires n'apparaît pas. Aucune des femmes que nous avons interrogées ne connaissait l'existence des comités de santé qui gèrent les dispensaires et sont censés représenter les intérêts de la population. A ce niveau il existe un hiatus important entre l'appareil de soins et la collectivité des usagers. Ce clivage est accentué par la professionnalisation des agents de santé communautaires qui apparaissent comme des auxiliaires médicaux et non comme des représentants de la communauté.

Enfin, en l'absence d'une communication entre les différents acteurs sociaux impliqués dans le fonctionnement du système, cette situation de pluralisme médical s'avère iatrogène dans la mesure où il n'y a pas complémentarité mais concurrence. Les préparations domestiques sont préférées à la RVO, les bana-bana court-circuitent la prescription médicale de médicaments et les praticiens traditionnels s'organisent en associations corporatistes pour revendiquer une reconnaissance officielle qui leur est refusée par les médecins.

Dans ces conditions, la quête d'une guérison immédiate au meilleur coût aboutit trop souvent à des échecs thérapeutiques successifs. L'itinéraire thérapeutique devient alors erratique et le coût du traitement tend à dépasser rapidement son efficacité.

NOTES

(1) Le traitement de la déshydratation par la Réhydratation par Voie Orale (R.V.O.) est fondée sur l'utilisation d'une solution composée, dans certaines proportions, de sucre, de sel et d'eau. Cette méthode simple, efficace et peu coûteuse bouleverse le pronostic des maladies diarrhéiques quand elle peut être mise en oeuvre.

(2) Le «Xar» (terme wolof signifiant fendre) fait référence à une lésion localisée au niveau de l'anus à type de fissuration en rapport avec une diarrhée prolongée. Ce serait la chaleur dégagée à l'émission de chaque selle qui en serait le mécanisme causal. Le Xar est plus dangereux chez le garçon que chez la fille et d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

(3) Le «fas» consiste à nouer autour de la taille de l'enfant des chapelets de petits

bâtonnets attachés sur un fil de couleur. La nature de ces bâtonnets (le bois dont ils proviennent doit être recueilli dans des conditions précises), leur nombre, la couleur du fil (blanche ou noire) en déterminent l'efficacité thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

W.E. BERTRAND and B.F. WALMUS, 1983 - Maternal knowledge, Attitudes and Practice as Predictors of Diarrheal Disease in Young Children. In : *International Journal of Epidemiology*, vol. 12, 2 : 205-210

A. BRIEND, 1985 - *Prevention et traitement de la malnutrition*, Paris, ORSTOM

J. CHRISMAN, 1977 - The Health-Seeking Process : An Approach to the Natural History of Illness In : *Culture, Medicine and Psychiatry*, I : 351 - 377

D. FASSIN, 1985 - Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite de médicaments au Sénégal. In : *Cahiers d'études africaines*, 98, XXV-2 : 161-177.

O. FONTAINE, B. DIOP, J.P. BEAU, A. BRIEND, M. NDIAYE, 1984 - La diarrhée infantile au Sénégal : enquête épidémiologique dans un faubourg de Dakar. In *Médecine Tropicale*, 46,1.

E.C. GREEN, 1985 - Traditional Healers, Mothers and Childhood Diarrheal Disease in Swaziland : The Interface of Anthropology and Health Education In : *Social Science and Medicine*, XX,3 : 277 - 285

A. KLEINMAN, 1980 - *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, California University Press

H. PICKERING, 1985 - Social and Environmental Factors Associated with Diarrheal and Growth in Young Children : Child Health in Urban Africa. In : *Social Science and Medicine*, XXI, 2 : 121 - 127

I. DE SOYZA and al. , 1984 - Perceptions of Childhood Diarrhea and its Treatment in Rural Zimbabwe. In : *Social Science and Medicine* XIX, 7 : 727 - 734