

Cahier des
SCIENCES HUMAINES
vol. 28 - n° 1 - 1992

Anthropologies et santé publique
Anthropologies and public health

Éditeurs scientifiques :

Marc-Éric GRUÉNAIS et Jean-Pierre DOZON

Éditions de l'ORSTOM

INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION

PARIS - 1992

Manuscrits reçus au Secrétariat des Éditions de l'ORSTOM le 18 octobre 1991

Maquette de couverture : Michèle SAINT-LÉGER

Photo de couverture : C. ERRATH/Explorer, BURKINA FASO

.....
La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective », et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.
.....

PRÉSENTATION

Une rencontre à venir

Marc-Éric GRUÉNAIS*

Depuis la fin du XIX^e siècle, le raisonnement médical tendait à privilégier l'individu porteur de maladies au détriment de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui *les populations*. La « pasteurisation » de la société (DOZON, 1985 ; LATOUR, 1984), le développement de la médecine expérimentale firent notamment reculer l'approche hygiéniste qui accordait une large place à l'environnement. Pour des raisons certainement fort complexes (coût de la médecine curative, récession économique, idéologie libérale ayant mauvaise conscience à l'égard des laissés-pour-compte, relative impuissance de la médecine curative face à certaines pathologies, etc.), on assiste au moins depuis deux décennies à un retour des populations dans le champ médical, comme en témoignent le développement des discours sur l'épidémiologie et la santé publique ou la multiplication des mouvements associatifs se consacrant à la prise en charge des malades. Or, à mesure que les malades « réinvestissent » leur maladie aux yeux de la médecine, celle-ci est amenée à se forger une anthropologie (au sens étymologique de « discours sur l'homme »), où l'identité d'un malade apparaît de plus en plus liée à celle de son groupe : inégalités sociales, populations à risque, médecine communautaire, résistances culturelles, niveaux socio-économiques, etc., sont autant d'expressions aujourd'hui récurrentes dans les discours médicaux. Dès lors, le raisonnement médical se préoccupe de plus en plus des domaines abordés par les sciences sociales, en général, et par l'anthropologie sociale et culturelle, en particulier, raisonnement qui développe tout naturellement des attentes à l'égard de ces sciences.

* *Anthropologue Orstom, 213, rue La Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

Parallèlement, depuis les années soixante-dix en France, la maladie, la santé sont devenues des champs privilégiés des recherches sociologiques et anthropologiques, notamment sous l'impulsion de Cl. HERZLICH (1975) et M. AUGÉ (1978). Or, la sociologie et surtout l'anthropologie ont construit leur approche de la maladie et de la santé indépendamment des préoccupations des milieux médicaux, même si, selon S. R. WHITE (1989), on peut penser que le développement de l'intérêt des anthropologues pour ces thèmes participe d'un mouvement général de médicalisation des sociétés. Aussi, ces disciplines n'ont guère participé à la construction du « nouveau » discours anthropologique que la biomédecine est en train de concevoir (1); dès lors, il n'est guère surprenant que la fréquentation actuelle des anthropologues et des sociologues, d'une part, et des médecins, d'autre part, engendre dénis, incompréhensions, frustrations, ou encore attentes inconsidérées.

L'anthropologie qui émane des discours médicaux relève davantage de l'anthropologie culturelle que de l'anthropologie sociale. Plus précisément, les milieux médicaux sont beaucoup plus enclins à s'interroger sur les conceptions (2) d'une pathologie particulière, sur les habitudes alimentaires, les pratiques de sevrage, etc., dans un groupe déterminé que sur les dynamiques sociales et symboliques liées aux maladies. Bien plus, pour le raisonnement médical, les facteurs culturels semblent pertinents pour autant qu'ils sont nuisibles à la santé :

« Entomologistes et médecins, chercheurs et techniciens chargés du dépistage et du traitement de la trypanosomiase observent que certaines caractéristiques culturelles et attitudes sociales propres aux populations infestées contrarient leur action... " La maladie du sommeil se heurte aux croyances traditionnelles. La façon insidieuse dont se développe la trypanosomiase dans le foyer, la lente dégradation physique, psychique et intellectuelle des malades font que les trypanosomés consultent plutôt le féticheur que le médecin " » (F. HAGENBUCHER-SACRIPANTI, 1981-82 : 448).

- (1) Nombre d'anthropologues érigent même en principe l'indépendance de la construction de leurs objets de recherche par rapport à la demande médicale, si l'on en juge par les communications des participants à un atelier sur l'anthropologie médicale en Europe, organisé dans le cadre de la récente conférence de l'Association européenne des anthropologues sociaux (GRUÉNAIS, 1991 a).
- (2) J'évite ici à dessein le terme de « représentations », dont l'utilisation en toutes circonstances en a largement galvaudé le sens aujourd'hui; faut-il rappeler qu'il s'agit d'un concept qui, tel qu'il est utilisé par les anthropologues, puise ses origines dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse* de E. DURKHEIM (1968, 1^{re} éd. 1912), et dont M. AUGÉ (1975) a donné une acception très précise quant à son application dans le domaine de l'anthropologie de la maladie.

En revanche, lorsqu'il s'agit de procéder à une étude de contexte préalable à la mise en œuvre d'un projet sanitaire, afin d'identifier les caractéristiques *des populations*, l'anthropologue semble indésirable ; on préfère donner aux médecins les « outils » pour réaliser des enquêtes ethnographiques « rapides » sur le système lignager, la classification des maladies, le système économique. etc. ! (cf. notamment SCRIMSHAW et HURTADO, 1987).

En fait, il semble que la relation anthropologie sociale/biomédecine s'établisse davantage en fonction d'un désir de « l'ordre médical » (3) d'une sensibilisation à l'approche sociologique ou anthropologique que d'une réelle volonté (de part et d'autre) d'appréhender en commun une même réalité sociologique et biologique. En effet, les anthropologues sont de plus en plus sollicités pour intervenir dans des séminaires ou des cursus de formation destinés à des médecins de santé publique ou des infirmières, mais, à ma connaissance, rares sont encore les anthropologues qui se trouvent être intégrés comme membre à part entière d'une équipe médicale (l'exemple d'Annie HUBERT — cf. p. 57 — fait presque figure d'exception).

Ces considérations valent essentiellement pour la France, et en France, surtout pour l'anthropologie. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la tradition de santé publique est plus ancienne et mieux ancrée qu'en France. Dès les années cinquante, les grands noms de la sociologie américaine (Parsons, Merton) sont associés à des programmes de recherche hospitaliers ; en Grande-Bretagne, « la naissance d'une « sociologie médicale » s'inscrit dans le contexte de l'instauration, après guerre, du National Health System » (HERZLICH, 1978 : 132). Sociologie et anthropologie médicales sont devenues des disciplines à part entière (4), et des articles publiés dans la revue *Social Sciences and Medicine*, par exemple, témoignent de la participation d'anthropologues anglo-saxons à l'évaluation de programmes de développement dans des pays du Sud. En France, des sociologues, pour leur part, ont participé à des grandes enquêtes menées entre autres par l'Inserm au début des années soixante-dix, comme le souligne l'article de P. AÏACH (cf. p. 13-21).

Cependant, quels que soient l'ancienneté de la collaboration entre milieux médicaux et anthropologues ou sociologues, et les champs de recherches de ces derniers, il apparaît que la rencontre anthropologie sociale/médecine se fait mal. Si chacun appelle de ces vœux une

(3) Pour reprendre le titre de l'ouvrage de J. CLAVREUL (1978).

(4) Nombre d'anthropologues français, quant à eux, ont pris position contre la constitution d'une anthropologie médicale en sous-discipline à part entière (cf. à ce sujet, M. AUGÉ, 1986).

telle rencontre (5) si dans certains cas la collaboration s'avère particulièrement fructueuse (ainsi de l'expérience d'Annie HUBERT et d'Hélène SANCHO-GARNIER — p. 57 — dans le domaine de l'épidémiologie nutritionnelle), la cohabitation, grosse d'une incompréhension, reste généralement emprunte d'un certain malaise réciproque.

La position généralement partagée en France, d'une anthropologie de la maladie résolument dissociée des préoccupations médicales ne va certes pas *a priori* dans le sens d'un meilleur dialogue entre les deux disciplines. À cela vient parfois s'ajouter un certain déni pour « l'application » qui serait parfois incompatible avec la production d'une « bonne anthropologie ». Il est vrai que de tels reproches peuvent s'avérer parfois fondés, si l'on en juge par certains articles, traitant de l'évaluation anthropologique de projets de développement sanitaire, qui concluent (grande découverte !) à l'existence de rapports de force entre groupes au sein d'une même communauté, entravant par là-même la bonne marche des projets (cf., par exemple, PAUL et DEMAREST, 1984).

Lorsqu'un rapprochement est réalisé entre les deux démarches, les positions attribuées à l'ethnologue vont du technicien, qui doit veiller à fournir des informations exploitables par les milieux médicaux, au spécialiste invité dont les propos n'ont aucune incidence. Ainsi, au sujet du travail en collaboration avec des anthropologues spécialisés en ethnoscience et impliqués dans des recherches d'ethno-pharmacologie, on peut lire dans une publication récente :

« Although some importance is accorded to the contributions of other sciences, e.g. anthropology, they are regarded merely as ancillary to natural science; following its methods, these other sciences are expected to provide adequately collected and documented material suited for further scientific analysis. By way of self-criticism I want to state that I, too, was until recently an adherent to this narrow natural-scientific view of ethnopharmacology » (PRINZ, 1991 : 98, souligné par moi).

À l'inverse, l'ethnologue peut figurer à la meilleure place sans que ses propos aient une quelconque portée. Par exemple, dans une introduction à un ouvrage de l'OMS sur la médecine traditionnelle, G. FOSTER (1983) — un des grands noms de l'anthropologie médicale américaine — invite à adopter une attitude très critique à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires. Or, on constate que la

(5) Les rencontres sur le thème de l'anthropologie appliquée au domaine médical se multiplient; une association (Amades) s'est créée, ayant comme finalité affichée de favoriser les rencontres entre médecins et anthropologues (cf. GRUÉNAIS, 1991 b).

plupart des articles de ce même ouvrage traitent entre autres de l'intérêt à utiliser les pratiques traditionnelles dans de tels programmes.

L'absence de prise en compte des propos du chercheur ne concerne pas seulement les anthropologues travaillant dans les pays « exotiques ». P. AIACH, sociologue, relatant son expérience d'une enquête sur Boulogne-Billancourt, souligne combien la médecine se trouve désamarrée, au point d'oblitérer l'information, lorsque le sociologue montre que l'individu n'apparaît plus seulement comme porteur d'une maladie, mais investit ses déclarations de représentations qui ne coïncident pas avec le diagnostic médical. (cf. p. 13-21).

Paradoxalement, ces attitudes de « l'ordre médical » vis-à-vis de l'anthropologue ou du sociologue ne sont nullement incompatibles avec des professions de foi sur le grand avenir promis aux démarches tenant compte des aspects sociaux, culturels et symboliques :

« ...si les sociétés occidentales orientées vers le progrès scientifique et le développement fonctionnent essentiellement avec la logique analytique du cerveau gauche, les sociétés traditionnelles laissent une place beaucoup plus large à l'expression et aux valeurs du cerveau droit, siège des intuitions des images mentales, des " révélations " et des pouvoirs... Mais les valeurs du cerveau droit sont, hélas, méprisées et laminées par les sociétés dites " de progrès ". Et pourtant, qui sait si ces pratiques qui nous sont aujourd'hui si étrangères ne confèrent point quelque valeur héroïque à des plantes qui à nos yeux ne le sont pas ! ...L'heure vient, à l'aube du troisième millénaire, où doit naître et va naître sans doute, à partir de la sensibilité et de l'éthique écologiques, un nouveau monde. Nul doute que l'ethnopharmacologie s'inscrira avec d'autres disciplines dans les grands axes scientifiques qui contribueront à en définir les contours » (PELT, 1991).

Les exemples retenus sont sans doute extrêmes, ils n'en sont pas moins bien réels et l'on a parfois le sentiment que l'« anthropologie » des sociologues ou des anthropologues et celle des médecins diffèrent sensiblement.

Médecins et anthropologues n'ont pas un rapport analogue au savoir. Schématiquement, la médecine, et en particulier la médecine de santé publique, identifie les *besoins* des populations en prenant en compte toute une série de contraintes; ces besoins sont déterminés « de l'extérieur » à partir d'un savoir médical qui a sa dynamique propre. Plus trivialement : ce qui est bon pour les *populations* n'est pas nécessairement bon pour leur santé, et la médecine sait ce qui est bon pour leur santé. Même si, ainsi formulé, ce raisonnement apparaît très caricatural, il semble cependant sous-tendre certaines pratiques et peut alors conduire à des excès, comme en témoigne l'article de D. FASSIN au sujet de la mortalité maternelle en Équateur (cf. p. 23-36) : la mort des mères en couche est certes « humainement »

intolérable ; mais on peut se demander dans quelle mesure la charge émotive liée à la nécessité de remédier à cette situation, le *besoin* d'assurer la survie des mères après l'accouchement ne viennent pas entraver toute possibilité d'approche globale, en amenant à « gonfler » les chiffres et à engager un programme de santé sur ce thème, alors même qu'il ne s'agit pas d'une des causes majeures de mortalité.

Étant donné ce type de raisonnement, « le » social et/ou « le » culturel n'apparaissent-ils pas comme un obstacle à la satisfaction des *besoins* ? Or, il semble parfois qu'il est demandé à l'anthropologue ou au sociologue de *savoir*, à l'instar des médecins, comment détourner « le » social ou « le » culturel pour que la population transforme ce *besoin* défini de l'extérieur en modèle de comportement. Mais l'anthropologue ou le sociologue, de par leur discipline, ne savent pas. Leurs connaissances proviennent des *populations*, dont ils analysent discours et pratiques pour en trouver la cohérence. Comment alors savoir, de par l'exercice de la discipline, ce qui est bon ou mauvais pour les *populations* ?

Sans doute ces derniers ne sont-ils pas encore suffisamment engagés dans une anthropologie, sinon appliquée, du moins « impliquée », qui les conduirait à prendre position vis-à-vis des populations et des médecins. Il n'y a pas de discipline plus tournée vers l'action que la médecine ; rappelons que, selon le serment d'Hippocrate, soigner est une obligation pour tout médecin. Il y a peu de disciplines qui semblent actuellement plus exclusivement tournées vers la seule connaissance que l'anthropologie (6). Dès lors, entreprendre une réflexion sur le problème philosophique classique du rapport de la connaissance et de l'action dans le domaine de la santé pourrait sans doute favoriser une véritable collaboration entre médecine et anthropologie. Une telle réflexion pourrait également avoir une incidence directe sur les programmes de santé publique tout entiers préoccupés de prévention et d'éducation pour la santé, dans la mesure où cette réflexion serait liée à l'élucidation des raisons de changement de comportement étant donné, d'une part, les problèmes de santé tels qu'ils sont identifiés par les médecins, et d'autre part, la situation (les « croyances », l'organisation sociale, économique, etc.) des populations concernées.

Les bonnes prédispositions réciproques des disciplines impliquées ne suffiront pas à surmonter la distance épistémologique qui séparent

(6) Il s'agit là d'un sentiment qui vaut pour la période actuelle et non pour l'anthropologie en général ; en effet, par exemple, on sait combien l'anthropologie fonctionnaliste britannique était impliquée dans l'action de développement colonial.

médecine et sciences sociales, dont l'ampleur peut être appréciée à partir d'une remarque de KUHN :

« ...vivant dans une communauté composée en majorité de spécialistes des sciences sociales, si différents des spécialistes des sciences de la nature parmi lesquels j'avais été formé, je me trouvais en face de problèmes imprévus. En particulier je fus frappé par le nombre et l'ampleur des divergences avouées opposant les spécialistes des sciences sociales au sujet de la nature des méthodes et des problèmes scientifiques légitimes. L'histoire, tout autant que ma propre expérience m'amenaient à mettre en doute que les spécialistes des sciences de la nature fussent en mesure d'apporter à ces questions des réponses plus précises ou plus définitives que leurs collègues des sciences sociales ».

Et de poursuivre :

« C'est en essayant de découvrir l'origine de cette différence que j'ai été amené à reconnaître le rôle joué dans la recherche scientifique par ce que j'ai depuis appelé les paradigmes » (KUHN, 1983 : 10-11, souligné par l'auteur).

Rappelons que la notion de « paradigme » est utilisée par KUHN pour décrire et analyser les sauts qualitatifs dans le développement des idées scientifiques, en particulier en physique. Que le contact d'un physicien avec les sciences sociales ait été à l'origine d'une des théories les plus célèbres et les plus stimulantes sur l'histoire des sciences illustre la valeur heuristique d'une telle rencontre. Mais surtout, que de cette rencontre naisse l'idée d'une évolution de la science en fonction de paradigmes discrets est significatif de l'ampleur de l'enjeu épistémologique qui pourrait être attaché à la mise en relation de l'anthropologie et de la médecine, si tant est que l'on puisse verser la médecine du côté des sciences de la nature, enjeu dont la nature ne saurait être précisée du fait de la seule cohabitation.

À défaut d'avoir cerné la nature de l'enjeu épistémologique, la rencontre médecine/anthropologie sociale n'a sans doute pas encore eu lieu. Néanmoins, à force de confrontations, le champ des lieux d'intersection possibles s'élargit. En particulier, cette confrontation a fait découvrir à l'anthropologie sociale un nouveau terrain sur lequel les médecins l'attendent peu : celui du système de santé, des institutions de soins, de la santé publique et de ses présupposés. Elle construit un nouvel objet en étant fidèle à la démarche holiste qui la caractérise : le « développeur », qu'il soit responsable de santé publique ou autre, n'est pas un acteur neutre, transparent, dont l'activité de *développement*, terme nécessaire et suffisant d'autolégitimation, s'exercerait au profit de populations qui attendent d'être développées et constituent par là-même le seul objet d'interrogation. Le « développeur », le médecin sont des acteurs de la situation au

même titre que les individus concernés (RAYNAUT, 1989) ; ils sont en fait aussi opaques que la population sur laquelle ils sont censés agir. Dès lors, les notions qui fondent les démarches épidémiologiques ou de santé publique deviennent aussi les objets des sciences sociales : l'attitude des personnels de santé n'est-elle pas également responsable des mauvais résultats sanitaires (cf. D. FASSIN, p. 23-36) ? L'usage flou de la notion de « risque » n'autorise-t-il pas toutes les contorsions, pour induire des relations causales qui satisfont à une certaine idée du développement (cf. M. E. GRUÉNAIS et F. DELPEUCH, p. 37-55) ? La notion de soins de santé primaires, forgée pour les pays en développement, ne trouve-t-elle pas sa meilleure application dans les pays développés (cf. B. HOURS, p. 123-141) ? La volonté d'intégration des tradipraticiens au dispositif de santé ne renseigne-t-elle pas davantage sur le second que sur les premiers (cf. E. K. TALL, p. 67-81) ?

Certes, on pourrait considérer qu'en adoptant de telles positions critiques, les anthropologues se donnent le beau rôle en habillant leur démarche de pluridisciplinarité, tout en demeurant totalement étrangers à l'action dans laquelle les médecins sont nécessairement impliqués (7). Cependant la position critique peut apparaître légitime dès lors que l'ordre médical parsème ses discours de notions sociologiques. Quelles réalités recouvrent les notions de « communauté » ou de « groupe » dans des projets de soins de santé primaires ? N'est-il pas remarquable, par exemple, de lire dans un article récent de G. PIALOUX et L. MONTAGNIER (1991) que « stress et comportement » apparaissent dans le tableau des « co-facteurs suspectés dans l'infection à VIH » sans autre explication ? Autant médecins et épidémiologistes font preuve d'une très grande précision et d'une très grande prudence pour tout ce qui touche à la pathologie elle-même, autant l'utilisation *in fine* de grandes catégories comme celles de groupe, de comportement, etc. mériterait que l'on en précise le contenu en collaboration avec les sciences sociales, pour ne pas donner l'impression que l'on a recourt à l'organisation sociale ou au comportement individuel dès que la démarche scientifique « dure » ne suffit plus. Cette position critique, et la nouveauté vient peut-être de là, ne cantonne pas nécessairement l'anthropologue dans une position d'observateur. Il peut être amené à devenir un acteur au sein du dispositif de

(7) Il est évident qu'une telle critique ne concerne pas seulement la relation anthropologie/médecine ; elle s'inscrit en général des relations entre chercheurs en sciences sociales et acteurs du développement, quels que soient la formation initiale et le domaine de ces derniers. Au sujet de la place de l'anthropologie sociale dans le champ des rapports connaissance/action, on pourra se reporter à la première livraison du bulletin de l'Association euro-africaine pour l'Anthropologie du changement social et du développement (APAD, 1991).

développement sanitaire et peut dès lors à devoir prendre partie pour une voie plutôt qu'une autre, comme en témoigne l'article de J. CHIAPPINO (cf. p. 99-121).

Les articles réunis dans ce numéro constituent autant de tentatives de déplacement du champ de la collaboration entre santé publique et anthropologie ; les auteurs ont pris le parti d'interroger des pratiques de santé publique, mais aussi l'apport possible de leur propre pratique, plutôt que de verser dans le « facteur culturel ». En ces temps d'ajustement structurel et de crise économique, de nécessité de contrôler les dépenses de santé en favorisant la prévention, les demandes à l'égard des sciences sociales s'accroissent, alors, qu'en retour, les anthropologues se préoccupent de plus en plus d'être en prise sur le développement économique et social des groupes humains. La *crise* prend un tour exemplaire dans le domaine de la santé avec le sida qui remet en cause la notion de « guérison », dont la propagation ne peut être limitée qu'en s'adressant aux *comportements*, et dont L. VIDAL (cf. p. 83-98), à propos de la Côte-d'Ivoire, nous dit qu'il constitue une véritable mise à l'épreuve du système sanitaire moderne. Ne s'agit-il pas, dès lors, pour les anthropologues et les sociologues d'investir des champs significatifs d'une crise d'identité de la pratique médicale, ne serait-ce que parce qu'ils sont les spécialistes des crises et des identités ?

Adopter une position critique à l'égard de la pratique médicale ou de santé publique risque sans doute, dans un premier temps, d'accroître les difficultés de collaboration entre médecine et anthropologie sociale. Mais, la mise en évidence de la vision de l'homme, qui sous-tend les pratiques de santé publique, pourrait permettre d'affiner des instruments de mesure et d'action, en soulignant combien le développement sanitaire ressortit à une négociation entre développeurs et développés. Nous sommes sans doute encore aujourd'hui à une situation de « *communication inter-culturelle* » entre médecine et anthropologie, où le stade du malentendu n'a pas été dépassé. Mais, pour reprendre une notion empruntée à P. BOHANNAN et M. SAHLINS et utilisée par J. F. BARE (1985) dans un tout autre contexte, ce malentendu n'en sera pas moins un « malentendu productif ».

BIBLIOGRAPHIE

- APAD, 1991. — Bulletin n° 1, Montpellier.
 AUGÉ (M.), 1975. — *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Hermann.
 AUGÉ (M.), 1986. — L'anthropologie de la maladie, *L'Homme*, 97-98, XXVI (1-2) : 81-90.
 BARE (J. F.), 1985. — *Le malentendu Pacifique*, Paris, Hachette.

- CLAVREUL (J.), 1978. — *L'ordre médical*, Paris, Seuil.
- DOZON (J.P.), 1985. — Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil, *Sciences sociales et Santé*, III (3-4) : 27-56.
- DURKHEIM (E.), 1968 (1^{re} éd. 1912). — *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF.
- FOSTER (G. M.), 1983. — Introduction à l'ethnomédecine, in *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS : 17-24.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1991 (a). — L'anthropologie médicale en Europe. État de la question et perspectives, *Journal des Anthropologues*, 43-44 : 205-209.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1991 (b). — Où en est l'anthropologie médicale appliquée ? *Journal des Anthropologues*, 43-44 : 211-216.
- HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.), 1981-82. — La représentation culturelle traditionnelle de la trypanosomiase dans le Niari (République populaire du Congo), *Cah. Orstom, sér. Sci. Hum.*, vol. XVIII, n° 4 : 445-473.
- HERZLICH (Cl.), 1978. — Le développement de la sociologie de la médecine, en France, et son contexte, in *Santé, Médecine et Sociologie*, Paris, CNRS.
- KUHN (T. S.), 1983. — *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 284 p.
- LATOUR (B.). 1984. — *Les microbes : Guerre et Paix*, Paris, A.M. Métailié.
- PAUL (B. D.), et DEMAREST (W. J.), 1984. — Citizen participation overplanned : the case of health project in the Guatemalan community of San Pedro La Laguna, *Soc. Sci. and Med.*, vol. 19, n° 3 : 185-192.
- PIALOUX (G.) et MONTAGNIER (L.), 1991. — Sida et infections à VIH : l'hypothèse des co-facteurs transmissibles, *Cahiers Santé*, 1 : 47-51.
- PELT (J. M.), 1991. — L'ethnopharmacologie à l'aube du troisième millénaire, in FLEURENTIN (J.) et al. (ed.) *Ethnopharmacologie. Sources, méthodes, objectifs*, Paris, Orstom/Soc. Fr. d'Ethnopharmacologie : 20-25.
- PRINZ (A.), 1991. — Misunderstanding between ethnologists, pharmacologists and physicians in the field of ethnopharmacology, in FLEURENTIN (J.) et al. (ed.) *Ethnopharmacologie. Sources, méthodes, objectifs*, Paris, Orstom/Soc. Fr. d'Ethnopharmacologie : 95-99.
- RAYNAUT (Cl.), 1989. — L'opération de développement et les logiques du changement : la nécessité d'une approche holistique. L'exemple d'un cas nigérien, *Genève-Afrique*, 2 : 7-38.
- SCRIMSHAW (S. C. M.) et HURTADO (E.), 1987. — *Rapid assessment procedures for nutrition and Primary Health Care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness*, UCLA Latin American Center Publications.
- WHYTE (S. R.), 1989. — Anthropological approaches to African misfortune, in JACOBSON-WIDDING (A.) and WESTERLUND (D.) (eds.) *Culture, experience and pluralism. Essays on African ideas of illness and healing*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala studies in cultural anthropology 13, Uppsala : 289-301.

Limites et ambiguïtés de la recherche en santé publique ⁽¹⁾

L'exemple de l'enquête de Boulogne-Billancourt

Pierre AÏACH*

Qu'est-ce que la santé publique ? S'agit-il d'autre chose que de la santé du public, c'est-à-dire de la santé de l'ensemble des membres de la communauté nationale ? Sans doute, puisqu'il y a des enseignants et des enseignements en santé publique. Mais cela suffit-il à lui conférer le statut de discipline scientifique ? La réponse à cette question n'est pas simple. Dans la préface d'un livre/manuel récent, intitulé *Santé publique* (BRUCKER et FASSIN, 1989), on lit à la première ligne : « Discipline sans frontières, la santé publique embrasse tous les facteurs conditionnant la santé et tous les systèmes de santé ».

Au début de l'avant-propos, les deux responsables de l'ouvrage reprennent cette idée de discipline sans limites, sans contours fixes :

« La santé publique est une discipline dont les contours se sont constamment déplacés au cours des dernières années : succédant à l'hygiène et à la médecine préventive, elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi le champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économique et au social. S'il fallait se hasarder à lui donner une définition actuelle, nous dirions qu'elle est une démarche pratique ayant les politiques de santé pour objet. »

* Inserm, U. 158, 16, avenue Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif.

(1) Cet article s'inspire d'une communication faite lors d'une table ronde, en mai 1987, et publiée dans le n° 9 de 1988 des Cahiers de recherches sociologiques de l'université de Toulouse-Montmirail.

et, un peu plus loin :

« Ainsi orientée vers l'action, elle s'appuie sur des disciplines scientifiques diverses, en particulier l'épidémiologie, l'économie, la démographie, la géographie et les sciences sociales, auxquelles elle demande des outils pour analyser les problèmes de santé, etc. »

Autrement dit, il s'agirait d'une discipline très particulière, puisqu'elle s'exprime à travers des actions qui tendent à maintenir ou à promouvoir la santé des gens (individus et groupes), actions s'appuyant sur des résultats issus de recherches venant d'autres disciplines.

Soit ! Mais dans ce cas le caractère scientifique de telles actions paraît résider dans la capacité à effectuer une synthèse subtile des outils techniques et conceptuels, ainsi que des observations et analyses produites par ces outils, afin de permettre une compréhension des « problèmes de santé » avant de passer à l'action sur le plan politique.

Au fond, ne peut-on pas faire une analogie avec la médecine ? Ne s'agit-il pas, comme en médecine, d'un savoir acquis par des enseignements de disciplines variées, puis mis en pratique (sur des individus dans le cas de la médecine, et sur des collectivités dans celui de la santé publique). La différence pratique cependant tient au fait que le savoir en santé publique ne peut qu'être très limité, puisqu'il s'acquiert en un temps restreint, et ne peut englober la masse des connaissances des diverses disciplines impliquées, comme est censé le faire le savoir médical dont l'objet unitaire est le corps humain, atteint ou pas par la maladie. Dans le cas de la santé publique, l'objet unitaire est flou, comme ses « contours » ; il a trait à la santé de la collectivité, c'est-à-dire à quelque chose, finalement, de très abstrait à force de généralité. Le praticien de santé publique se trouve un peu dans la situation d'un médecin, qui pratiquerait « son art » en grapillant des connaissances dans les savoirs constitués, dont il aurait besoin après une formation très rapide et forcément très succincte. Par ailleurs, en dehors des enseignants, qui sont ces praticiens de la santé publique ? Les responsables de politiques et de programmes de santé ? Là encore, la réponse n'est pas évidente, tant le flou est grand en ces matières.

Disons, en conclusion provisoire, que la discipline santé publique apparaît finalement comme un carrefour de savoirs et de connaissances, qui se situent dans le champ de la santé et de la maladie et proviennent d'autres disciplines, en attendant de se constituer en savoir propre avec ses concepts, ses acquis théoriques et ses mises en pratique.

Quant à la recherche en santé publique, de quoi peut-il s'agir précisément, sinon de l'éclaircissement de problèmes de santé collectifs

en vue d'une action de préservation ou de promotion. On peut admettre que le type d'actions à entreprendre sera déterminant dans la conception de la recherche et dans le choix des disciplines impliquées. S'il n'en était pas ainsi, la recherche en santé engloberait tout ce qui pourrait potentiellement faire l'objet d'une politique sanitaire, autrement dit, un champ quasiment illimité du domaine social.

Ce qui me semble être le cas de l'enquête réalisée à Boulogne-Billancourt, intitulée « Problèmes de santé dans une agglomération urbaine en mutation : Boulogne-Billancourt ». Cette enquête est exemplaire du point de vue des questions déjà posées sur la nature de la santé publique en tant que discipline et pratique de recherche. C'est pourquoi il m'a paru intéressant d'essayer d'en rendre compte, en centrant mon propos sur les points les plus en rapport avec la question de la nature et de l'objet de la recherche en santé publique.

L'ENQUÊTE BOULOGNE-BILLANCOURT

Cette enquête (MINVIELLE *et al.*, 1975) a été menée à la Division de la recherche médico-sociale (DRMS) de l'Inserm de 1969 à 1974, année de la disparition de cette division dans les nouveaux statuts de l'Inserm. Conçue sur la lancée d'une précédente enquête faite dans la région de Soissons (BROYELLE *et al.*, 1969), elle a porté sur la population de la commune où se trouvait implantée la DRMS : Boulogne-Billancourt. La direction de cette importante enquête (1600 ménages interrogés) était assurée par des femmes médecins, inspecteurs de la santé, sorties de l'École nationale de la santé de Rennes, et devenues chefs de section au sein de la DRMS.

La DRMS émanait d'une volonté de développer une recherche autre que biomédicale, au moment de la création en 1964 de l'Inserm, qui succédait ainsi à l'Institut national d'hygiène (INH) créé en 1941 par le gouvernement de Vichy. La DRMS recevait en fait pour mission essentielle d'assurer l'information et la recherche en santé publique, mission qui correspondait à l'activité d'origine de l'INH.

Qu'allait-on chercher dans cette vaste enquête ? Aucune idée précise ne semble avoir présidé à sa conception, puis à sa réalisation, sinon celle, embryonnaire, d'une mise en évidence de différences sociales dans la pathologie déclarée et dans l'utilisation des services de santé ; cela, à la suite d'une tentative similaire réalisée dans le cadre de l'enquête de Soissons (tentative peu probante), et des effets diffus de mai 68 encore tout frais dans les esprits. Dans le questionnaire finalement mis au point après une préenquête constituée d'entretiens

non directifs, dominait une vision très médicale de la maladie, envisagée à partir de la Classification internationale des maladies (Cim) de l'OMS.

Le questionnement des chefs de ménage (en fait, le plus souvent la mère de famille) sur la santé des différents membres du ménage supposait implicitement que toute maladie existante était déclarée et que, à partir du moment où elle se manifestait, elle donnait lieu à un recours médical, sauf en cas d'ignorance ou de négligence manifestes. Le questionnaire retenu, après de multiples échanges et tractations, était un questionnaire fleuve qui tendait à cerner tous les aspects médicaux de la maladie et des soins auxquels elle donnait lieu.

Cependant, les discussions avaient beaucoup tourné autour des conditions de vie. Ainsi, « on » admit qu'il fallait connaître certains aspects de la vie quotidienne (logement, travail, etc.), mais pour les mettre en regard des données sur la santé. Tout ce qui n'était pas perçu comme ayant un effet direct sur la santé se voyait rejeter : en particulier tout ce qui touchait aux attitudes et comportements de classe ou de groupe ethnique en matière de santé, ou encore ce qui avait trait aux représentations sociales de la maladie et de la santé. J'essayais, sans doute maladroitement, de faire admettre l'idée que la maladie a une composante sociale importante (2) et que parler de « problèmes de santé », ce n'était pas seulement évoquer la maladie au sens de la Cim ou expliquer l'inaccessibilité aux soins par une insuffisance de revenu ou un manque d'information.

Mais vu la dimension trop importante que commençait à prendre le questionnaire (effet produit par une série de compromis sur le contenu de la recherche entre toutes les parties prenantes de l'enquête), une décision fut prise de façon autoritaire et brutale au cours d'une réunion « entre médecins ». Le questionnaire se trouva considérablement raccourci et amputé de presque toutes les questions concernant les points que j'avais réussi à introduire. L'enquête prit alors de plus en plus l'allure d'une enquête de morbidité avec, d'une part, un volet portant sur l'utilisation des services de santé et, d'autre part, un volet sur les conditions de vie. La période d'un an qui couvrait l'interrogatoire ne semblait pas poser de problème particulier malgré sa très grande durée. Au surplus, le risque d'oubli était atténué par la mise sur pied d'un examen de santé, type sécurité sociale, que

(2) C'est à ce moment-là que, prenant connaissance des travaux de ZOLA (1979) et de ZBOROWSKI (1952), aux États-Unis, de BOLTANSKI (1968-69) et de HERZLICH (1968), en France, j'essayais assez vainement de faire prévaloir certains de leurs résultats et analyses.

devaient passer un certain nombre de sujets volontaires de l'enquête ; cet examen permettait, en outre, de se prémunir contre les critiques qui risquaient de venir des épidémiologistes et du monde médical en général (3).

On parlait beaucoup alors d'indicateurs de santé et l'on commençait même à évoquer les inégalités de santé, un indice fut donc « concocté », toujours entre médecins. Il intégrait la dimension maladie exclusivement à travers les handicaps, infirmités, interruption et diminution d'activité que les maladies chroniques ou aiguës pouvaient entraîner.

Ces deux points (examens de santé et indices de santé) méritent un certain développement, car ils me paraissent révélateurs du flou et de l'incertitude qui caractérisaient la démarche des responsables de l'enquête ; ils ont été par ailleurs à l'origine d'une prise de conscience de ma part de l'importance des problèmes méthodologiques et de la dimension sociale dans toute approche de la morbidité, en particulier lorsqu'il s'agit de procéder à une évaluation (AÏACH et CEBE, 1983 ; AÏACH, 1987, 1989).

Les examens de santé

Tous les sujets de l'échantillon de plus de 45 ans ont passé gratuitement un examen systématique de santé. Les résultats de cet examen ont été comparés aux déclarations faites dans le cadre de l'enquête (question ouverte posée par enquêteur). Il s'est avéré que le « surplus » de pathologie issue de l'examen de santé était, pour une faible part, constitué par des troubles et des maladies dépistés par le médecin (donc inconnus du sujet) et, pour l'essentiel, par des pathologies connues mais non déclarées au cours de l'enquête. L'écart entre la morbidité déclarée dans l'enquête et celle issue de l'examen de santé était considérable, avec un ratio (morbidité diagnostiquée/morbidité déclarée) pouvant aller jusqu'à 10 pour les symptômes (relatifs au système nerveux, aux appareils cardio-vasculaire, génito-urinaire et respiratoire) et jusqu'à 4 pour les maladies (de l'appareil circulatoire et les troubles endocriniens et métaboliques).

- (3) Cette préoccupation a été d'autant plus constante et forte que la DRMS, très féminisée dans sa composition, faisait l'objet d'attaques venant des tenants de la « science pure et dure », et qu'elle parut très tôt aux yeux de la direction de l'Inserm comme une structure peu représentative de l'image de l'institution, dont il fallait se débarrasser.

À la fin du chapitre consacré aux examens de santé où étaient présentés les résultats, les auteurs de la plaquette Inserm concluait :

« que la population qui s'est exprimée spontanément dans l'enquête a donné des informations qui n'apportent qu'une *vue incomplète et atténuée de la morbidité* [...] sur un plan plus général, cette remarque est à retenir à propos de l'apport de ce type d'enquête, et de la méthode adoptée, dans la connaissance des phénomènes de santé ».

Louable aveu qui masque, en fait, l'embarras et la surprise liés à la « découverte » de ces résultats. Pourquoi en effet avoir ainsi procédé (interroger les individus sur leurs maladies) si ce n'est pour obtenir une mesure de la morbidité de la population, dans une optique finalement très épidémiologique ; les écarts constatés disqualifiaient dans une certaine mesure la validité des données et le bien-fondé de la démarche, ce qui est d'ailleurs — du bout des lèvres — reconnu dans la citation précédente, mais ses auteurs ne sont pas allés jusqu'à se pencher sur « cet objet », afin d'essayer de comprendre la variation de ces écarts, selon le type de trouble et de maladie, selon aussi le sexe et le milieu social des individus. On aurait pu ainsi commencer à soupçonner que, dans la déclaration des maladies et des troubles de santé, intervenaient des facteurs liés aux procédures de recueil et à certaines caractéristiques sociales et psychologiques des sujets interrogés.

La maladie aurait pris alors une nouvelle dimension et la recherche une toute autre tournure. Mais pour être perçu et reconnu, cela exigeait de vaincre une certaine conception idéologique de la maladie et du fonctionnement social, qui était celle des médecins responsables de cette recherche, revendiquée comme étant bien une « recherche en santé publique ». On peut aisément imaginer que le contenu de l'enseignement reçu au cours de la formation médicale ne prédisposait pas à ce type de remise en question, et que le passage à l'École nationale de la santé n'était pas suffisant pour changer vraiment la conception par trop médicale de la maladie. Maîtres du pouvoir de décision, il leur fallait diriger et imposer leur vision des choses ; changer de conception nécessitait une formation scientifique différente et, en tout cas, une vraie expérience de la collaboration avec des chercheurs « venus d'ailleurs », en particulier des sciences sociales et de l'épidémiologie sociale (inexistante en France).

Les indicateurs de santé

L'introduction de la dimension « répercussion sur l'activité » avait eu pour effet de produire des indices de groupe dont l'ordre hiérarchique ne reflétait pas tout à fait l'ordre logique attendu, compte tenu de

ce que l'on savait, par ailleurs, de la mortalité sociale différentielle à partir des travaux de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) (DESPLANQUES, 1984). En effet, les employés possédaient le plus mauvais indice de santé de groupe (4), tandis que les artisans et commerçants avaient le meilleur et, cela, pour les chefs de ménages actifs, avec ou sans leur conjoint. La position un peu plus défavorable des ouvriers dits spécialisés et manœuvres, et plus favorable des cadres supérieurs et professions libérales ne permettait donc pas de tirer une conclusion sur l'état de santé (ou même de gêne ou d'incapacité) des groupes socioprofessionnels. Ce qui était mesuré, de toute évidence, à côté des réels effets produits par la maladie ou le handicap, avait à voir avec le désir et la possibilité de pouvoir s'absenter pour raison de santé et donc, aussi, avec les avantages et pertes liés à la reconnaissance de la maladie et à sa traduction, sous forme d'interruption ou d'atténuation de l'activité professionnelle.

Cette possibilité et ce désir jouaient à fond pour les employés et très peu pour les artisans et commerçants, en fonction des conséquences professionnelles et sociales très différentes, dans chaque cas respectif, que peut entraîner un arrêt de travail. D'ailleurs, pour les retraités, les valeurs de l'indice, calculé seulement sur trois groupes (cadres supérieurs/professions libérales, employés et ouvriers), indiquaient dans l'ensemble un ordre plus proche de la hiérarchie sociale, avec les catégories supérieures en tête et les ouvriers en troisième position. Là, la situation reflétait bien mieux, sinon l'état de santé des groupes, du moins un état mixte qui exprimait les répercussions sur l'activité et l'autonomie du fait des maladies et handicaps présents et passés et, sans doute, la façon dont ils avaient été vécus par les sujets dans un contexte social déterminé.

CONCLUSION

L'exemple de l'enquête de Boulogne-Billancourt est intéressant parce qu'il exprime bien, me semble-t-il, l'insuffisance conceptuelle et méthodologique de la recherche entreprise, et ce, dans un contexte

- (4) Les indices possibles variaient de 0 à 4 : 0 correspondait à un état de santé satisfaisant, sans affection chronique ni handicap ; 4 correspondait aux gênes les plus importantes, aux perturbations graves de l'activité dues à une maladie aiguë ou chronique, à une *inaptitude résultant d'une atteinte chronique, d'un handicap ou d'une infirmité*. Cet indice était calculé pour les chefs de famille, hommes et femmes, et les femmes conjointes des chefs de famille.

en quelque sorte « idéal », du fait de la relative liberté d'action et de l'importance des moyens financiers et humains mis en œuvre.

Cette situation s'explique en grande partie par le vide théorique qui régnait alors en cette matière, que seul pouvait combler un appel à des disciplines propres à concevoir une problématique et à la mettre en œuvre. Cette situation est quelque peu différente de celle d'une recherche en santé publique consistant à appliquer un programme de santé dans une communauté particulière. Le manque d'objectifs précis et concrets à Boulogne-Billancourt a renforcé, me semble-t-il, le caractère flou et ambigu propre à la recherche en santé publique. Faite tous azimuts, cette enquête n'a débouché finalement que sur une certaine reconnaissance sociale dans les milieux de la santé publique, reconnaissance assez difficile à comprendre sauf sur la question, précisément exemplaire, mise en évidence par l'enquête, des transformations urbaines accompagnant l'embourgeoisement rapide de cette commune jouxtant le XVI^e arrondissement de Paris.

Près de vingt ans se sont écoulés et la situation de la recherche en santé publique ne semble pas avoir beaucoup changé. Certes, un certain nombre d'enseignements sont entrepris et des expériences d'application de ce type de recherche ont été faites, avec plus ou moins de bonheur, dans un assez grand nombre de pays africains et latino-américains. Cela est-il suffisant pour donner plus de crédibilité à la recherche en santé publique ?

BIBLIOGRAPHIE

- AÏACH (P.), 1989. — Morbidité. in *Santé Publique*, Paris, Ellipses : 344-364.
- AÏACH (P.), 1987. — Perception et interprétation des symptômes en situation d'enquête, in (A.) RETEL LAURENTIN (coordinatrice) *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan : 451-462.
- AÏACH (P.) et CEBE (D.), 1983. — La perception dans les symptômes : variations dans les déclarations selon différentes procédures, *Cah. de Soc. Dém. Med.*, 1 : 3-27.
- BOLTANSKI (L.), 1968. — *La diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de sociologie européenne.
- BOLTANSKI (L.), 1969. — Prime éducation et morale de classe, *Cahiers du centre de sociologie européenne*. La Haye, Mouton.
- BROYELLE (J.) et coll., 1969. — Recherches sur les besoins de santé d'une population, *Bulletin de l'Inserm*, T 24, n° 3 : 613-732.
- BRUCKER (G.) et FASSIN (D.) (dir.), 1989. — *Santé publique*, Paris, Ellipses.
- DESPLANQUES (G.), 1984. — L'inégalité devant la mort, *Économie et Statistique*, n° 162, Insee : 29-50.

- HERZLICH (C.), 1968. — *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, La Haye, Mouton.
- MINVIELLE (D.), AÏACH (P.), CEBE (D.), LECLERC (A.) et PIESSET (J.) 1975. — *Problèmes de santé dans une agglomération en mutation : Boulogne-Billancourt*, Paris, Inserm.
- ZBOROWSKI (M.), 1952. — Cultural components in response to pain, *J. Soc. Issues*, 8 : 16-32.
- ZOLA (I. K.), 1979. — Culture and Symptoms. An analysis of patients presenting complaints, in (G.) ALBRECHT, (P.) HIGGINS, *Health Illness and Medicine*, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.

Une liaison dangereuse

Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur

Didier FASSIN* et Anne-Claire DEFOSSEZ**

La relation des sciences sociales et de la santé publique est par nature asymétrique. Non seulement parce que les unes constituent une discipline scientifique alors que l'autre se réfère à une pratique politique, mais aussi parce que les premières se situent presque toujours vis-à-vis de la seconde dans une position de recherche de légitimité. Certes, de nombreux anthropologues et sociologues travaillent dans le domaine de la maladie de manière totalement autonome par rapport à la santé publique, et n'ont alors bien sûr aucun compte à lui rendre. Mais dès lors qu'une collaboration est mise en place, les chercheurs en sciences sociales se trouvent dans l'obligation de se justifier, en faisant notamment la preuve de leur contribution concrète.

Il en résulte alors schématiquement deux attitudes extrêmes : l'une, de rupture, qui consiste à rejeter en bloc la vision utilitariste et à revendiquer le droit des sciences sociales à l'indépendance ; l'autre, de compromis, qui tente de montrer à quoi elles peuvent servir et même à les mettre à l'œuvre dans des programmes communs. Au risque de simplifier, on pourrait dire que la première de ces attitudes correspond à la position française classique — dont une option radicale est le Mouvement anti-utilitariste en sciences sociales —, et que la seconde s'est largement développée au sein de la recherche nord-américaine — avec notamment les courants de l'Anthropologie

* Médecin et anthropologue, IFEA, AP 17.11.06596, Quito, Équateur.

** Sociologue, Institut Santé et Développement, 15-21, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris.

appliquée. Dans le premier cas, il n'y a pas de dialogue possible avec les praticiens de la santé publique; dans le second, il s'agit d'un échange déséquilibré puisque les chercheurs en sciences sociales ne font que répondre aux interrogations qu'on leur adresse, sans pouvoir eux-mêmes en formuler.

Ne voulant pas céder aux facilités d'un consensus qui tracerait une voie moyenne, relevant plus de la rhétorique que d'une pratique réelle, nous croyons que les sciences sociales peuvent, sans faire de concessions sur la question décisive de leur autonomie, enrichir la santé publique de leur apport critique. Telle est la position que nous voulons défendre et illustrer, à partir de l'expérience de notre recherche en cours sur la santé des femmes en Équateur.

Adopter cette position ne signifie pas pour autant la présenter comme une solution facile aux difficultés de communication entre les deux domaines : il s'agit simplement de la proposer comme un cadre nécessaire pour les chercheurs en sciences sociales (s'ils ne veulent pas perdre leur âme dans cette relation) et peut-être recevable par les représentants de la santé publique (s'ils acceptent le principe d'une remise en cause de leur action). Une telle clarification des conditions d'un échange possible peut permettre de renouer un dialogue souvent mal engagé, faute de ce préalable (1).

Cette recherche des termes d'un dialogue nous tient d'ailleurs d'autant plus à cœur que l'angle sous lequel nous avons choisi d'aborder les problèmes de santé des femmes — les inégalités sociales — est indissociable d'une préoccupation d'ordre politique, autour de la nécessité de faire changer les choses, et nous oblige donc à ne pas nous couper de ceux qui en ont parfois un peu le pouvoir.

Le travail sur lequel est basé notre argumentation se déroule en Équateur, pays encore relativement rural, entré assez récemment dans la phase de transition démographique et dont les indicateurs sanitaires se situent parmi les moins bons d'Amérique latine (DELAUNAY *et al.*, 1990). La population est de 9,6 millions, à 45 % dans les campagnes, avec un indice de fécondité inférieur à 4 enfants et un taux de natalité d'environ 30 pour 1000. L'espérance de vie à la naissance, qui était de 48 ans en 1955, est aujourd'hui de 67 ans, avec une différence de 5 années entre les hommes et les femmes au bénéfice de ces dernières. Le quotient de mortalité infantile est passé de 136 à 52 pour 1000 naissances vivantes en trois décennies. Quant à la mortalité maternelle, elle a diminué de moitié au cours de la

(1) La situation de l'un de nous (formé aux deux pratiques), par le fait qu'elle expose à un double questionnement de la part des deux milieux professionnels, rend ce point encore plus sensible (voir à ce sujet FASSIN, 1989).

même période, atteignant actuellement 1,5 pour 1000 naissances vivantes. Mais le fait le plus remarquable par rapport à notre problématique est le caractère très accusé des inégalités devant la maladie et la mort : la différence d'espérance de vie à la naissance est de treize ans entre l'Amazonie et la Côte ; les quotients de mortalité infantile varient plus que du simple au double entre les provinces ayant des situations extrêmes. Encore ne s'agit-il que d'instruments de mesure grossiers qui ne prennent pas en compte des disparités encore plus fortes en fonction de critères spatiaux ou sociaux plus précis.

LES LOIS DE LA DEMANDE

En matière de santé publique, ce sont en général les grands organismes internationaux et institutions étatiques qui définissent les priorités d'action — et par conséquent de recherche. Ils le font non seulement en choisissant les problèmes sur lesquels il est demandé d'intervenir, mais encore en proposant la manière de les aborder. Le sociologue ou l'anthropologue est alors sollicité pour répondre à des interrogations, souvent légitimes, des responsables sanitaires, ce qu'il peut accepter de faire, soit par intérêt pour le thème, soit par nécessité d'obtenir des crédits, soit pour les deux raisons. Mais une fois entré dans le programme de recherche, il lui arrive souvent de s'écarter de la ligne qui lui avait été tracée, compte tenu des découvertes qu'il est amené à faire au contact des réalités qu'il étudie. Tel a été à peu près notre cheminement dans notre projet actuel.

Le thème de la mortalité maternelle (c'est-à-dire liée à la reproduction biologique) fait son apparition dans le discours de la santé publique internationale, à l'occasion de la conférence de Nairobi organisée en 1987 par la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population. Délaissées jusque-là par les programmes de développement sanitaire (comme on peut le lire dans les documents rédigés à la suite de cette réunion ; cf. HERZ et MEASHAM, 1987), les femmes se retrouvent soudain au centre des préoccupations de tous les responsables de santé publique. La mortalité maternelle, en tant qu'elle traduit en chiffres leur situation sanitaire, devient un indicateur d'autant plus précieux qu'il est difficile d'en obtenir des estimations fiables, et la réduction de ses taux apparaît comme un objectif prioritaire dans de nombreux projets mis en œuvre au cours des années qui suivent ; enquêtes et ateliers se multiplient pour tenter de mieux en déterminer les aspects quantitatifs et les possibles stratégies préventives. Très vite, spécialistes d'épidémiologie et de santé publique se rendent

compte des insuffisances de leurs outils, tant pour mesurer que pour réduire les taux de mortalité maternelle : les sciences sociales sont alors conviées pour discuter des obstacles culturels aux divers programmes regroupés sous l'intitulé générique « Maternité sans risque » (ROYSTON et ARMSTRONG, 1988). C'est dans ce contexte que notre projet de recherche s'est élaboré.

En fait, il ne serait pas excessif de dire que le thème de la mortalité maternelle s'est imposé à nous comme la seule façon d'aborder les inégalités des femmes face à la santé. Le poids des institutions internationales ayant choisi ce problème comme priorité de leur intervention, la quantité de moyens mis en œuvre pour l'étudier et lui trouver des solutions, l'importance de la production scientifique et administrative s'y rapportant lui conféraient une légitimité difficilement contestable : nous avons donc proposé d'étudier qualitativement les mécanismes sociaux rendant compte des taux élevés de mortalité maternelle en Équateur et des écarts observés entre les différentes régions du pays.

En avançant dans notre travail de recherche, confrontés sur le terrain aux réalités des problèmes des femmes et aux difficultés des médecins, il nous est cependant rapidement apparu que l'étude de la mortalité maternelle soulevait des questions d'ordre méthodologique, politique et idéologique, qu'il n'était guère possible d'éluder et qui conduisaient à remettre en cause le quasi-monopole de cet indicateur dans le discours officiel sur la santé des femmes.

En premier lieu, la relative rareté de l'événement (selon les statistiques nationales, il y a eu 329 décès maternels en 1988, soit entre 1 et 48 selon les provinces) rend son observation délicate et l'étude de sa différenciation quasiment impossible : c'est ainsi que dans les trois zones où nous travaillons, il faut remonter loin dans les mémoires pour retrouver des morts en rapport avec des grossesses ou des accouchements. À cela, la litanie des récits (rapportant presque toujours le cas de femmes qui, à la suite d'une complication obstétricale, sont mortes chez elles sans avoir pu se rendre dans un service hospitalier) ajoute la dimension déprimante de l'uniformité et de l'évidence : la seule solution pour réduire cette mortalité serait donc, si l'on s'en tenait à ce type d'analyse, de multiplier les maternités pour en faciliter l'accès, mesure peu adaptée et de surcroît peu réaliste, lorsque l'on sait les ressources dont dispose le ministère de la Santé publique.

En second lieu, l'examen des causes de décès des femmes fait apparaître d'autres pathologies tout aussi préoccupantes que celles d'origine obstétricale responsables de 8,6 % des morts féminines entre 15 et 49 ans en Équateur : par exemple, les cancers génitaux, la tuberculose, les accidents, qui représentent respectivement 4,9, 6,6

et 9,1 % des décès de femmes dans cette tranche d'âge; de plus ces pathologies sont en augmentation, alors que la mortalité maternelle diminue rapidement. Pourquoi dès lors ne pas s'intéresser aussi à ces maladies à forte détermination sociale, d'autant qu'elles sont accessibles à des mesures de prévention? Les statistiques justifient mal la préoccupation exclusive des responsables sanitaires pour la mortalité maternelle.

En troisième lieu, la prise en compte de ce seul problème revient implicitement à confiner les femmes dans leur rôle de mères et à réduire la féminité à la fonction de reproduction biologique. Une telle attitude renforce, probablement sans le vouloir, l'idéologie commune qui justement est à l'origine des inégalités et des discriminations dont sont victimes les femmes. Surtout, elle ne restitue pas la place qu'elles occupent réellement dans la société : en Équateur — rural comme urbain —, elles jouent un rôle décisif dans l'économie familiale et la reproduction sociale des milieux populaires, et ceci plus encore dans les périodes de difficultés économiques, comme celle que traverse actuellement le pays.

Pour ces trois ordres de raisons, on est en droit non seulement de penser que les programmes de santé publique ne doivent pas se contenter d'aborder la santé des femmes sous l'angle de la mortalité maternelle, mais aussi de s'interroger sur les raisons qui ont conduit les responsables sanitaires à mettre en avant cet indicateur et cette politique. Les représentations sociales dominantes de la famille et des fonctions que doit y occuper la femme entrent certainement pour une large part dans cette orientation : on ne peut pas oublier que, jusqu'à une période récente, les femmes n'étaient considérées dans les organigrammes des institutions sanitaires que sous la rubrique « Protection materno-infantile », où il était de fait seulement question de santé des enfants. Mais les interprétations technicistes de la mortalité maternelle, selon lesquelles la solution pour en réduire les taux consisterait à rapprocher les femmes enceintes des services médicaux, ne sont certainement pas étrangères à l'engouement constaté pour ce thème, dans la mesure où elles semblent mettre l'amélioration de la santé des femmes à la portée de mesures simples.

La critique développée ici n'a pas pour objectif de discréditer les actions visant à diminuer le nombre de femmes qui meurent en couches. Il faut en effet au moins reconnaître aux options actuelles le mérite d'avoir insisté sur la mauvaise situation sanitaire dont souffraient nombre d'entre elles dans le tiers monde. Notre propos est bien plutôt d'attirer l'attention sur les risques qu'il y aurait à s'en tenir à cette orientation, en négligeant de considérer les problèmes de santé des femmes à la fois dans leur globalité et dans leurs relations avec les conditions de vie et de travail qui sont les leurs.

C'est peut-être précisément là l'une des obsessions des sociologues et des anthropologues — mais dont les constatations empiriques viennent sans cesse rappeler le bien-fondé, et que les responsables de santé publique pourraient utilement reprendre à leur compte.

PRÉJUGÉS ET OUBLIS

L'opinion que se forgent les médecins et les décideurs au sujet des populations qu'ils soignent ou administrent, de leurs comportements et des raisons ou des logiques qui les sous-tendent, se fonde souvent sur une connaissance qui ressortit à la sociologie ou à l'anthropologie spontanées, c'est-à-dire à une sorte de bon sens. Il en résulte une série d'idées reçues dont la plupart résistent mal à l'épreuve des faits.

Ainsi, les très faibles taux de consultations prénatales et d'accouchements bénéficiant d'une assistance professionnelle sont-ils invariablement interprétés comme la conséquence d'un « obstacle essentiellement culturel » (PINO *et al.*, 1990) :

« la majeure partie de la population rurale, indienne et paysanne, ne se rend pas dans les services de santé, indépendamment des difficultés d'accès, pour des raisons culturelles qui impliquent non seulement le niveau d'instruction, mais aussi plus fondamentalement un monde symbolique de sens différent de celui du système culturel formel à partir duquel est organisé l'appareil institutionnel de soins », lit-on dans la conclusion du rapport de la plus importante enquête réalisée en Équateur sur la mortalité maternelle.

Conséquence logique, c'est essentiellement sur leurs croyances et leurs conduites traditionnelles (les auteurs disent « informelles ») que les femmes sont interrogées, et non sur leur expérience des services de soins modernes (« formels ») : il est clair que l'explication de l'acceptation médiocre du système de santé officiel est à rechercher du côté des populations. Ainsi, mentionnant que l'accouchement à domicile est préféré par les femmes à l'accouchement en maternité, les responsables de l'enquête ne s'interrogent pas sur les raisons de cette préférence : ils ne font que souligner les risques d'une telle attitude — qui est rattachée, dans une autre partie du rapport, aux « aspects culturels se référant à la pudeur ». L'analyse sociale se cantonne ainsi dans un culturalisme particulièrement efficace dès lors qu'il s'agit d'Indiens : tout devient culturel, et la déambulation des femmes pour favoriser le travail ou les décoctions aux vertus apaisantes, qu'elles absorbent peu avant l'accouchement, sont présentées comme des « conduites rituelles » plutôt que comme des pratiques pouvant avoir une efficacité autre que symbolique.

Parallèlement, la prégnance des modèles élaborés par les institutions internationales conduit les médecins et les décideurs à projeter des termes et des concepts, qui ne sont pas nécessairement pertinents dans les contextes où ils interviennent. Le développement d'études et d'actions autour des accoucheuses ou matrones traditionnelles en est une illustration. Compte tenu de l'impossibilité pour les services de santé de la plupart des pays du tiers monde d'offrir des soins obstétricaux aux habitantes des zones rurales, de nombreux programmes ont été mis en place pour identifier et former ces sages-femmes traditionnelles. L'un d'eux, réalisé en Équateur (BAQUERO *et al.*, 1983), était même basé sur une estimation de l'effectif de ces praticiennes, obtenue en divisant le total annuel des naissances en milieu rural par 24, chiffre censé représenter le nombre — arbitrairement déterminé — d'accouchements faits annuellement par chacune d'elles !

Malheureusement pour ces programmes, la réalité est souvent plus complexe et les sociétés paysannes, si elles comptent bien entendu des spécialistes de l'accouchement, n'ont pas une organisation de type professionnel superposable à celle des sociétés industrialisées : dans les campagnes équatoriennes, ce sont le plus souvent les mères, tantes ou belles-mères qui, se fondant sur leur propre expérience, aident leurs filles, nièces ou brus à accoucher ; faut-il pour autant les appeler matrones, puisque leurs compétences sont réservées généralement au cercle familial ? Ne prenant pas en compte cette situation, les responsables du programme déjà cité limitent leur investigation aux accoucheuses reconnues et généralisent leurs constatations à l'ensemble des pratiques obstétricales populaires, ne différenciant pas le savoir spécialisé du savoir commun — distinction pourtant essentielle pour la réalisation de programmes visant à réduire la mortalité maternelle.

La méconnaissance des réalités sociales, dont témoignent bon nombre de projets de santé publique dans les pays en développement, procède le plus souvent des deux mécanismes qui viennent d'être décrits : la « culturalisation » systématique des problèmes, qui conduit à en occulter les dimensions sociale, économique et politique ; la projection de modèles d'interprétation étrangers au contexte, dont ils ne livrent qu'une image appauvrie et déformée. Mais quel que soit le mécanisme en cause, cette méconnaissance traduit une absence : celle des populations, dont le point de vue n'est jamais reconnu. Lorsque l'on interroge les gens, c'est presque toujours dans le cadre de questionnaires conçus à l'avance, et dont il est bien rare qu'ils correspondent à ce qu'auraient dit les intéressés si on les avait laissé s'exprimer librement dans des entretiens ouverts.

En réalité, la méconnaissance dont il est ici question se caractérise, autant par ses préjugés que par ses oublis. Dans le cas de l'Équateur

et de l'approche de la santé des femmes par les programmes sanitaires, deux éléments semblent ainsi particulièrement occultés. En premier lieu, les déterminations socio-économiques et socio-politiques des disparités de la mortalité maternelle : à force de faire de la surmortalité des Indiennes une question culturelle, on en oublie leurs conditions de vie et de travail, les problèmes de terre et les formes de discrimination, qui sont effectivement à l'origine de ces inégalités devant la mort. En second lieu, le fonctionnement du système de soins, et notamment des maternités : l'insistance des acteurs de la santé publique à présenter les mauvaises performances des services en termes de couverture médicale comme la conséquence d'un attachement à la tradition et un rejet de la modernité permet d'éluider par avance toute critique sur les qualités techniques et humaines de la médecine officielle.

Un fait est à cet égard révélateur. En Équateur, 40 % des accouchements bénéficiant d'une assistance médicale sont réalisés par césarienne, soit environ quatre fois plus que les chiffres moyens dans le monde. Les explications qui semblent pouvoir être données à cet impressionnant excédent sont de deux ordres : médical, correspondant à une systématisation des indications habituellement proposées pour cette intervention chirurgicale (ce serait pour ne prendre aucun risque et aussi pour en terminer plus vite avec leurs patientes que les obstétriciens auraient si souvent recours à cette technique); et financier, valant surtout pour les établissements privés où les taux sont encore nettement supérieurs à la moyenne nationale (la tarification étant plus de dix fois plus élevée que pour les accouchements par voie naturelle, la multiplication de ces opérations est très lucrative, pour les médecins comme pour les cliniques).

Dans le discours des femmes, la crainte d'avoir une césarienne revient comme un leitmotiv d'autant plus douloureux que dans certains milieux populaires, notamment ruraux, celle dont on a ainsi extrait l'enfant est considérée comme n'étant plus bonne pour le travail ni pour d'autres grossesses, pouvant même être rejetée par son mari. À l'inconfort et à la peur de cette intervention chirurgicale (qui demeure une cause de mort maternelle en raison des accidents d'anesthésie), s'ajoute donc le stigmate qui dévalorise les femmes dans leurs deux fonctions les plus importantes : la production économique et la reproduction biologique. En ville, la pression sociale pour que les femmes accouchent dans des maternités leur rend impossible toute échappatoire : elles subissent donc passivement leur sort, se contentant d'espérer qu'on ne les opérera pas. Dans les campagnes en revanche, l'habitude étant d'accoucher chez soi, ce n'est qu'en ultime instance qu'elles accepteront d'aller à l'hôpital, certaines alors de subir l'intervention chirurgicale qu'elles redoutent : d'où le sentiment souvent exprimé par les médecins que les femmes viennent trop tard.

Dans ces conditions, à quoi il faut ajouter diverses formes de discrimination dont les femmes sont victimes dans les services de santé lorsqu'elles sont pauvres et plus encore Indiennes (allant du tutoiement par le personnel au refus de soins pour certaines cliniques), on ne saurait s'étonner que beaucoup d'entre elles préfèrent accoucher chez elles plutôt qu'à la maternité. Et de toute évidence moins pour des raisons culturelles qu'à cause de la manière dont fonctionnent la société équatorienne et son système de soins. Rappeler ces réalités simples et quotidiennes, n'est-ce pas aider la santé publique à déplacer ses interrogations et à trouver de vraies solutions aux inégalités de santé ?

DES REMÈDES MAL ADAPTÉS

À la compréhension partielle de la situation sanitaire correspondent en effet des politiques peu pertinentes. Certes, la marge de manœuvre des pouvoirs publics est étroite, dans le contexte de récession économique qui appauvrit le pays et ses habitants depuis le début des années quatre-vingt, après une période d'expansion euphorique d'un peu moins de dix ans. Cependant, même à l'intérieur des limites imposées par l'inévitable rigueur dans les budgets de l'État, les solutions mises en œuvre sont évidemment tributaires des analyses dont on vient de décrire les déficiences.

Ainsi, le *Plan de Salud Familiar Integral* de l'actuel ministère de la Santé publique (chaque nouveau gouvernement veut appliquer son propre programme, en rupture manifeste avec le précédent et qui, compte tenu de la réalisation des élections présidentielles tous les quatre ans, ne dispose que d'environ deux ans pour être mis en œuvre) propose-t-il, pour résoudre les difficultés des zones les plus défavorisées — péri-urbaines et rurales — d'y installer des médecins du service public, afin qu'ils y déploient une double activité, sociale et sanitaire, basée sur la connaissance qu'ils auront acquise au cours d'une enquête préliminaire.

Les raisons qui permettent de prévoir l'échec de ce plan sont triples. Tout d'abord, il tient mal compte des réalités sociologiques du milieu médical lui-même : d'une part, leurs études ne préparent pas plus les médecins à un exercice social de leur métier qu'à une approche en termes de santé publique ; d'autre part, la valorisation des carrières hospitalières et des aspects lucratifs de leur profession sont peu compatibles avec l'isolement dans lequel les place leur installation dans des zones péri-urbaines et surtout rurales. Ensuite, les maigres moyens, aussi bien techniques que thérapeutiques, mis à la disposition des médecins leur laissent peu de possibilité d'avoir une action curative

ou préventive efficace et risquent à court terme de déconsidérer leur pratique. Enfin, le programme néglige les dimensions socio-économique et socio-politique, ainsi que la critique du système de soins, faisant de la solution à ces problèmes une affaire purement médicale, à la portée des médecins.

L'échec du *Plan de Medicina Rural* est pourtant riche d'enseignements sur ces différents points. Mis en œuvre à la fin des années soixante, il avait pour but d'étendre le système de soins aux zones rurales, grâce à la construction de structures périphériques et à l'instauration d'un service national obligatoire d'un an pour les jeunes médecins. Si la première partie a pu être réalisée — essentiellement grâce à l'enrichissement de l'État par la découverte et l'exploitation de pétrole —, en revanche, la seconde partie n'est jamais devenue effective — à cause à la fois de la désaffection des praticiens fréquentant irrégulièrement ou même abandonnant des postes jugés trop isolés, et du manque de matériel et de médicaments. Ce programme, dont on prédit la disparition prochaine, fonctionne certes toujours, mais il semble en fait répondre de moins en moins bien à l'attente des populations rurales.

Or, l'analyse de cet échec fait apparaître les trois mêmes explications que celles données précédemment pour prédire les difficultés futures du nouveau programme. Dès lors, on peut se demander pourquoi les décideurs actuels de la santé publique se lancent dans ce programme, presque aussi certainement voué à l'insuccès que le précédent.

En premier lieu, il faut comprendre que la logique du pouvoir en place — et plus particulièrement dans les pays qui, comme l'Équateur, font reposer leurs principes démocratiques sur le clientélisme politique — est de livrer aux populations dans le temps d'un mandat présidentiel des réalisations qui aient la plus grande visibilité possible : d'où l'impossibilité d'un travail en profondeur, qui s'inscrirait dans la durée. De plus, le jeu des réunions internationales — au sein desquelles le ministère de la Santé publique équatorien a récemment pris la tête de commissions régionales ayant pour objectif de réduire la mortalité maternelle — le contraint à présenter un programme relativement spectaculaire : vis-à-vis des autres gouvernements tout comme à l'égard des populations, c'est donc la visibilité qui prime sur l'efficacité.

En second lieu, il existe en Équateur un excédent de personnel médical et un déséquilibre par rapport notamment aux infirmiers — quatre fois moins nombreux que les médecins —, alors que le modèle habituellement proposé pour le tiers monde est de type pyramidal, les plus qualifiés étant les plus rares : il en résulte un plan qui cherche à employer au mieux les jeunes praticiens afin d'éviter le paradoxe,

choquant pour les populations, de médecins au chômage dans un pays où la majorité des habitants ont un accès difficile aux soins.

En troisième lieu, et peut-être surtout, il y a l'image que se font les responsables sanitaires du rôle du médecin dans la prise en charge de la santé publique, et plus généralement dans la société : la description qu'en donnait en 1968 le texte du *Plan de Medicina Rural* — il y est question de « l'incontestable formation académique » et du « leadership naturel » qui doivent permettre au médecin de s'imposer dans les zones rurales (*in* VELASCO LABAD *et al.*, 1989) — est à cet égard révélatrice de l'idéologie qui fait du médecin la pierre angulaire de toute politique sanitaire.

Dans le domaine de la santé maternelle, c'est en continuité avec les autres programmes que les solutions proposées sont « la captation précoce des femmes enceintes » et la « réalisation de treize consultations prénatales » pour chaque grossesse (LOVATO *et al.*, 1983). Ces normes, toujours en vigueur, sont bien sûr en complet décalage avec les données statistiques qui montrent qu'en 1988, encore 22 % des citadines et 75 % des rurales — jusqu'à 99 % dans certaines zones isolées — accouchent sans la moindre assistance professionnelle, et dans la presque totalité des cas sans avoir bénéficié d'aucune consultation prénatale. Probablement peu souhaitable, la médicalisation de la grossesse apparaît ainsi comme de toute façon irréalisable.

Cependant, si la tendance à médicaliser la santé publique s'impose dans tous les plans de développement qui se succèdent, on voit aussi se mettre en place sur un mode mineur des projets plus originaux — encore que dans l'air du temps. Ainsi envisage-t-on de former des guérisseurs pour en faire des agents de santé de base, capables d'effectuer certains soins élémentaires dans les zones rurales. Pourtant là encore, bien que cette orientation témoigne d'un souci de prendre en compte les réalités sociales du pays, et en particulier de ne pas rejeter en bloc les pratiques traditionnelles, on peut voir que l'optique adoptée a plus pour objectif — avoué — de limiter les dégâts qui seraient provoqués par certains thérapeutes que de mettre en place un vrai système de soins périphérique : confusion des rôles par des responsables sanitaires, qui n'ont pas compris que la seule façon de faire aller les malades au dispensaire ou à l'hôpital est d'en améliorer la qualité de soins et d'accueil, et non de se livrer à des tentatives de séduction des guérisseurs.

En fait, des solutions plus réalistes pourraient partir des constatations faites précédemment. Dans cet esprit, la tâche la plus urgente concerne non pas les populations qu'il faudrait éduquer, mais les professionnels de santé — auxiliaires, infirmiers, médecins, décideurs —, auxquels il est indispensable de donner une formation adaptée aux problèmes qu'ils rencontrent, en insistant sur les questions

de gestion sanitaire et de relations humaines au sein des services de soins, et en valorisant la dimension sociale de leurs activités, donc moins technique et aussi moins immédiatement gratifiante que la dimension proprement médicale. Parallèlement s'impose une démedicalisation de la périphérie — où les médecins ne veulent pas aller de toute façon —, grâce à la constitution d'un réseau d'agents de santé ruraux qui ne soit pas une entreprise de récupération des guérisseurs, mais une manière de permettre aux groupes isolés d'accéder à des soins minimaux à travers des personnels spécialement préparés à cette tâche. Enfin le respect des gens — on serait tenté de dire des citoyens — passe par leur information tout autant que par leur éducation, que ce soit pour leur permettre de mieux connaître les recours possibles dans le système de soins ou pour les aider à faire respecter leurs droits d'usagers des services de santé et plus simplement d'être humains.

LES TERMES DE L'ÉCHANGE

Ce type de propositions que les sciences sociales peuvent adresser à la santé publique, pourquoi ne sont-elles pas entendues ? En fait, le chercheur — dont il faut bien reconnaître qu'il ne fait pas souvent l'effort de présenter les résultats de ses travaux aux responsables sanitaires — ne saurait trop s'étonner, lorsqu'il effectue pourtant cette démarche, de recevoir au mieux un accueil courtois, au pire une contradiction cinglante, mais dans presque tous les cas de ne pas être entendu : une analyse sociologique de l'environnement idéologique et politique de la santé publique lui en donne clairement l'explication.

On interprète en effet souvent les difficultés du dialogue entre les sciences sociales et la santé publique — on pourrait en dire autant pour la médecine ou le développement dans son ensemble — en termes de contenu : les premières ressortissent au domaine de la connaissance et sont volontiers considérées comme théoriques, la seconde appartient au monde de l'action et se réclame du pragmatisme. Cette opposition n'est pas inexacte, encore qu'elle mérite un examen plus attentif, mais elle manque le point essentiel qui est l'ancrage social des représentants de ces deux disciplines. C'est en effet celui-ci qui permet de comprendre pourquoi, dans beaucoup de cas, les responsables sanitaires ne peuvent pas entendre ce que leur disent les sociologues et les anthropologues.

Dans un pays comme l'Équateur, l'analyse sociologique du milieu de la santé publique est de ce point de vue éclairante. D'une part, le contexte idéologique dans lequel se développe la médecine ne laisse

guère la place à une valorisation de la dimension sociale de la maladie, et moins encore évidemment à une critique de l'appareil de soins. D'autre part, les nécessités politiques auxquelles sont confrontés les responsables sanitaires, obligés d'apporter au gouvernement un produit électoralement rentable, ne leur permettent pas, quelle que soit leur bonne volonté, d'intégrer une réflexion plus générale en vue d'une action à long terme.

Ce constat peut paraître démobilisateur, il ne veut pas l'être. Il s'agit au contraire d'éviter des malentendus qui stérilisent le dialogue entre les disciplines. À cet égard, il est important que les sociologues et les anthropologues, travaillant sur des thèmes de santé publique, analysent les logiques auxquelles sont soumis les médecins et les décideurs, afin de mieux préciser leur propre marge de manœuvre dans l'échange qu'ils peuvent avoir avec eux.

Une telle démarche n'implique pas de concessions de la part des chercheurs en sciences sociales qui ont, au contraire, l'obligation morale et politique de réaffirmer l'originalité et la nécessité de leur discours critique — doivent-ils ne pas être entendu. En revanche, elle n'exclut pas la possibilité qu'ils émettent des propositions positives — nous pensons qu'il s'agit même d'un devoir social, lorsqu'ils le peuvent.

La position que nous voulons défendre — et nous espérons l'avoir également illustrée dans ce texte, même si nous devons ajouter qu'au stade actuel de notre recherche, nous n'avons encore qu'une expérience modeste du dialogue avec les pouvoirs publics — est donc à la fois de fermeté et d'engagement. Fermeté, car elle réclame le droit des sciences sociales à la critique des pratiques de la santé publique. Engagement, car elle plaide pour une participation à l'élaboration des politiques sanitaires plus importante qu'il n'est habituel de le revendiquer dans les cercles scientifiques. Tels sont les termes que nous proposons pour un échange critique, mais constructif, entre les deux disciplines afin de leur permettre une liaison moins dangereuse.

REMERCIEMENTS

Ce travail bénéficie d'un contrat externe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et d'un financement de l'U.R. « Migrations, Travail, Mobilités sociales » du département Sud de l'Orstom. Il est mené en collaboration avec le Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Quito et avec l'Universidad Externado de Colombia à Bogotá.

BIBLIOGRAPHIE

- BAQUERO (H.), SOSA (R.), BAQUERO (R.) et PINTO (E.), 1983. — Équateur. Programme de formation des AT : supervision, évaluation et suivi, in A. MANGAY-MAGLACAS et H. PIZURKI (éd.) *Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays*, Genève, OMS : 9-38.
- DELAUNAY (D.), LEON (J. B.) et PORTAIS (M.), 1990. — *Transición demográfica en el Ecuador*, Quito, IPGH-Orstom-IGM : 269 p.
- FASSIN (D.), 1989. — À chacun son métier, *Bulletin de l'association française des anthropologues*, n° spécial « La recherche sous conditions », 36 : 103-110.
- HERZ (B.) et MEASHAM (A. R.), 1987. — *Programme pour la maternité sans danger*, Washington D.C., Banque mondiale, Document de travail 9F, 67 p.
- LOVATO (P.), LUNA (P.) et TORRES (W.), 1983. — *Manual de normas para la atención materno-infantil*, Quito, Ministerio de Salud Pública : 146 p.
- PINO (A.), REASCOS (N.), VILLOTA (I.), LANDAZURI (X.) et YEPEZ (R.), 1990. — *Tendencias de los servicios de salud en América Latina*, Quito, 4-6 avril, Communication au séminaire « Maternité sans risque », non paginé.
- ROYSTON (E.) et ARMSTRONG (S.), 1988. — *Preventing maternal deaths*, Genève, OMS, 233 p.
- VELASCO ABAD (M.), TORRE (P. de la) et LEON (N.), 1989. — *Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887-1983*, Quito, Informe final, ronéot. : 307 p.

Du risque au développement

Anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle :
à propos d'une enquête

Marc-Eric GRUÉNAIS*, Francis DELPEUCH**

Quel peut être l'apport d'une démarche anthropologique à une démarche épidémiologique; ou, plus exactement, avec quel « état d'esprit » anthropologique (1) aborder une étude épidémiologique? Une étude sur Brazzaville, qui associait notamment épidémiologistes de la dénutrition et anthropologue, permet de poser la question de la pertinence de l'application d'une démarche anthropologique à l'épidémiologie.

LE CONTEXTE DE LA COLLABORATION

La malnutrition peut apparaître comme un phénomène particulièrement complexe, étant donné l'intrication des niveaux explicatifs plausibles à prendre en compte. En effet, une hiérarchie des causes (en causes premières, secondes, etc.) est sans doute plus difficile à établir pour la malnutrition que pour d'autres pathologies. Potentiellement, tout ce qui peut jouer sur les quantités et l'équilibre en nutriments consommés peut contribuer à la malnutrition. Parmi les causes généralement attribuées à la malnutrition, certaines sont liées à des pathologies particulières qui interviennent comme facteur aggravant, mais ces pathologies ne définissent pas en elles-mêmes la malnutrition; le schéma de l'agent pathogène unique dont l'action

* *Anthropologue Orstom, 213, rue La-Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

** *Nutritionniste Orstom, 911, av. Agropolis, BP 5045, 34032 Montpellier cedex 1.*

(1) Au même titre que l'épidémiologie serait un « état d'esprit », selon W. DAB (1987).

serait aggravée par certains comportements semble peu valide. C'est, à l'évidence, ce que souligne PAYNE (1985 : 2) lorsqu'il écrit :

« ... *malnutrition, previously regarded as something rather akin to a communicable disease, caused by single physical factors in the environment and striking people more or less randomly over space and time, is now accepted as having multiple causes, many of which are closely linked to the conditions of inequality resources, of poverty, and of social discrimination* ».

La malnutrition est aujourd'hui bien plutôt envisagée comme un état produit par l'accumulation d'un ensemble de facteurs : apport déséquilibré en nutriments, déficience de la couverture vaccinale, environnement insalubre, pratiques de sevrage trop brusques, absence de scolarisation, faible niveau socio-économique des familles, etc. Faire la part entre le domaine strictement biomédical et celui de l'environnement physique, social, voire même politique, s'avère particulièrement difficile pour les professionnels de la santé ; bien plus, il s'agit là peut-être d'une des rares pathologies pour laquelle des causes générales ou sous-jacentes (« *underlying* ») d'ordre socio-économique sont *a priori* mises en avant puisque, en première analyse, chacun s'accorde pour lier la malnutrition à la pauvreté. Dès lors, les solutions seraient également du même ordre (2) et la malnutrition, ou du moins l'état nutritionnel des populations, apparaît comme un indicateur global du développement :

« *If we can measure nutritional status therefore we have a unique index of performance of the whole system of production, utilization, and exchange* » (PAYNE, 1985 : 3).

Les prémisses et conclusions qui bornent les discours sur la malnutrition justifient alors pleinement l'apport des sciences sociales à l'étude du phénomène.

Cependant, étant donné la multiplicité des approches possibles, se demander en général comment l'anthropologie peut aborder la malnutrition a peu de sens. Par exemple, on peut envisager une recherche sur les représentations et pratiques thérapeutiques, associées aux manifestations physiologiques de la malnutrition, qui permettrait aux professionnels de la santé de savoir dans quelle mesure les populations identifient la malnutrition comme une pathologie à part

- (2) Citons, par exemple, A. MITRA (1985 : 162) : « *Also necessary are social changes aimed at raising the age of marriage and providing increased opportunities for employment and education for women, and social security measures which will guarantee minimum living wages for families. These social changes will, in the long run, produce a greater impact on nutrition and wider acceptance of family planning than ad hoc crash feeding programmes and family planning campaigns* ».

entière, et de trouver ainsi les messages culturellement les plus appropriés pour mener une action de santé (3). Dans le cadre d'un projet de santé publique préoccupé d'éducation nutritionnelle, le travail de l'anthropologue pourrait porter sur les pratiques de maternage, et en particulier de sevrage. On peut également envisager un travail sur les habitudes alimentaires et leur rapport avec certaines pathologies (4). La question est donc moins de savoir, en général, comment un anthropologue peut aborder le phénomène que celui du type d'objet à retenir en fonction des objectifs fixés.

Dans l'enquête sur Brazzaville, dont il sera surtout question ici, les objectifs étaient tout autre. La collaboration s'effectuait dans le cadre d'une étude d'épidémiologie nutritionnelle en milieu urbain, l'élément central en était une enquête anthropométrique auprès de 2500 enfants âgés de 0 à 72 mois, les mises en relation de l'âge, du poids et de la taille permettant d'évaluer l'état nutritionnel des enfants (5). Outre le poids et la taille des enfants, mais aussi de leur mère, les informations recueillies concernaient des données sanitaires (couverture vaccinale et morbidité des enfants), et des données socio-économiques sur les mères et les ménages (6). À l'évidence, une partie des informations recueillies relevait des sciences sociales, mais on voit mal *a priori* quel peut être ici l'apport de l'anthropologie sociale. Étant donné la vocation statistique de l'étude, un démographe, pour le traitement des données concernant le ménage, un économiste, pour la réalisation d'une enquête budget-consommation, qui permettrait d'évaluer avec précision le niveau socio-économique des ménages et les dépenses de santé, voire un sociologue, pour enquêter, par exemple, sur la pauvreté des ménages, en déconstruisant en items discrets cette notion à la manière de la sociologie quantitative américaine (7), apparaissent plus compétents qu'un anthropologue. Ils pouvaient sembler d'autant plus qualifiés que des chercheurs de ces disciplines se seraient peut-être davantage satisfaits des contraintes initiales de l'étude : d'une part, un travail statistique pour lequel la notion de « risque » était centrale, et d'autre part, une enquête en milieu urbain dont le point de départ, était une étude d'épidémiologie nutritionnelle, supposant un terrain culturellement hétérogène.

(3) Par exemple, la collaboration de D. Bonnet avec des paludologues participait de cet objectif (cf. BONNET, 1990).

(4) Cf. par exemple, A. HUBERT (1990).

(5) Pour une présentation de l'enquête, cf. SIMONDON F. *et al.*, 1986.

(6) Les résultats d'un premier dépouillement de l'enquête socio-démographique concernant l'échantillon retenu figure dans GRUÉNAIS *et al.*, (1989).

(7) Cf. par exemple la méthodologie proposée par P. LAZARSFELD (1970).

La figure de l'ethnologue attaché à son ethnie semble mal s'accorder de cette dernière contrainte, due à la fois aux conditions de réalisation de l'enquête épidémiologique et à un choix. En effet, l'enquête épidémiologique doit être réalisée auprès d'un échantillon qui, pour être représentatif, est constitué par tirage aléatoire à partir d'une base de sondage.

Par ailleurs, pour les études nutritionnelles visant à décrire la situation des jeunes enfants, il est nécessaire de disposer d'un effectif suffisant d'enfants par groupe d'âge annuel ou semestriel pour obtenir des chiffres de prévalence satisfaisants. Un travail sur un groupe culturel particulier aurait été théoriquement possible, mais le temps de préparation de l'enquête pour localiser dans la ville des ressortissants d'une même culture et réunissant les conditions d'échantillonnage aurait été considérable. De plus, et c'est là la principale raison, l'objet de l'étude était la malnutrition dans des situations urbaines diversifiées. Dès lors, toute tentation culturaliste était écartée, tant pour l'ethnologue que pour l'épidémiologiste (8).

ÉVITER LA TENTATION CULTURALISTE

L'ethnologie, dans ses rapports avec les disciplines biomédicales, est souvent cantonnée dans ses aspects les plus culturalistes. Cela transparaît dans le discours de certains représentants de disciplines biomédicales, lorsqu'ils évoquent les résistances culturelles au développement sanitaire qu'il conviendrait de mieux connaître, avec l'aide de l'ethnologie ou plus généralement des sciences sociales, pour mieux les combattre. Citons, à titre d'exemple un peu caricatural, des propos tenus lors d'un congrès scientifique international sur la malnutrition :

« Les actions pour transformer les obstacles socio-culturels en éléments favorables à l'amélioration de la nutrition devraient être essentiellement nationales. Elles relèvent d'abord de l'éducation et de l'information des masses populaires, parce que exigeant leur participation agissante. Leur adhésion totale aux idées de changement est indispensable pour la réussite de la lutte contre la malnutrition (...) Il manque sur le terrain des vulgarisateurs, *spécialistes en sciences sociales et humaines*, imprégnés du bien-fondé de la nutrition, qui seraient la courroie de transmission des résultats de la recherche aux populations » (souligné par nous, BASSE, 1986 : 639-640).

(8) Ceci ne signifie nullement que le travail en milieu urbain culturellement homogène succombe nécessairement à la tentation culturaliste, comme le montrent les travaux de Cl. RAYNAUT (1989) sur Maradi.

Le travail de l'ethnologue ne saurait se réduire à celui d'un spécialiste de la communication culturelle ou d'un « scout » (9). D'une part, d'un point de vue pragmatique, bien d'autres, à commencer par les ressortissants des populations concernées, seraient certainement plus compétents que l'ethnologue pour assurer cette fonction. D'autre part, isoler un « facteur » culturel — qu'il s'agisse du « bien-fondé de la nutrition » ou d'une pratique particulière de sevrage par exemple — qui serait en tant que tel la cause de la « résistance au changement », sans prendre en compte le système des pratiques sociales dans lequel il s'inscrit, va à l'encontre de la démarche holiste qui caractérise l'anthropologie sociale.

À cet égard, il convient ici de rappeler, avec COMAROFF (1978), que les anthropologues se distinguent des autres spécialistes des sciences sociales non par le « lieu » du recueil des données (« *the locus of their data* »), mais par l'objet de leur analyse (« *analytical focus* »). Dès lors, nous reprenons à notre compte cette remarque de M. ABÉLÈS (1986 : 192) :

« (une) acception de l'anthropologie qui la bornerait à la simple circonscription, pour des besoins de méthode, d'un univers rigoureusement clos et incarné dans une réalité empirique homogène, me semble contredire le projet essentiel de cette discipline qui vise à *saisir des systèmes de relations sociales* » (souligné par nous).

Cependant, à apparaître davantage comme les spécialistes des systèmes de représentations de telle ou telle culture, du moins en France, que comme les spécialistes des organisations sociales, on peut se demander si les ethnologues eux-mêmes ne sont pas en partie responsables de la conception que certains ont de leur travail. Un accord peu explicite peut dès lors s'établir autour du plus petit dénominateur commun des préoccupations des uns et des autres (*la représentation culturelle de telle ou telle pathologie*) et le *malentendu culturaliste* s'installer. Faut-il alors s'étonner de réactions, telle celle d'un nutritionniste répondant à un questionnaire portant entre autres sur l'apport possible des sciences sociales aux études nutritionnelles et déclarant :

« (les sciences sociales) doivent aussi définir de *manière moins anecdotique* qu'elles ne le font habituellement, l'importance des facteurs sociaux et des traditions qui peuvent limiter la réussite de programmes d'intervention » (souligné par nous, WHITEHEAD cité par LEMONNIER, 1986 : 586).

(9) Selon WILSON (1978 : 74), « *Nutritional anthropologists can act as scouts* », par exemple pour savoir si l'absence de scorbut chez les Masai ne proviendrait pas d'une consommation insoupçonnée de plantes collectées dans la brousse et comportant les éléments nécessaires pour lutter contre cette pathologie.

Le travail en milieu urbain culturellement hétérogène, autour ou à partir d'une enquête d'épidémiologie nutritionnelle, ayant défini *a priori* une population en fonction de ses propres contraintes statistiques, obligeait donc l'ethnologue à s'attacher aux systèmes de relations sociales davantage qu'aux représentations culturelles. Plus précisément, l'approche anthropologique abordait l'enquête dans « l'état d'esprit » suivant : circonscrire des éléments d'une dynamique sociale, identifiables au sein de groupes résidentiels qualifiés de « ménages », qui pourraient être mis en relation avec des malnutritions, celles-ci étant considérées comme produites, ou du moins favorisées, par des situations familiales (10) particulières. Le travail de l'anthropologue a alors commencé par des études de cas (11) sur les dynamiques à l'œuvre dans des familles où l'on trouvait des malnutris graves. Ces études de cas ont permis de constater l'existence d'une relation possible entre malnutritions graves, ayant donné lieu à une hospitalisation, et l'absence de statut matrimonial affirmé de la mère; le niveau socio-économique global du ménage n'était pas toujours un élément explicatif pertinent, puisque l'on trouvait des enfants gravement malnutris dans des familles au niveau de vie élevé (GRUÉNAIS, 1985) (12).

À partir de ce constat, d'autres hypothèses ont pu être élaborées, notamment à propos de ce que peut recouvrir la notion de « niveau socio-économique d'un ménage ». L'hypothèse initiale était qu'il pouvait exister des individus pauvres dans des ménages dont le niveau socio-économique global, mesuré à partir d'indicateurs classiques, pouvait apparaître satisfaisant. La pauvreté de certains, et en particulier des mères, serait due à une répartition inégalitaire de la richesse parmi les membres du ménage, résultant d'un déséquilibre du budget familial à la suite d'une dépense importante (notamment pour l'acquisition d'un terrain) et/ou d'une situation de conflit. En d'autres termes, un dépendant (père ou mère d'enfant), dans certaines circonstances, ne bénéficierait plus des solidarités familiales et ne serait plus alors en mesure de faire face aux besoins, notamment sanitaire et alimentaire, de l'enfant, ce qui pourrait favoriser la

(10) Nous employons le terme « situation » dans l'acception que lui donne G. BALANDIER (1955). Une première tentative d'identification de situations familiales types à été entreprise par M. E. GRUÉNAIS (1989).

(11) Au sujet de la manière dont ont pu être menées les études de cas, on pourra se reporter à M. E. GRUÉNAIS (1990).

(12) De manière plus générale, la relation entre l'état de santé des enfants et la stabilité de la famille et/ou du mariage avait déjà été mise en évidence par ailleurs (CORNIA, 1984 : 44).

dégradation de son état nutritionnel, et cela indépendamment du niveau socio-économique global du ménage.

Comment alors intégrer une telle approche dans une enquête épidémiologique ? Prétendre confirmer ou infirmer ce type d'hypothèse dynamique dans le cadre d'une enquête statistique transversale est peut-être impossible. Cependant, dans la mesure où l'un des objectifs principaux de l'épidémiologie est de définir des populations à risque, on pouvait recueillir des informations permettant d'identifier ce que nous serions tentés d'appeler des configurations familiales à risque, en se fondant sur l'analyse des études de cas.

Ainsi, le questionnaire socio-démographique qui devait concerner l'ensemble de l'échantillon prenait en compte, outre les informations propres aux recensements démographiques et aux enquêtes nutritionnelles habituelles (ancienneté de l'installation, indicateurs du niveau socio-économique, composition du ménage, activités des membres du ménage, etc.), les relations généalogiques exactes réalisées dans le ménage, des informations sur l'existence ou non de plusieurs groupes de consommation, sur le statut matrimonial de la mère de l'enfant. Il s'agissait ainsi, d'une part, d'obtenir des informations globales sur les ménages (richesse, structures familiales), et d'autre part, sur les « lieux » de rupture possible des solidarités familiales (multiplicité des groupes de consommation, éloignement généalogique, statut matrimonial). Une approche anthropologique « délocalisée », s'attachant aux systèmes et dynamiques sociales davantage qu'aux facteurs culturels dans un groupe particulier, a ainsi été privilégiée.

QUELQUES RÉSULTATS ÉCLAIRANTS

Il ne saurait être question ici de donner l'ensemble des résultats de l'enquête, d'autant moins que son traitement n'est pas achevé. Cependant, nous pouvons déjà proposer quelques éléments de réflexion sur l'intérêt ou, au contraire, l'inutilité de l'approche sociologique adoptée pour des enquêtes d'épidémiologie nutritionnelle. À un premier niveau d'analyse, prenant en compte les informations les plus souvent utilisées dans ce type d'enquête, tout concorde avec ce que l'on savait déjà. Il existe une relation (13)

- (13) Dans la suite du texte, nous employons les termes « relation » ou « association » pour « association statistiquement significative ». Nous n'évoquerons que les retards de taille, souvent présentés dans la littérature comme des malnutritions chroniques, et qui représentent 4/5 des malnutritions dans le monde. À Brazzaville, l'enquête a révélé une faible prévalence d'émaciations (déficit de poids par rapport à la taille), soit 2,9 %. Les retards de taille, définis pour une taille en fonction de l'âge inférieure à 2 écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence, sont en revanche beaucoup plus fréquents : 13,8 % contre 2,3 % pour la référence.

entre le niveau socio-économique de la mère, d'une part, et le retard de croissance de l'enfant, d'autre part : les mères non scolarisées et sans emploi ont des enfants accusant un retard de croissance plus important que les mères ayant un niveau d'éducation élevé et travaillant (SIMONDON *et al.*, 1989). En revanche, aucun lien n'est apparu entre la situation matrimoniale de la mère et la malnutrition. De toute évidence, en première analyse, l'hypothèse initiale issue de l'étude de cas est infirmée, le lien connu entre niveau socio-économique et malnutrition, vérifié.

Cependant, à ce premier niveau d'exploitation, une première « anomalie » apparaît. Les enfants ayant les meilleurs résultats anthropométriques appartiennent à des ménages dont le chef se déclare « élève » (SIMONDON *et al.*, 1989). Il s'agit généralement de jeunes adultes, n'ayant pas achevé leur scolarité, vivant avec une compagne dont ils ont eu un ou plusieurs enfants; ils sont chefs de ménage, parce qu'ils résident dans une habitation séparée mais située sur la parcelle familiale, ou encore parce qu'ils disposent d'une habitation autonome (louée, héritée ou mise à disposition par des parents). Il s'agit donc de ménages dont la responsabilité incombe à des individus sans emploi, ce qui peut venir relativiser la relation établie entre niveau socio-économique et malnutrition, pour autant que le premier est estimé à partir de l'exercice (déclaré) d'une occupation.

Une analyse plus précise, prenant en compte l'ensemble des données sur le ménage et la mère rapportées à l'état nutritionnel des enfants de plus de 24 mois (14), n'infirmes pas fondamentalement la relation établie initialement entre niveau socio-économique de la mère et état nutritionnel de l'enfant. En revanche, la mise en relation du niveau socio-économique du ménage et de l'état nutritionnel de l'enfant se complexifie.

On trouve, de manière statistiquement significative, une plus grande proportion d'enfants retardés en taille lorsque :

- le chef de ménage habite dans la parcelle depuis moins d'un an;
- le chef de ménage a suivi des études primaires;
- le chef de ménage est classé dans la catégorie « ouvrier »;
- le chef de ménage travaille dans l'« informel »;
- le ménage ne dispose ni d'eau courante, ni d'électricité et habite dans une petite maison;

(14) À Brazzaville, la quasi-totalité des retards de taille se constitue au cours des deux premières années de la vie. Limiter l'analyse aux plus de 24 mois évite de considérer comme « non retardés en taille » des enfants qui le deviendront par la suite (« faux négatifs » du fait de leur âge au moment de l'enquête).

- le ménage ne possède aucun bien ménager;
- le ménage possède au moins un véhicule à deux roues.

Ces catégories ne recouvrent sans doute pas toujours les mêmes ménages. Elles définissent cependant des populations peu avantagées et probablement particulièrement instables : celles des petits artisans (maçons, menuisiers, etc.) travaillant dans l'informel, récemment installés et disposant d'un logement très peu équipé. Il est cependant remarquable qu'elles ne se rapportent pas à la population la plus démunie qui se caractériserait notamment par l'absence d'activité, l'analphabétisme du chef de ménage et le dénuement complet (dans la mesure où posséder un véhicule à deux roues peut être considéré comme un indicateur, certes très relatif, de « richesse »).

Aucune différence significative n'est observée en fonction de la composition familiale : la grande famille (non réduite à la famille nucléaire), l'éloignement généalogique de la mère et de l'enfant par rapport au chef de ménage ne semblent pas constituer des handicaps. Aussi, au premier abord, les observations sur les dynamiques familiales, réalisées pour les malnutritions graves hospitalisées, ne semblent pas confirmées pour les retards de croissance dans la population générale.

D'autres associations apparaissent lorsque l'on prend en compte, parmi l'ensemble des enfants retardés en taille, uniquement ceux qui accusent les retards les plus sévères (15) :

- le poids de l'enfant à la naissance n'est plus significatif;
- le statut matrimonial de la mère le devient : on trouve la plus grande proportion d'enfants retardés en taille lorsque la mère déclare vivre en « union libre » avec son conjoint;
- l'activité de la mère n'est plus significative;
- la durée d'installation du chef de ménage dans la parcelle, son niveau scolaire, son métier et son secteur d'activité, ne sont plus significatifs;
- la taille de la famille devient significative;
- la note globale attribuée à l'habitat (équipement en eau et électricité, nombre de pièces, qualité de l'habitat) reste significative, mais on observe une inversion quant à la classe dans laquelle on trouve la plus grande proportion de malnutris : les ménages disposant d'un abonnement (soit à l'eau courante, soit à l'électricité) et d'une grande maison comptent davantage d'enfants ayant un retard de taille

(15) Par retards de taille sévères, on entend des tailles en fonction de l'âge inférieures à 3 écarts types en dessous de la moyenne de la population de référence; à Brazzaville, ils touchent 3,6 % des enfants de plus de deux ans contre seulement 0,14 % pour la référence.

sévère que les ménages disposant d'un abonnement et d'une petite maison ;

— la possession de biens ménagers et de véhicules n'est plus significative.

Pour cette population, des facteurs de risque habituels, tels qu'un facteur d'ordre physiologique comme le poids de l'enfant à la naissance, ou encore les facteurs ayant trait au niveau socio-économique global des ménages, cessent d'être significatifs alors que les données relatives à la famille et au statut matrimonial de la mère le deviennent.

L'absence de lien statistique entre niveau socio-économique et retard de croissance sévère révèle peut-être que le choix des indicateurs n'était pas judicieux. Cependant, la difficulté d'établir de manière claire une relation entre état de santé et niveau économique appréhendé à partir d'indicateurs « classiques » (activité du chef de ménage, équipement de l'habitat, etc.) n'est spécifique ni à Brazzaville, ni même aux pays du tiers monde (16). Citons à cet égard les conclusions auxquelles parvient Cl. RAYNAUT (1989 : 74), au sujet d'une enquête sur l'état nutritionnel des enfants à Maradi (Niger) :

« Le résultat le plus frappant et le plus paradoxal de l'enquête (...) réside dans l'impossibilité de démontrer l'existence d'une relation entre le niveau économique d'un ménage et l'état nutritionnel de ses enfants ».

Il émet l'hypothèse que :

« la circulation des biens — en particulier de la nourriture — entre ménages appartenant à des strates économiques différentes vient, pour une part non négligeable, niveler l'écart de niveau de vie qui les sépare ».

- (16) Une étude sur l'état nutritionnel des enfants réalisée au Bangladesh a révélé que « le revenu n'est pas le seul déterminant de l'état nutritionnel des enfants », mais qu'il convenait également de considérer l'instruction de la mère, le sexe de l'enfant et l'ordre des naissances (CORNIA, 1984, souligné par l'auteur). Une enquête sur la mortalité réalisée à Paris a révélé une différence sensible entre personnes à revenu égal selon l'arrondissement de domicile : « quelqu'un qui gagnait peu dans le 16^e arrondissement avait une mortalité plus faible que quelqu'un qui gagnait beaucoup dans le 20^e : il y avait là une question d'instruction qui était très importante » (*Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé*, 1986 : 50). Le niveau scolaire n'est cependant pas seul en cause. Une étude menée en Inde montre que « la structure de la famille et la présence (ou l'absence) d'un milieu social protecteur jouent un rôle important dans la survie des enfants » (CORNIA, 1984). Le même auteur évoque une analyse des données de l'Enquête mondiale sur la fécondité, qui montre l'influence de la stabilité des unions sur la mortalité juvénile-infantile.

soulignant ainsi l'influence des réseaux de solidarité (liés au monde Hawsa et à l'Islam) sur les capacités d'une mère à prendre en charge son enfant. Alors, si à Brazzaville être « sans emploi », par exemple, ne constitue pas un facteur de risque, n'est-ce pas parce que cette catégorie correspond aux individus qui bénéficient très largement des solidarités familiales (POATY, 1988) ?

Ces hypothèses ne remettent pas en cause le lien entre niveau économique et état nutritionnel. Fondées sur des études de cas, elles permettent cependant de mettre en évidence l'importance des dynamiques sociales pour la mesure du niveau de vie des individus ou des ménages. En d'autres termes, considérer les individus comme des agents économiques « simples » qui travaillent et consomment plus ou moins (ce qui conduit à ne retenir que les indicateurs « classiques ») ne suffit pas ; le niveau de vie des individus, et partant leur capacité de prise en charge des enfants, sont largement dépendants des réseaux de solidarité (familiale ou autres), dont l'absence ou la désagrégation peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé. L'enjeu est alors pour l'anthropologue de trouver des indicateurs des dynamiques sociales qui pourraient apparaître comme des facteurs de risque dans des études épidémiologiques.

L'APPROCHE « RISQUE » EN ÉPIDÉMIOLOGIE NUTRITIONNELLE

Pour l'épidémiologiste, mesurer un risque consiste à :

« estimer la probabilité de survenue d'un événement donné et l'exprimer comme une fonction d'un certain nombre de variables (...) Nous appelons risque cette probabilité et facteur de risque tout critère dont elle dépend » (LELLOUCH, 1976).

Identifier des facteurs de risque signifie donc identifier des facteurs statistiquement liés à la survenue d'une pathologie. La nécessité d'une approche analytique, fondée sur un recueil d'informations individuelles et autorisant une inférence statistique, ne s'est développée que depuis une dizaine d'années. L'application de la notion de risque à la nutrition du jeune enfant, proposée par l'Union internationale des sciences nutritionnelles (IUNS, 1977), procède d'un élargissement de la notion de dépistage : l'identification des facteurs de risque à un stade précoce permet de classer les enfants et a pour objectif la prévention de la malnutrition. Cette approche a entraîné l'émergence progressive des méthodes et des indices épidémiologiques pour les malnutritions en général : hiérarchisation des facteurs de risque, signification statistique dans la communauté par l'évaluation des

risques relatifs et des risques attribuables (17). Un progrès majeur a ainsi été réalisé en permettant une analyse et une interprétation dirigée vers l'action (JELLIFFE et JELLIFFE, 1989). La démarche adoptée pour l'identification des facteurs de risque à Brazzaville s'inspire de cette approche, dont le principe est la sélection de facteurs biologiques, environnementaux, sociaux, économiques et culturels, associés à une probabilité augmentée de survenue de la malnutrition (WHO, 1978).

Les facteurs de risque peuvent être causaux ou non : ils s'appliquent à des individus, des familles ou des groupes de populations et doivent répondre aux critères suivants :

- pouvoir être obtenus facilement ;
- être fréquemment rencontrés dans la population ;
- être aussi objectifs que possible ;
- être facilement interprétables ;
- avoir des qualités prédictives.

Ces critères à visée essentiellement pragmatique, élaborés en fonction de et pour des variables qui ressortissent au paradigme de la biomédecine, ne sont pas nécessairement d'une application aussi évidente que leur énonciation semble le suggérer pour les variables socio-économiques.

Les trois premiers (facilité d'obtention de l'information, fréquence du phénomène, objectivité de l'information) peuvent être transposés aisément au domaine social et économique. À moins d'une totale méconnaissance du terrain, qui amènerait à choisir des variables inexistantes dans le contexte étudié (par exemple, retenir l'équipement en eau courante et en électricité en zone rurale africaine), la question de la fréquence ne se pose guère. Par ailleurs, une information peut être obtenue facilement pour autant, bien évidemment, qu'elle ne renvoie pas à des domaines non immédiatement accessibles à un enquêteur étranger (savoirs secrets, ou plus simplement sujets dont la bienséance locale n'autorise pas à parler), ou encore pour autant qu'elle ne risque pas d'indisposer l'informateur (par exemple, demander à une femme mariée devant sa famille quel a été le nombre de ses partenaires sexuels durant l'année écoulée). Quant à l'objectivité, toujours dans l'optique pragmatique, elle peut être atteinte si l'information est obtenue à partir de questions factuelles et non d'opinion.

En revanche, presque par définition, les variables socio-économiques sont difficilement interprétables. On l'a vu pour la mesure du niveau de vie : être « élève » ou « sans emploi » ne signifie pas nécessairement

(17) Par risque relatif, on entend le rapport du risque en présence d'un facteur sur le risque en l'absence de ce facteur ; par « risque attribuable », la proportion de cas due au facteur.

être sans ressources. Enfin, et fort heureusement serions-nous tentés de dire, les variables socio-économiques prises individuellement, du moins pour le contexte dont il est question ici, ne peuvent avoir qu'une valeur prédictive limitée. Si, après observation d'un certain nombre de symptômes, on peut plus ou moins aisément prédire que la pathologie associée à ces symptômes surviendra, être sans revenus aujourd'hui n'amènera pas nécessairement à être sans revenus demain. Plus sérieusement, la présence ou l'absence d'un événement ne sera socialement significatif, et peut-être n'aura par là une valeur prédictive, que dans la mesure où il sera rapporté à un ensemble d'événements qui, en tant qu'ensemble, permet de caractériser une *situation* sociale. Par exemple, parmi des enfants brazzavillois « malnutris », issus de famille dont le chef de ménage déclare travailler dans l'informel, il est probable que les enfants de jeunes émigrés zairois, « chassés » de leur pays par la pauvreté, travaillant au transport de biens alimentaires entre le port et le marché, sans parents à Brazzaville, auront un pronostic beaucoup plus défavorable que les enfants d'un jeune congolais, travaillant dans un atelier de mécanique et dont un ou plusieurs parents sont salariés et petits patrons.

Dès lors, les observations faites par l'anthropologue, notamment à partir d'études de cas, permettent non seulement de donner un contenu (une interprétation) aux variables socio-économiques habituellement prises en compte par les études épidémiologiques, mais surtout de sélectionner certains événements sociaux particulièrement significatifs, dans la mesure où ils peuvent apparaître comme les « marqueurs » des points de rupture possible des solidarités sociales. Ainsi, dans un langage épidémiologique, ces observations peuvent être traduites en variables objectives interprétables, qui peuvent être testées lors d'enquêtes épidémiologiques sur des échantillons représentatifs de populations.

Pour en revenir aux malnutritions, l'apport de l'approche anthropologique ne se limite pas à l'identification de « nouveaux » facteurs de risque. À Brazzaville, on retrouve comme facteurs de risque des retards de taille les plus marqués certains des facteurs sociaux et familiaux mis en relation avec la malnutrition aiguë grave. En revanche, on ne les retrouve pas comme facteurs de risque des retards de taille plus modérés. En d'autres termes, ce ne serait que pour les cas les plus graves d'émaciation et de retard de croissance en taille que le niveau économique cesserait d'être un facteur de risque, le risque relevant alors davantage de la taille de la famille et du statut matrimonial de la mère notamment. On peut voir là une contribution à l'une des questions clés actuelles pour la prévention des malnutritions, à savoir la question de l'origine commune ou non de l'émaciation et du retard de croissance en taille.

DES RISQUES À L'ACTION : LA TENTATION CAUSALE

L'épidémiologie n'est pas seulement une discipline de recherche, mais aussi et peut-être surtout une discipline tournée vers l'action. Dans cette mesure, il convient de sélectionner les facteurs et les combinaisons de facteurs pour proposer une prédiction efficace et isoler des groupes de sujets à risque. Ces facteurs peuvent être utilisés dans un système de surveillance de groupes de population à différentes échelles (régions, districts), et permettent d'identifier des familles ou des individus à forte probabilité de malnutrition, et donc justifiables d'une intervention ou d'un suivi particulier. L'épidémiologie dans l'approche risque se caractérise ainsi comme une recherche analytique pragmatique, au sens introduit par D. SCHWARTZ de recherche prédictive, par contraste avec les recherches analytiques explicatives visant à établir des relations causales (RUMEAU-ROUQUETTE *et al.*, 1985 : 9-10).

Les facteurs de risque ne sont pas nécessairement causaux. L'épidémiologiste dispose cependant d'un certain nombre de critères lui permettant de juger de la plus ou moins grande vraisemblance d'une causalité ; parmi les principaux critères, on trouve (BINKIN, 1989) :

- la cohérence de la liaison : l'association doit être retrouvée dans d'autres types d'enquêtes et chez d'autres populations ;
- la force de l'association : elle est mesurée par l'importance du risque relatif ;
- la relation temporelle : l'exposition au facteur de risque doit précéder la survenue de la malnutrition ;
- la plausibilité biologique : l'association doit être explicable et acceptable biologiquement ;
- la gradation : la relation doit être de type dose-effet ; en d'autres termes, la fréquence de la maladie augmente-t-elle avec l'augmentation de l'exposition au facteur de risque ?

Ce n'est qu'à ces conditions que l'on peut émettre l'hypothèse d'une relation causale vraisemblable. Il n'y a donc pas lieu d'établir de lien causal sur la seule base de la mise en évidence d'une association statistiquement significative. Dans cette mesure, il ne saurait être scientifiquement acceptable d'avancer, par exemple, qu'un faible niveau socio-économique ou que l'instabilité de l'union entre les parents sont des causes de la malnutrition, parce qu'ils sont liés à une fréquence plus élevée de cas de malnutrition. Il serait encore moins légitime d'évoquer des *raisons socio-culturelles*, à défaut de mise en évidence de liaisons avec des variables habituellement prises en compte (poids de l'enfant à la naissance, activité de la mère et du chef de ménage, etc.). Les variables sociales sélectionnées, telles que celles identifiées à partir de la démarche anthropologique évoquée ici, constituent des indicateurs de risque bien plus que de véritables

facteurs causaux. Pourtant, certains n'hésitent pas à avancer, par exemple, que l'analphabétisme est une des causes de la malnutrition lorsqu'un lien est établi avec le niveau scolaire de la mère (cf. précédemment).

Ces interprétations causales abusives témoignent sans doute d'une attitude, selon laquelle le domaine du « socio-culturel » participerait de l'expérience sensible de tout un chacun et serait (presque) immédiatement accessible (18), par opposition aux domaines des sciences exactes dont l'accès requiert l'utilisation d'outils rigoureux mis en œuvre par des spécialistes ; dès lors, chacun peut se considérer autorisé à opérer des digressions sur ces sujets sans précaution particulière.

Par ailleurs, il convient d'être particulièrement prudent dans les interprétations, lorsque l'on sait qu'un certain nombre d'études proposent des résultats contradictoires quant aux facteurs de risque, notamment d'ordre socio-économique, de la « malnutrition ». Or, ces résultats contradictoires peuvent certainement s'expliquer en partie du fait que la malnutrition a été appréciée à partir d'indices non équivalents (signes cliniques, paramètres biochimiques, indices anthropométriques basés sur le poids, la taille mais aussi le tour de bras ou les plis cutanés). Dès lors, les comparaisons sont délicates et il n'est guère aisé d'évaluer la cohérence des liaisons (un des critères permettant de juger de la vraisemblance d'une causalité).

De manière plus générale, on peut se demander dans quelle mesure le manque de rigueur de certaines interprétations ne provient pas de la polysémie du terme « risque ». Ainsi, selon DAB (1987 : 9) :

« En épidémiologie, on se réfère à une définition mathématique du risque. Mais en santé publique, on s'intéressera également à la notion de risque perçu et à sa dimension psychologique et culturelle ».

Ce glissement de sens, apparemment tout à fait légitime lorsque l'on passe de l'épidémiologie à la santé publique, ouvre la voie à toutes les tentations causales et partant à toutes les considérations idéologiques, dès lors qu'une probabilité est réinterprétée en une relation déterministe entre une pathologie X et un comportement Y.

La santé publique s'attache surtout aux risques attribuables (19) ; pour établir des priorités d'action, les risques attribuables permettent

(18) Cf., par exemple, les manuels d'enquête anthropologique rapide à destination des médecins, notamment S. C. M. SCRIMSHAW et E. HURTADO, 1987.

(19) Alors que l'épidémiologie à visée explicative s'intéressera surtout à l'importance du risque relatif.

de définir, parmi les groupes ainsi circonscrits, des populations-cible auprès desquelles une action de santé pourra être menée avec la plus grande efficacité. S'il était apparu, par exemple, une relation forte entre statut matrimonial de la mère et malnutrition, mais que la population ainsi définie soit numériquement moins importante que celle définie par la relation entre malnutrition et analphabétisme, il est probable que la seconde aurait été privilégiée. Dans cette logique, et pour prendre un exemple caricatural, si la proportion de cas de « malnutrition » la plus élevée était associée à l'absence d'électricité des ménages en ville (20), alors la variable « absence d'électricité » pourrait être retenue pour définir la population-cible.

D'un point de vue empirique et pragmatique, un tel critère de choix ne serait peut-être guère moins valide qu'un autre ; il est cependant peu probable qu'il soit avancé comme argument pour justifier un programme de santé publique. Du fait de l'ambiguïté de la notion de risque et des tentations causales qu'elle autorise, l'absence d'électricité pourrait être réinterprétée comme cause de la malnutrition, et le choix d'une population-cible en fonction de ce critère ne manquerait pas de faire sourire.

On peut se demander dans quelle mesure un consensus ne vient pas s'établir autour de l'ambiguïté de la notion de risque pour privilégier des relations, qui deviennent relations causales, forgées à l'aune de l'idéologie du développement. L'idéologie du développement sanitaire, en particulier en matière de nutrition, met aujourd'hui l'accent sur des relations très générales : pauvreté, analphabétisme, etc. On ne saurait remettre en cause de telles relations, tant d'un point de vue statistique qu'humanitaire ; par ailleurs, elles rencontrent les grandes préoccupations des bailleurs de fonds, des responsables de santé publique et des gouvernements des pays concernés. L'impératif de la lutte contre la pauvreté, contre l'analphabétisme, etc., ne vient-elle pas cependant surdéterminer les variables habituellement choisies dans les enquêtes épidémiologiques pour identifier des groupes à risque ?

Formulons la question d'une autre manière. Étant donné les termes dans lesquels s'énonce l'idéologie du développement sanitaire, et qui, par leur valeur évocatrice, sont sans doute aujourd'hui les seuls susceptibles de drainer des fonds, que faire de facteurs de risque tels que l'instabilité matrimoniale ? Envisager une action qui prendrait en compte la stabilité des unions et les solidarités familiales pour la prévention de la malnutrition supposerait un changement de politique,

(20) Il s'agit là d'une des relations les plus statistiquement significatives, apparue dans l'enquête de Brazzaville.

en passant d'une détection précoce limitée au secteur de santé à des efforts de prévention primaire basés, par exemple, sur des programmes sociaux. Or, les Programmes d'ajustement structurel laissent peu de place à ce type d'initiatives. L'idéologie du développement, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui, requiert des raccourcis simplificateurs concernant la malnutrition pour convaincre les politiques et définir des groupes à risque « présentables » à des bailleurs de fonds; elle s'accorde sans doute mal de la rigueur scientifique. L'ambiguïté de la notion de risque (risque mathématique ou risque au sens commun) peut faire alors office de passerelle entre rigueur du raisonnement et idéologie, au détriment de la première. Dès lors, envisager, comme nous avons tenté de le faire, le phénomène de la malnutrition comme la conséquence d'une *situation* dans laquelle les solidarités familiales peuvent avoir une importance déterminante, peut apparaître comme le produit de « raffinements » anthropologiques voués pour l'instant au domaine de la recherche et non de l'action, même s'ils permettent de définir plus précisément des groupes à risque.

Les interprétations causales abusives, parce qu'elles confirment techniquement l'idéologie du développement, sont sans doute une des raisons pour lesquelles la reconnaissance du concept de risque et de la nature des risques s'est rarement traduite par des tentatives d'utilisation rationnelle de ces risques pour prendre des décisions. La surdétermination dans les choix et dans l'interprétation vient sans doute occulter la réflexion, au risque de conséquences fâcheuses pour la recherche, la définition des priorités d'action et la mise en œuvre d'interventions spécifiques dirigées vers les causes directes ou sous-jacentes de la malnutrition. Pourtant, les leçons tirées des principales interventions passées montrent que des actions sont possibles, à la double condition de pouvoir cibler les groupes les plus à risque (BERG, 1987) et de développer des stratégies qui ne viennent pas *a contrario* des objectifs poursuivis à long terme.

*

**

La complexité de l'analyse de la malnutrition est à l'image de la complexité du phénomène, soulignée au début de cet article. Le développement d'une approche holistique des problèmes de santé, notamment nutritionnels, au cours des deux dernières décennies, s'est accompagné d'une reconnaissance de l'importance des facteurs sociaux et culturels et de la dimension économique des malnutritions. Beaucoup d'études ont abordé de manière théorique l'étude des relations de ces facteurs avec les phénomènes de malnutrition; peu ont mis en œuvre des investigations systématiques de nature épidémiologique, cherchant à établir statistiquement l'existence des associations et à en mesurer la force. De plus, une telle collaboration

entre épidémiologie et anthropologie sociale peut être l'occasion pour cette dernière de vérifier à une grande échelle (notamment sur des échantillons aléatoires représentatifs de populations) certaines hypothèses. Les quelques indications fournies au sujet d'une enquête épidémiologique, prenant en compte une problématique anthropologique, aboutissent à donner une réponse nuancée quant au bénéfice de la démarche adoptée : la validité des hypothèses sociologiques initiales est confirmée pour les formes les plus marquées de retards de croissance, elle n'est pas vérifiée pour les formes les plus modérées. De toute évidence cependant, c'est en s'attachant avec l'épidémiologiste à des notions très précises (de critères de définition de cas, de facteurs permettant d'identifier les populations à risque) que l'ethnologue peut pleinement jouer son rôle de spécialiste des organisations sociales.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLÈS (M.), 1986. — L'anthropologie et le politique, *L'Homme*, 97-98, XXVI (1-2) : 191-212.
- BALANDIER (G.), 1985. — *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF.
- BASSE (M. T.), 1986. — Les aspects socio-culturels et économiques de la nutrition dans les pays en voie de développement, in D. LEMONNIER et Y. INGENBLEEK, *Les malnutritions dans les pays du tiers-monde*, Paris, Inserm, coll. colloque vol. 136 : 633-640.
- BERG (A.), 1987. — *Malnutrition. What can be done? Lessons from World Bank experience*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- BINKIN (N.), 1989. — *Épidémiologie analytique (I). Cours de biostatistiques et d'épidémiologie appliquée*, Veyrier du Lac, IDEA-CDC.
- BONNET (D.), 1990. — Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, in D. FASIN et Y. JAFFRÉ (eds) *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf : 248-258.
- COMAROFF (J.), 1978. — Medicine and culture : some anthropological perspectives, *Social Sciences and Medicine*, 12 : 247-254.
- CORNIA (G. A.), 1984. — Analyses des études transversales et chronologiques sur les facteurs influençant le bien-être des enfants, in R. JOLLY et G. A. CORNIA (ed.) *L'impact de la récession mondiale sur les enfants*, Éditions Frédéric Birt/La Différence/Unicef : 38-64.
- DAB (W.), 1987. — *L'état d'esprit épidémiologique*, 3^e cours européen francophone d'épidémiologie tropicale. Paris, Institut Santé et Développement.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1985. — Mariages en ville et malnutrition aigüés, *Sciences Sociales et Santé*, vol. III (3-4) : 57-83.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1989. — Situations de maladie à Brazzaville : causes urbaines du désordre social, in G. SALEM et E. JEANNÉE (eds) *Urbanisation et santé dans le tiers monde*, Paris, Orstom : 313-317.
- GRUÉNAIS (M. E.), MASSAMBA (J. P.), LALLEMANT (M.), 1989. — Caractéristiques socio-démographiques des ménages des quartiers est de Brazzaville, in G. SALEM

- et E. JEANNÉE (eds) *Urbanisation et santé dans le tiers monde*, Paris, Orstom : 527-532.
- GRUÉNAIS (M. E.), 1990. — Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, in D. FASSIN et Y. JAFFRÉ (eds) *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf : 227-242.
- HUBERT (A.), 1990. — Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande, in D. FASSIN et Y. JAFFRÉ (eds) *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf : 257-272.
- IUNS, 1977. — Guidelines on the at-risk concept and the health and nutrition of young children, *American Journal of Clinical Nutrition*, 30 : 242-254.
- JELLIFFE (D. B.) et JELLIFFE (E. F. P.), 1989. — *Community nutritional assessment*, Oxford, Oxford University Press.
- LAZARSELD (P.), 1970. — *Qu'est-ce que la sociologie?* Paris, Gallimard, coll. Idées.
- LELLOUCH (J.), 1976. — Le risque : définitions et procédés de calcul, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 24 : 201-210.
- LEMONNIER (D.), 1986. — Axes et moyens de recherches à développer concernant les malnutritions rencontrées dans les pays en voie de développement, in D. LEMONNIER et Y. INGENBLEEK *Les malnutritions dans les pays du tiers monde*, Paris, Inserm, coll. colloque vol. 136 : 579-595.
- MITRA (A.), 1985. — The nutrition situation in India, in M. BISWAS et P. PINSTRUP-ANDERSEN (eds) *Nutrition and development*, Oxford, United Nations University-Oxford University Press : 142-162.
- PAYNE (Ph. R.), 1985. — The nature of malnutrition, in M. Biswas et P. PINSTRUP-ANDERSEN (eds) *Nutrition and development*, Oxford, United Nations University-Oxford University Press : 1-19.
- POATY (J.-P.), 1988. — La survie en milieu urbain, *Politique Africaine*, 31 : 30-38.
- RAYNAUT (Cl.), 1989. — Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger), in G. SALEM et E. JEANNÉE (eds) *Urbanisation et Santé dans le tiers monde*, Paris, Orstom : 477-503.
- RAYNAUT (Cl.), 1990. — Inégalités et santé dans une ville du Niger, *Agora*, 13 : 67-76.
- Recherches en sciences humaines et éducation pour la santé*, 1986. — Colloque de Dourdan (21-22 mars 1985), Paris, Comité français d'éducation pour la santé.
- RUMEAU-ROUQUETTE (C.), BREART (G.), PADIEU (R.), 1985. — *Méthodes en épidémiologie*, Paris, Flammarion (3^e éd.).
- SCRIMSHAW (S. C. M.) et HURTADO (E.), 1987. — *Rapid assessment procedures for nutrition and Primary Health Care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness*, UCLA Latin American Center Publications.
- SIMONDON (F.) et al., 1986. — *Enquête nutritionnelle à Brazzaville (quartiers est)*, Paris, Orstom, 19 p. + ann., multigr.
- SIMONDON (F.) et al., 1989. — État nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Brazzaville, in G. SALEM et E. JEANNÉE (eds), *Urbanisation et santé dans le tiers monde*, Paris, Orstom : 115-127.
- WHO, 1978. — *Risk approach for maternal and child health care*, Publ. n° 39, Geneva, WHO.
- WILSON (Ch. S.), 1978. — Contributions of nutrition science to anthropological research, *Federation Proceedings*, 37 (1) : 73-76.

Anthropologie et épidémiologie nutritionnelle

Annie HUBERT* et Hélène SANCHO-GARNIER**

L'épidémiologie et l'anthropologie sont des disciplines aux approches distinctes et cependant complémentaires.

Les buts de l'épidémiologie sont l'évaluation de la fréquence des maladies dans les populations de la planète; l'observation de la variation de ces fréquences dans le temps et dans l'espace, ou épidémiologie descriptive; et enfin la recherche de facteurs associés à l'apparition de ces pathologies, ou épidémiologie analytique (PAPOZ, 1985). L'approche est essentiellement quantitative. Ses applications concernent à la fois la recherche et la santé publique.

L'anthropologie étudie les faits culturels, les sociétés humaines. Son approche est avant tout qualitative. Les deux disciplines ont en commun le fait d'observer des groupes d'individus.

Aujourd'hui, les épidémiologistes sont pour la plupart convaincus de la nécessité d'une pratique de « terrain » et des avantages d'une collaboration avec d'autres disciplines. Le biostatisticien, d'habitude derrière son bureau, en sort désormais plus souvent. Dans le même temps, certains anthropologues se sont ouverts à des approches pluridisciplinaires appliquées et quantitatives. Très progressivement les deux disciplines se sont rapprochées, et des collaborations se sont établies, plus particulièrement dans les pays anglo-saxons.

Un domaine particulièrement attirant pour l'association de ces deux disciplines est celui de l'épidémiologie nutritionnelle. Cette dernière se consacre avant tout aux enquêtes alimentaires sur des groupes ou des populations. Elle dispose de trois méthodes : une méthode descriptive, une méthode analytique et des essais d'intervention.

* *Anthropologue, CNRS, Unité d'épidémiologie des virus oncogènes, 18, rue du Docteur-Roux, 75015 Paris.*

** *Épidémiologiste, Unité d'épidémiologie des tumeurs, Institut Gustave-Roussy, Haute-Bruyère, rue Camille-Desmoulin, 94805 Villejuif cedex.*

LA MÉTHODE DESCRIPTIVE

Celle-ci permet de mettre en évidence des relations entre des consommations alimentaires et une pathologie donnée. Elle est fondée sur l'observation de ces liens, dans le temps et/ou dans l'espace. Le travail, fait à partir de données déjà collectées, a l'avantage de pouvoir se réaliser rapidement et de permettre de formuler des hypothèses. Cependant, la fiabilité des données utilisées n'est pas toujours très bonne, et des variations intéressantes peuvent être occultées par l'établissement de « moyennes ». Les facteurs de confusion sont également nombreux, d'autant qu'ils varient en fonction de l'état malade/non malade, bien que n'ayant aucun rôle causal réel. Par exemple : le cancer du poumon est associé à la fois au tabagisme et à l'alcool, l'alcool étant un facteur de confusion dans les études sur le tabagisme... Les résultats de ce type d'enquête ne donnent, en fait, que des orientations et doivent être souvent vérifiés par d'autres méthodes.

LA MÉTHODE ANALYTIQUE (GALAN et HECBERG, 1985)

Son but est d'établir des liaisons entre certains types d'aliments, voire de nutriments, et une pathologie donnée. Il s'agit d'un deuxième « regard » sur les données. Cette méthode comprend des enquêtes faisant intervenir des entretiens, des pesées de repas, et des analyses biochimiques des composants des aliments.

Les entretiens sont souvent constitués de questionnaires qu'un enquêteur remplit en interrogeant le sujet. Ils couvrent deux types d'approche : rétrospective et prospective.

L'approche rétrospective

L'approche rétrospective, portant sur l'histoire diététique, demande un long entretien avec questionnaire sur la manière habituelle de s'alimenter au cours de sa vie. C'est une façon d'étudier des risques liés à des expositions alimentaires prolongées. L'inconvénient est que le recours à la mémoire des sujets peut entraîner de mauvaises estimations, surtout sur les variations des habitudes alimentaires au cours des ans.

Lorsque l'enquête porte sur les consommations actuelles, on demande au sujet de se rappeler de tout ce qu'il a mangé durant les dernières vingt-quatre heures, ou durant la semaine précédente. La méthode

est relativement simple, mais elle a aussi des désavantages : le plus important est qu'elle ne couvre qu'une période particulière et très limitée de la vie de la personne interrogée. Une telle méthode s'avère inutilisable, lorsqu'il s'agit d'établir des relations avec une pathologie résultant d'une longue exposition à un certain type d'alimentation ou d'aliment. Par ailleurs, la fiabilité des réponses n'est pas garantie, surtout lorsqu'il s'agit d'hommes prenant leur repas régulièrement à l'extérieur de la maison. Leur évaluation des quantités consommées peut être fantaisiste.

La méthode des pesées est la plus contraignante, car l'enquêteur doit passer un jour ou deux avec le sujet, pour peser la nourriture ingérée à chaque prise alimentaire de la journée. Il s'y ajoute parfois l'analyse des nutriments des rations consommées. L'avantage de cette méthode est que la précision des données recueillies est excellente, mais ce type d'étude est lourd. Par ailleurs, on n'évite pas le fait qu'il ne s'agit que d'une période très courte de la vie de l'individu observé. Étant donné le poids des contraintes, ces enquêtes ne se font que sur de très petits échantillons, dont la représentativité peut être contestable. Pour ce qui est de ses résultats, cette méthode finit par avoir les mêmes inconvénients que le rappel de vingt-quatre heures décrit plus haut.

L'approche prospective

L'enregistrement prospectif se fait dans un groupe de sujets (une cohorte), qui sont censés noter systématiquement tout ce qu'ils consomment, généralement pour une durée d'une semaine. Les données ainsi recueillies sont en général assez précises, mais posent des problèmes de représentativité, pour les individus qui choisissent d'accepter cette contrainte. Ceci d'autant plus qu'il faut, pour avoir une idée précise de l'histoire diététique de chacun, répéter l'étude plusieurs fois sur les mêmes sujets (souvent sur une année).

Les méthodes utilisées pour l'enregistrement prospectif peuvent être les mêmes que pour les types d'enquêtes décrites plus haut : rappel de vingt-quatre heures, pesées, etc.

ESSAIS D'INTERVENTION

La troisième méthode de l'épidémiologie nutritionnelle concerne principalement la santé publique. Il s'agit d'essais d'intervention qui peuvent être de divers types.

— Éducationnel : pour apprendre aux sujets ce qu'ils devraient consommer et ce qu'ils devraient éviter. Ce sont les campagnes classiques d'éducation nutritionnelle.

— De type « enrichissement collectif » : par exemple, l'ajout de fluor dans le sel de table ou dans l'eau, afin de diminuer l'incidence des caries dentaires.

— De type « individuel » : par prescription de régimes particuliers.

Il faut savoir que ce type d'intervention est rarement évalué, ce qui paraît paradoxal. Cependant, bien conduites, ces études permettraient de démontrer le rôle protecteur ou, au contraire, promoteur de certains éléments dans certaines pathologies.

Il apparaît donc que toutes les méthodes actuellement utilisées en épidémiologie nutritionnelle posent des problèmes, et qu'aucune n'est réellement satisfaisante.

Les mesures manquent de fiabilité et, quand on compare les méthodes entre elles, on réalise que leurs résultats sont souvent contradictoires et que leur reproductibilité est faible.

Le problème de l'évaluation des variabilités des consommations se pose aussi : les variations des consommations se pose aussi : les variations intra-individuelles que l'on veut contrôler peuvent parfois être supérieures aux variations interindividuelles que l'on veut étudier. Ces variations peuvent couvrir de brèves périodes dans le temps comme par exemple les consommations saisonnières ou les périodes de voyage, de régime ou de maladie. Toutes ces variations doivent être identifiées avant de se lancer dans une étude quantitative, et souvent l'épidémiologie n'en a pas les moyens méthodologiques.

Il est important de noter que pour l'épidémiologiste une très grande précision des détails individuels n'est guère utile. Par contre, ce qui est d'une nécessité absolue, c'est la mesure des variations intra et interindividuelles. C'est le seul critère qui permette de classer les individus dans des niveaux de consommation, constitués en fonction de la quantité et de la durée d'exposition. Des erreurs de classement entraînent une diminution de puissance de l'analyse, ce qui augmente les chances de ne pas réussir à détecter une différence réelle, par exemple entre des cas et des témoins. Ceci est d'autant plus vrai que les risques étudiés sont de valeur faible et multifactoriels. De plus, s'il y a des erreurs de « classement » chez les cas et chez les témoins, on arrive à des « biais », c'est-à-dire à la mise en évidence de *fausses relations* entre facteurs alimentaires et maladies.

Ajoutons à cela que de nombreuses enquêtes alimentaires sur diverses pathologies se font sans hypothèse de départ, donnant des résultats peu satisfaisants à cause du nombre trop élevé de paramètres qui

augmentent les risques de ne pas arriver à « cibler » un domaine alimentaire précis. Par ailleurs de telles enquêtes se réalisent souvent avec une mauvaise connaissance de l'alimentation de la population observée.

Devant ce constat, l'anthropologue peut faire plusieurs remarques.

L'épidémiologiste parle de sujets, d'individus, mais conclut sur un groupe ou une population, ce qui peut paraître paradoxal. Il exprime par ailleurs la difficulté de « classer » ces individus en catégories pour établir des typologies.

Les enquêtes se font la plupart du temps auprès de personnes sorties de leur contexte, souvent en milieu hospitalier, et le sujet traité est « isolé » : les renseignements obtenus perdent en qualité.

Le phénomène « alimentation » est plutôt perçu sous son aspect purement nutritionniste : une somme de nutriments consommés comme on ingurgiterait du carburant, et non pas des associations d'aliments organisés par schèmes. Il ne semble pas y avoir de prise en compte de schèmes de repas, de « *comportement alimentaire* » hors des repas, d'associations habituelles d'aliments, de préférences, de croyances et autres aspects relevant de facteurs dits « culturels ».

Le manque de fiabilité des données semble souvent reposer sur la non-contextualisation du sujet dans son environnement, dans son vécu, au sein de son groupe.

Autrement dit, les lacunes mises en évidence par les méthodes habituelles de l'épidémiologie nutritionnelle, seraient en partie dues à une vue trop limitée du sujet, et nécessiteraient une approche anthropologique, qualitative et globale permettant de replacer les données dans leur contexte réel et dans le vécu des sujets.

L'anthropologie de l'alimentation est principalement concernée par l'étude des systèmes alimentaires des groupes humains. Ces systèmes recouvrent toutes les transactions, réelles ou symboliques, entre les hommes et ce qu'ils mangent. Cela va de la cueillette et de la chasse à la production agricole, en passant par les échanges et les parcours économiques, les techniques d'acquisition, de production, de conservation, de transformation, les cuisines, les repas, les prises alimentaires hors des repas, les rituels où l'aliment joue un rôle, les régimes particuliers, les schémas de consommation ; bref, tout ce qui concerne l'aliment dans son contexte « humain ». L'étude de tels systèmes comprend aussi la mise en évidence de la position de chaque individu dans sa société, son groupe ou sa famille, et permet également de repérer les personnes « fragiles » nutritionnellement parlant, dans l'ensemble du système.

Quels peuvent être, dans ces conditions, les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie ? Ils sont de deux ordres.

L'amélioration des *estimations de consommation*, tant qualitatives que quantitatives et l'amélioration de la *reconnaissance des variations* dans le temps.

L'anthropologue s'intéresse à l'individu dans son contexte familial, social, culturel. Par ses méthodes de terrain et d'observation, il tente de « contextualiser » tant un individu donné, que le groupe tout entier. Ce type de données, où l'on parvient à replacer dans un ensemble l'élément à étudier, permet d'améliorer les performances des enquêtes nutritionnelles. On obtient une meilleure connaissance des types d'*ingesta*, c'est-à-dire des nourritures consommées, tant en composition qu'en quantité. Et cela pour plusieurs raisons.

À un premier niveau, *la composition des plats et les mesures ménagères de quantité* pour leur préparation varient largement d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre. Des données anthropologiques sur une population permettent de connaître, dès le départ, par exemple les variations d'un plat d'une région à l'autre. Le couscous tunisien ne ressemble pas au couscous marocain, la paëlla n'est pas la même à Valence, Madrid ou San Sebastian. La variation de la composition des produits selon qu'ils proviennent d'un jardin potager, d'un marché ou d'un supermarché est souvent très différente, d'où la nécessité de connaître la provenance exacte des denrées consommées, information qui est incluse dans les enquêtes d'anthropologie nutritionnelle. Les unités de mesure invoquées par les gens peuvent être aussi expliquées et déterminées grâce aux données anthropologiques : assiettes, cuillères ou verres ne sont pas des instruments universels.

Une connaissance *des unités de mesure* et donc des récipients locaux est essentielle pour bien appréhender les estimations des sujets.

L'anthropologie apporte par ailleurs une foule de données nécessaires pour comprendre « l'alimentation » d'un groupe : les modes de cuisson et de conservation varient, et il est important d'avoir une connaissance exacte des techniques et savoir-faire locaux. Sauces et condiments, boissons et recettes font partie des données de base indispensables à une bonne enquête alimentaire. Il en va de même pour des additifs, contaminants et autres traitements qui touchent ce que le groupe peut ingérer. Et qui plus est, il faut pouvoir situer toutes ses actions dans leur contexte : au cœur du groupe, avec les significations et l'importance que ce dernier leur donne. Tout ceci varie de Terre-Neuve à Tahiti, aussi bien que de Brest à Strasbourg. Le regard anthropologique replace les sujets abordés dans le vaste système dont ces choses sont issues, permettant, en outre, de

comprendre le comment et le pourquoi de ces phénomènes alimentaires.

Voici, à titre d'exemple, ce qu'une association épidémiologie-anthropologie a donné lors d'une enquête réalisée en Tunisie (HUBERT, 1988). Il s'agissait de trouver, dans l'alimentation des Tunisiens, des facteurs qui expliqueraient leur risque élevé de développer un cancer du rhino-pharynx, dont on sait qu'il est lié au virus d'Epstein-Barr. Ce virus étant ubiquitaire, il ne suffisait pas à lui seul à expliquer la répartition particulière de cette tumeur touchant non seulement les Maghrébins, mais aussi les Chinois du sud et les Esquimaux. Au lieu de mettre en place immédiatement une enquête épidémiologique sur l'alimentation, l'anthropologue fit un terrain « normal » dans plusieurs régions de Tunisie pour observer le « fait alimentaire ». Cette étude, analysée comparativement avec des études semblables menées parmi d'autres populations du monde, à haut risque pour cette tumeur, permit de déterminer l'importance de la fréquence de la consommation d'une préparation servant de base à de nombreux ragoûts et soupes, comprenant du piment, du poivre, des épices et de l'huile d'olive. Cette préparation préalable à la cuisson de bien des plats ne pouvait être connue des épidémiologistes, et n'était pas prise en compte par les nutritionnistes locaux. Elle aurait été ignorée dans un questionnaire « classique », fondé sur des habitudes alimentaires bruxelloises ou parisiennes, parfois considérées comme universelles... Or, il s'est avéré que cette base de cuisson avait une grande importance, dans la mesure où elle contenait certains cancérigènes chimiques qui pouvaient favoriser le cancer du rhino-pharynx.

D'autres facteurs, comme celui de l'ingestion du résidu de leur pipe par certaines tribus africaines du Transkai où le cancer de l'œsophage est fréquent, sont difficilement imaginables *a priori* par l'épidémiologiste pour être intégrés dans une enquête, leur prise en compte ne peut venir que de la mise en évidence de ces faits par des anthropologues (HEWER T. ROSE *et al.*, 1978).

L'appréciation du comportement alimentaire est essentielle à une étude nutritionnelle. Or, des données sur la fréquence des repas, des quantités consommées, des manières de le consommer (chaud, froid, cru, cuit, etc.) ne s'obtiennent de manière fiable que dans le vécu d'un terrain, dans des conditions réelles, par quelqu'un qui est associé à la vie familiale, locale. Un enquêteur « étranger » — dans le sens où il n'est pas intégré au groupe étudié —, curieux et souvent réprobateur devant ce qu'il voit sur le terrain, comme peuvent l'être les enquêteurs classiques des campagnes « nutritionnelles », ne peut obtenir de bonnes informations.

La mise en évidence des variations dans le temps nécessite, de même, une présence prolongée sur le « terrain ».

L'alimentation peut être monotone, peu variée, répétitive, c'est entre autres le cas dans la plupart des sociétés rurales. Ce type d'alimentation est en fait le plus intéressant pour l'épidémiologiste car, d'une part, il entraîne une exposition longue à de mêmes aliments et réduit, d'autre part, les erreurs dues à l'anamnèse. On arrive également à détecter beaucoup plus facilement des variations entre sujets, liées à une pathologie donnée.

L'alimentation peut avoir des variations cycliques importantes, selon les saisons. Cela demande une observation prolongée, sur au moins une année, telle que la pratique l'anthropologue. La mise en évidence de la régularité des variations peut permettre de déterminer s'il s'agit de profils alimentaires monotones ou pas.

Les variations alimentaires individuelles peuvent aussi être multiples, comme dans nos cultures urbaines par exemple. Dans ce cas, les estimations des nutritionnistes ou épidémiologistes sont difficiles et tendent plutôt à « brouiller » l'analyse des données recueillies. Ici encore, le regard « qualitatif » et l'observation longue sont nécessaires pour clarifier la situation.

Enfin, il faut aussi considérer les variations nutritionnelles au cours de la vie, dans ses différentes étapes. Savoir ce qui se passe au sevrage, durant l'adolescence, connaître les pratiques d'initiation liées à l'alimentation, les particularités de la vieillesse, ainsi que le comportement en voyage ou au cours de la maladie.

L'anthropologie par définition, permet de décrire ces variations. Pour reprendre le même exemple, lorsque nous avons enquêté sur le cancer du rhino-pharynx, nous avons mis en évidence que les enfants sevrés très tôt devenaient à risque par rapport à ceux qui étaient sevrés plus tard, car ils étaient exposés plus tôt et plus longtemps aux aliments contenant les cancérigènes qui favorisaient cette tumeur. Les différences au sevrage avaient été étudiées par l'anthropologue (JEANNEL *et al.*, 1990.)

Toutes ces caractéristiques, dont la connaissance préalable à une étude est essentielle, sont difficilement appréhendées lors d'un simple entretien, tel qu'on les pratique dans les enquêtes épidémiologiques classiques.

Par contre l'anthropologue, qui a vécu avec les sujets étudiés, disposera non seulement de tous ces renseignements ponctuels, mais aussi de certains détails sur les événements passés, les changements intervenus, les comportements typiques et atypiques.

Il pourra ainsi déterminer une typologie des différents profils alimentaires, après l'observation fine et qualitative de son terrain, ce qui facilite l'enquête épidémiologique et donne plus de portée aux données obtenues.

Une bonne étude anthropologique, avant la mise en place d'une enquête d'épidémiologie nutritionnelle, *fournit des données de base permettant de donner une forme logique et efficace aux questionnaires qui seront utilisés lors d'études quantitatives*. Dans l'idéal, épidémiologiste et anthropologue doivent se pencher ensemble sur les données anthropologiques, afin de déterminer les zones de l'alimentation qui pourraient servir de base au sujet particulier de l'étude. Ensemble, ils mettront en forme un questionnaire, qui tiendra compte de toutes les particularités locales, les attitudes et les croyances des gens.

L'analyse biostatistique bénéficie aussi de la collaboration de l'anthropologue, qui en replace très vite les résultats dans leur contexte réel. Ceci est essentiel dans une perspective de santé publique, où toute intervention doit être adaptée au groupe et au lieu à toucher.

En conclusion, en améliorant la qualité des données recueillies, à la fois par une étude préalable et la mise en forme de l'enquête épidémiologique, l'anthropologue permet de diminuer les erreurs de classification, ce qui augmente la puissance des enquêtes et diminue les risques de biais. Il peut aussi mettre en évidence des risques liés à des habitudes alimentaires, dans les domaines où la consommation et/ou le comportement ne sont pas connus *a priori*. Il peut enfin conseiller efficacement des études d'intervention et la mise en place de campagnes de santé publique.

Les deux disciplines ont tout à gagner en s'associant. Il va sans dire que la pluridisciplinarité, quelle qu'elle soit, a besoin pour réussir de la participation de personnalités désireuses de s'entendre et qui ne se sentent pas « en concurrence ». Le facteur humain est ici essentiel et dépasse, en importance, la seule méthodologie.

BIBLIOGRAPHIE

- PAPOZ (L.), 1985. — Méthodes épidémiologiques, in HECBERG (S.), DUPIN (H.), PAPOZ (L.), GALAN (P.) (éd.) *Nutrition et Santé Publique*, Paris, Lavoisier, Technique et Documentation : 31-61.
- GALAN (P.), HECBERG (S.), 1985. — Les enquêtes alimentaires : utilisation dans les enquêtes épidémiologiques à visée nutritionnelle. in HECBERG (S.), DUPIN (H.), PAPOZ (L.), GALAN (P.) (éd.) *Nutrition et Santé Publique*, Paris. Lavoisier, Technique et Documentation : 8-15.
- HUBERT (A.), 1988. — Apport de l'anthropologie aux enquêtes épidémiologiques : le cas du cancer du rhino-pharynx, *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 5 (14) : 35-46.
- HEWER T. ROSE (E.), GHADIRIAN (P.) *et al.*, 1978. — Ingested mutagens from opium and tobacco pyrolysis products and cancer of the oesophagus, *Lancet* : 494-496.
- JEANNEL (D.), HUBERT (A.), DE VATHAIRE (F.), BEN SALEM (M.), SANCHO-GARNIER (H.), DE THÉ G. DIET. 1990. — Living condition and Nasopharyngeal carcinoma in Tunisia: A case control study, *Int. Journal of Cancer*, 46 : 421-425.

L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles

Récit d'une expérience

Emmanuelle Kadya TALL*

INTRODUCTION

Lorsque je suis arrivée la première fois à Cotonou pour convenir des modalités de ma collaboration avec le département de Psychologie médicale et de Psychiatrie de l'université nationale du Bénin, j'étais loin de me douter que ce travail nécessiterait un grand investissement personnel au sein de l'équipe médicale et universitaire qui m'accueillait. Cet investissement aux allures militantes m'a souvent fait passer pour une professionnelle de la santé aux yeux des malades et de certains personnels des institutions médicales dans lesquelles j'évo-luais. J'ai souvent eu droit au rituel « mon bon docteur » en guise de salutation, et cette confusion des rôles à laquelle j'ai fini par m'habituer — il est vrai que mes questions répétaient souvent celles des médecins rompus aux exercices de la psychiatrie transculturelle — m'obligeait sans cesse à formuler la raison de ma présence en ces lieux.

Avec mon interlocuteur psychiatre (1), nous avons décidé de centrer nos recherches sur les recours thérapeutiques traditionnels et modernes dans la région du Sud-Bénin, en privilégiant parmi les recours non-biomédicaux l'étude du Christianisme Céleste — église syncretique en plein essor — et du vodun Dan — divinité de l'Arc-en-ciel

* *Anthropologue, Orstom, 213, rue La-Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

(1) Le professeur René Gualbert Ahyi, qui dirige le département de Psychologie médicale et de Psychiatrie à la faculté des Sciences de la Santé de l'université nationale du Bénin, et qui a été médecin-chef du centre de neuropsychiatrie jusqu'au début 1989.

symbolisée par un serpent —, à qui est attribué un certain nombre de troubles mentaux. L'intérêt psychiatrique pour ces deux institutions thérapeutiques portait sur l'étude de l'hystérie dans les sociétés africaines, où la plupart des travaux d'ethnopsychiatrie concernaient davantage les « Culture Bound Syndromes » et les névroses d'acculturation, même si la question de la transe de possession se pose depuis longtemps. L'hystérie perçue parmi les adeptes des cultes et des religions nouvelles était-elle une production interne à ces institutions — leur fréquentation développant la personnalité hystérique de l'individu —, ou un mode d'expression contrôlé et limité dans l'espace et dans le temps aux rituels de possession ? Cette curiosité des psychiatres béninois envers le culte Dan et l'église du Christianisme Céleste ne se réduisait pas au phénomène de la transe ; elle incluait une interrogation sociologique sur la place et le rôle de ces institutions au sein de la société du Sud-Bénin. Pour l'anthropologue, le choix de ces institutions permettait une vision dynamique de la société béninoise d'aujourd'hui, à travers les différents recours thérapeutiques. Ma collaboration avec des praticiens me semblait un atout majeur pour travailler sur les pratiques concrètes et non pas sur des systèmes théoriques à reconstruire. Pour ces médecins, la confrontation avec un chercheur en sciences sociales devait les aider à trouver les outils méthodologiques et théoriques qui leur permettraient d'établir les bases d'une nouvelle pratique psychiatrique au Bénin. Fortement marqués par Henri COLLOMB et son école de psychiatrie de Dakar-Fann, les psychiatres béninois ont une vision très culturaliste de la maladie mentale : partagés entre un savoir biomédical occidental, auquel ils reprochent de ne pas prendre en compte les variantes culturelles propres à chaque région du monde, et une connaissance populaire des thérapies locales, auxquelles ils voudraient donner ses lettres de noblesse, les psychiatres béninois sont aussi divisés entre deux types de croyances : la croyance dans un savoir scientifique positiviste médical et la croyance dans un savoir magique des anciens, savoir auquel ils voudraient apporter une certaine caution scientifique. D'emblée, j'ai refusé de focaliser mon travail sur le débat devenu classique entre savoir « positiviste » et savoir « magique ». Je craignais de me voir entraînée dans un jury (2), où il me faudrait confirmer ou infirmer l'efficacité de telle ou telle pratique thérapeutique ! La question de l'efficacité est une question d'importance qui, en Afrique, a souvent tendance à être enfermée dans un cadre politique de légitimation.

- (2) L'institutionnalisation de certains guérisseurs, plébicités par le peuple et les instances politico-administratives, a été mise en place au Bénin pendant la Révolution, dans les années quatre-vingt.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ OU JUSQU'OU L'ANTHROPOLOGUE DOIT-IL COLLABORER ?

Durant les quatre années passées au Bénin, j'ai consacré la moitié de mon temps à l'étude et l'observation participante de l'institution psychiatrique à Cotonou. Malgré une certaine méfiance vis-à-vis de ce mode d'investigation, j'ai opté pour cette méthode qui m'a paru le moyen le plus rapide de parvenir à une intégration minimum au sein de l'équipe qui m'accueillait. Présente à quelques consultations hospitalières, j'ai participé aux « réunions du jeudi matin » qui, les deux premières années, se déroulaient au centre de neuropsychiatrie de Jacquot. Ces réunions hebdomadaires étaient consacrées à la présentation d'un malade et à une discussion collective sur son cas, suivie d'une assemblée institutionnelle qui, sous un auvent, à l'image du *pinc* dakarais, regroupait l'ensemble du personnel, des malades et leurs accompagnants. Très vite, parce que ma présence parmi les médecins, les étudiants, les infirmiers et les malades paraissait mal comprise de certains — qui étais-je, sinon un agent des forces impérialistes venu exploiter la force vitale et les expériences des Béninois pour en tirer un immense profit à travers une thèse best-seller, ou encore, une coopérante incapable que son gouvernement avait envoyée au Bénin pour la punir —, je me suis rendue compte que je devais agir et apporter la preuve de mes compétences. Cette perception paranoïaque d'une étrangère (3) était le signe du malaise régnant au sein de l'équipe, comme j'allais m'en apercevoir au cours de l'enquête que je menais sur le fonctionnement de l'institution du centre de neuropsychiatrie de Jacquot.

Le centre de neuropsychiatrie de Jacquot (4)

Situé à la périphérie ouest de la ville, proche du bord de mer, le centre de neuropsychiatrie est appelé familièrement Jacquot, du nom de son quartier. Ancienne ferme privée, annexée en 1932 par les autorités territoriales lors de la construction de l'aéroport, elle a été transformée en lazaret pour recueillir les malades varioleux dans les années 1943-1945, puis abandonnée pendant plusieurs années avant de devenir un asile pour malades mentaux en 1948. Jusqu'en

(3) Perception dont je n'étais pas la première victime et qui n'était donc pas attachée à ma personne en particulier.

(4) Pour plus de détails, se reporter à l'article publié conjointement avec R.G. AHYI (1988-89). — Le centre de neuropsychiatrie de Jacquot : un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la psychiatrie africaine (l'exemple du Bénin). *Psychopathologie africaine*, XXII, 1 : 5-20.

1979, le centre de Jacquot disposait d'une enveloppe budgétaire de 28 centimes par malade et par jour et d'un personnel réduit au minimum. Structure asilaire au sens plein du terme, Jacquot, surnommé alors « le parc des fous », abritait en grande majorité des malades chroniques abandonnés par leurs familles qui venaient parfois en catimini, à la nuit tombée, les basculer par-dessus le mur de l'enceinte.

Le retour au pays, fin 1979, de trois psychiatres formés à l'étranger et pour deux d'entre eux, à l'école de Dakar-Fann, va radicalement bouleverser les données. La création du département de Psychologie médicale et de Psychiatrie à la faculté des Sciences de la Santé va permettre aux psychiatres de rompre l'isolement des malades et d'accroître le personnel soignant, en associant étroitement le monde universitaire et le monde hospitalier. En outre, l'utilisation des médias radiophoniques permet de mobiliser l'opinion publique et de trouver des fonds pour la réhabilitation du lieu : destruction des cellules remplacées par des chambrées de trois ou quatre personnes, instauration d'une cuisine sur place — auparavant, les repas étaient préparés à l'autre bout de la ville et transportés une fois par jour à Jacquot par une camionnette vétuste —, défrichage d'une partie du terrain pour y planter des cultures vivrières rapportant des gains monétaires et ouverture d'une buvette dans l'enceinte de Jacquot, désormais ouvert à la libre circulation des malades.

L'accueil thérapeutique s'inspire des méthodes adoptées à Dakar-Fann : chaque nouveau malade doit être nécessairement accompagné d'une personne durant tout son séjour hospitalier. Cet accompagnant va être le lien entre le monde familial et familial du malade et le monde médical. En instaurant la présence d'un accompagnant, les psychiatres veulent conserver ainsi l'esprit de solidarité qui existe habituellement en Afrique devant la maladie. La chronicisation des malades mentaux à l'hôpital provient pour une bonne part de la désaffection du milieu familial. La libre circulation des malades, la mise en place du système des accompagnants, le développement d'activités ergothérapeutiques (jardinage, petit commerce, cantine) et récréatives (animation des réunions hebdomadaires par un orchestre de musiciens et de chanteurs) ont transformé « le parc des fous » en hospice, où la qualité du confort moral vient compenser la médiocrité du confort hôtelier.

Mais en 1987, l'ardeur des bouleversements de 1979 s'est atténuée depuis longtemps et la créativité des premiers jours a cédé la place au train-train quotidien. La réunion institutionnelle du jeudi matin, dont le principe est d'y débattre de tous les problèmes internes à l'institution, devient un pensum pour l'ensemble de la population de Jacquot. La communication entre les uns et les autres ne se fait plus

et n'étaient-ce les facéties d'une maniaco-dépressive, véritable pilier de l'institution (dans la mesure où elle a connu toutes les transformations du centre depuis près de vingt ans), le malaise serait si fort qu'il serait intolérable d'assister à ce rite désormais dénué de sens.

Une enquête auprès de l'ensemble de la population, qui vit ou travaille à Jacquot, va nous permettre de mettre le doigt sur les problèmes qui paralysent les activités du Centre. La banqueroute de l'État béninois — depuis plusieurs années déjà, le budget consacré au Centre n'existe que sur le papier — va servir de prétexte à une réflexion collective sur l'avenir de Jacquot. Mais les problèmes économiques masquent des problèmes internes plus profonds, d'ordre hiérarchique et statutaire. Les infirmiers, dévoués à la cause psychiatrique, réclament depuis de longues années la reconnaissance officielle de leur compétence et la possibilité d'acquérir une formation spécialisée en psychiatrie, afin d'obtenir une meilleure rémunération. Cette revendication statutaire et salariale est d'autant plus vive que les infirmiers côtoient quotidiennement des étudiants en médecine, à qui un diplôme est délivré en fin de cycle.

Ce conflit latent entre les infirmiers et les étudiants en spécialité psychiatrique est réciproque, dans la mesure où ces derniers se plaignent du mépris des infirmiers à l'égard des ordonnances qu'ils prescrivent aux malades, les infirmiers refusant aux étudiants en psychiatrie une compétence qu'ils jugent inférieure à la leur. Lorsqu'il leur est demandé de justifier leurs actes, les infirmiers se réfugient de manière fallacieuse (5) derrière la loi administrative, selon laquelle ils sont pleinement responsables des malades dont ils ont la charge, ce qui les autorise à refuser les prescriptions établies par les étudiants qui ne sont pas soumis à la même administration que la leur. L'administration hospitalière est rattachée au ministère de la Santé publique, tandis que l'administration universitaire dépend du ministère des Enseignements moyens et supérieurs (6). Ces deux institutions parallèles se rencontrent à Jacquot en la personne de son médecin-chef et de ses adjoints, qui sont aussi enseignants à l'université. En faisant de Jacquot un terrain de stage pour les étudiants, les universitaires ont essayé de pallier l'indigence des services publics en matière de personnel médical et de structures éducatives. Le médecin-chef de Jacquot se sent lui-même victime de l'administration. En effet, quelques temps après la réforme psychiatrique de 1979, le

(5) Les étudiants et les infirmiers sont sous l'autorité directe du médecin-chef, qui donne l'autorisation aux étudiants de prescrire des ordonnances.

(6) Depuis le gouvernement de transition, tous les ministères ayant trait à l'éducation ont été regroupés dans un seul ministère désormais appelé ministère de l'Éducation.

Ministère a imposé un directeur administratif, ce qui peut paraître normal dans une société où l'État prend en charge les transformations d'une institution, mais qui a été vécu à Jacquot comme une volonté de contrôle et de récupération des réformes mises en œuvre sans son aide.

La chronicisation des malades mentaux dans les institutions de soins est une mise en cause de la psychiatrie sous toutes les latitudes mais, en Afrique, elle atteint une ampleur expliquée par la place qu'occupe la psychiatrie dans la multiplicité des recours thérapeutiques : le psychiatre arrive bien souvent tout au bout de la quête thérapeutique, lorsque l'ensemble du corps social qui prenait en charge le malade est socialement et économiquement épuisé. En confiant le malade à une institution psychiatrique, le groupe accepte l'échec et la mort sociale de l'individu hospitalisé. Les visites s'espacent, la contribution aux besoins en médicaments est de plus en plus précaire, et peu à peu le malade glisse vers la chronicisation, sans qu'on puisse déterminer exactement le moment où le passage de malade aigu à malade chronique s'est produit.

Les difficultés économiques de 1987 occasionnent un sursaut de révolte du psychiatre, alors médecin-chef à Jacquot, qui décide de placer les familles et l'État devant leurs responsabilités : la recherche des familles des malades chroniques stabilisés et l'exigence, auprès des autorités politico-administratives, d'une participation financière aux soins donnés aux malades, raflés par la police sur la voie publique, en sont les premières manifestations. Dans un deuxième temps, la réflexion porte sur la recherche de nouvelles structures d'accueil des malades permettant l'hospitalisation de jour et la consultation dans les quartiers. La création de dispensaires « Solidarité » sera le moyen de familiariser le public, le psychiatre cessant de cantonner ses activités dans des lieux trop spécialisés. Et si les problèmes de statut de personnel ne sont toujours pas résolus — c'est à l'État de les régler mais, en 1987, le Fonds monétaire international exigeait déjà du Bénin une réduction de l'effectif des fonctionnaires —, la privatisation des lieux d'accueil des malades permettra aussi l'embauche de médecins et d'infirmiers diplômés que l'État ne peut pas accueillir.

LA COLLABORATION DES PSYCHIATRES AVEC LES TRADIPRATICIENS

En dépit des heurts qui se produisent très régulièrement au sein de l'institution de Jacquot entre psychiatres et tradipraticiens, heurts

d'origine socio-politique plutôt que d'ordre éthique, les deux guérisseurs de Jacquot sont des fonctionnaires du ministère de la Santé publique qui ont obtenu ce statut grâce à des appuis politiques de l'ancien régime marxiste-léniniste.

La collaboration psychiatre/tradipraticien semble être une nécessité pour les médecins, freinés dans leur travail par la pénurie de médicaments psychotropes et de structures adéquates. Outre l'aspect psychothérapeutique des cures locales, auxquelles ils font une grande confiance, les psychiatres s'intéressent aussi aux principes actifs de certaines plantes. En dépit d'une certaine idéalisation du pouvoir des plantes — qui est dans l'air du temps —, on attribue à ces dernières des effets secondaires moins nocifs que ceux des médicaments psychotropes, l'atout majeur mis en avant reste l'aspect économique du traitement phytothérapeutique. Les thèmes d'autosuffisance (production locale de médicaments), d'autodétermination (création de structures de soins adaptées à la demande locale) et de « santé pour tous en l'an 2000 » sont perçus comme étant d'une urgence telle que si le médecin se méfie du tradipraticien, c'est moins de son savoir que de l'application qu'il en fait. Le leurre positiviste lui permet d'imaginer un emploi rationnel des croyances et des savoirs traditionnels.

Récit d'une aventure chez un phytothérapeute

La rencontre avec un guérisseur spécialiste des troubles mentaux témoigne de cette volonté de collaboration du psychiatre avec les thérapeutes locaux. Ce sont les parents de malades toxicomanes, ayant séjourné à Jacquot, qui l'ont accréditée. Cette collaboration devait idéalement se manifester par l'échange de malades en cas d'échec de l'une ou l'autre partie. Le psychiatre se voyait déjà débarrassé de tous les toxicomanes qui lui menaient la vie dure à Jacquot. Aux échanges des premiers temps devait succéder une période d'étroite collaboration, propice à des stages effectués dans les institutions respectives. Auparavant, une enquête anthropologique devait vérifier ce qui justifiait la renommée du thérapeute, ou du moins se faire l'interprète des deux cultures.

Proche des quatre-vingts ans, notre guérisseur est un vieillard solide et égrillard. Appartenant au groupe *holli*, société d'anciens chasseurs maintenant agriculteurs, apparenté au groupe *yoruba*, ce thérapeute s'est installé il y a plus de cinquante ans à quelques kilomètres de la demeure paternelle. Il y vit avec quatorze de ses épouses et sa progéniture. Marié aussi au Nigeria où il se rend fréquemment, ce thérapeute exerce une partie de son pouvoir en distribuant des femmes à son entourage. Puisant dans le groupe de ses patientes, il

installe les malades mentales « améliorées » avec ses apprentis, se constituant ainsi une clientèle de fidèles qui lui doivent tout. Cette accumulation et redistribution de femmes lui permet d'acquérir une main-d'œuvre gratuite pour cultiver ses terres. Ses nombreux fils sont dispensés des tâches agricoles et se consacrent en partie aux soins des malades mentaux, à qui ils distribuent potions et remèdes. Ses épouses sont chargées de la préparation des repas des malades sans accompagnant.

Ce guérisseur se définit avant tout comme un phytothérapeute (7), adepte de la divinité *Osanyin* (8). Une part de son savoir sur les plantes est héritée de son père, dans une chaîne classique de transmission lignagère, mais il a néanmoins appris bien d'autres choses en voyageant à travers le pays et le Nigeria voisin. Spécialiste du *Bo* (envoûtement et désenvoûtement), qui est à l'origine de la plupart des désordres mentaux, ce thérapeute soigne les maux de ventre, le gonflement du corps, les paralysies des membres inférieurs et supérieurs, l'épilepsie, les plaies rebelles, la lèpre, l'impuissance et la cécité, principaux signes du *Bo*.

Comme beaucoup de spécialistes des désordres mentaux, notre interlocuteur affirme la prépondérance de l'intervention des êtres humains dans l'explication causale des maladies mentales. Jalousies, rivalités de tous ordres, sont à l'origine de la plupart des cas qu'il traite. La maladie mentale comme châtiment des dieux ou comme appel d'une divinité est limitée à des cas bien précis, au sujet desquels la famille du malade a généralement oublié une promesse faite à une divinité, ou transgressé un interdit.

Adepte et prêtre de *Shango* — divinité du Tonnerre — ce tradipraticien est aussi adepte de *Omoolu* — divinité de la terre, qui se manifeste à travers les maladies éruptives dont la plus fatale est la variole —, et de *Osumare* — divinité de l'arc-en-ciel, symbolisée par un serpent qui se mord la queue. Ces trois divinités marquent son identité lignagère, tandis que *Osanyin* marque son identité sociale de guérisseur : il est d'ailleurs interdit à n'importe qui d'autre que lui ou ses collaborateurs d'entrevoir cette divinité, dont la force *ase* lui a permis d'acquérir sans dommage la multitude de *Bo* qui font sa renommée nationale et régionale. Choisi par son père pour lui

(7) *Amawato*, littéralement celui qui fait des médicaments feuilles.

(8) *Osanyin*, entité des feuilles médicinales et liturgiques, est détentrice de l'*ase* — pouvoir, vitalité, force —, dont les dieux eux-mêmes ne peuvent se passer (cf. VERGER P., 1957 : 229. Note sur le culte des Orisa et Vaudun à Bahia, la baie de tous les saints au Brésil, et à l'ancienne côte des Esclaves en Afrique, Dakar, *mém. Ifan*, 609 p.). Cette divinité est fréquemment honorée par les chasseurs du fait de leur proximité dans la forêt.

succéder, non pas après consultation divinatoire ou signe prémonitoire, mais parce que, parmi ses frères, il était le seul à remplir les conditions morales liées à cette fonction, le thérapeute ne sait pas encore qui va lui succéder. Mais il ne voit pas d'urgence à désigner son héritier, car il possède un *Bo* contre la vieillesse. Nous avons pu constater que certains de ses enfants étaient beaucoup moins vaillants que lui!

Son village thérapeutique est organisé comme une entreprise familiale : un fils aîné résidant au village fait office de secrétaire, car il est allé à l'école primaire jusqu'au cours moyen première année. Il tient de manière plus ou moins régulière le cahier des entrées et sorties des malades, à l'instar des cahiers servant aux statistiques nationales de santé publique que l'on trouve dans les dispensaires. Ce cahier, commencé en 1981, recense 104 malades sur plusieurs années et s'interrompt en 1984. Sa tenue avait pour objectif l'obtention d'une carte de guérisseur pour son père, et quand celle-ci a été obtenue, le cahier n'a plus eu d'utilité. Des fils plus jeunes et un neveu s'occupent de la collecte des plantes, de la distribution des médicaments et de la réception des malades lorsque le responsable est en tournée. Apprentis, ce sont de simples exécutants. Seul le secrétaire, qui a appris le *Fa* auprès d'un oncle, accompagne son père en tournée et l'assiste dans certaines procédures de diagnostic, lorsque la divination par les cauris se révèle insuffisante. Les malades et leur entourage ont cependant toujours le loisir de s'adresser au devin de leur choix.

J'ai effectué deux séjours dans le village de ce guérisseur. Pour le premier, j'accompagnais le psychiatre durant un week-end. Ce dernier venait placer un patient toxicomane que ses différents actes de délinquance — dont une agression violente sur un infirmier qui souffrit d'un traumatisme crânien — interdisaient de séjour à Jacquot, l'ensemble du personnel et des malades ayant atteint le seuil de tolérance à son égard. Depuis la destruction des cellules et compte tenu de la pénurie de médicaments, Jacquot ne disposait plus de moyens coercitifs pour maîtriser les malades violents et c'est pourquoi l'alternance d'un séjour chez un tradipraticien avait été envisagé. Chez le guérisseur, on entrave le pied des malades, en phase aiguë de troubles, dans un tronc d'arbre coupé et on les soumet à une diète rigoureuse fondée sur la suppression de tout condiment, oléagineux et protéine. Parqués tel du bétail, les malades ont pour seul abri dans une forêt au sol dégagé le feuillage des fromagers, qui les protège du soleil lorsque les parents ne leur ont pas construit un lit en branchage surélevé, protégé par un « apatam ». Unealebasse ou une vieille boîte de conserve leur sert de pot de chambre. Cloués au sol par le tronc d'arbre qui les retient prisonniers, les malades ont seulement la possibilité de s'asseoir et de s'étendre. Éloignés les uns les autres de cinq ou six mètres, ils sont isolés au creux de légères

dépansions formées par l'érosion du sol. Nous avons vu une très vieille femme atteinte de sénilité, abandonnée depuis plus d'un an par sa famille et qui depuis lors était entravée car elle avait tendance à faire des fugues. Semblant accepter sa situation de prisonnière, elle nous accueillait toujours avec une parole aimable lorsque nous passions devant elle. Les malades en voie de guérison sont logés dans une vaste bâtisse en banco, cloisonnée en petits box comme dans un pensionnat. Là, malades et accompagnants dorment et préparent leurs repas. Les malades « améliorés » et les nouveaux arrivants sont logés dans différentes petites chambres du village.

Lors de ce premier séjour, plus encore que les conditions de vie pourtant effroyables des malades aigus, ce qui nous a frappé, c'est la résignation parfois enjouée des malades et des familles, qui semblaient trouver la situation toute naturelle. Voici l'exemple d'un jeune étudiant toxicomane, qui avait fait plusieurs séjours à Jacquot, et se trouvait entravé à la lisière de la forêt; il nous apostropha d'un discours tour à tour savant et politique sur la nécessité pour lui de fumer du « ganja », avant de nous remercier de notre visite et de nous demander de passer régulièrement le voir pour lui faire la conversation, faisant remarquer que là où il était, il avait peu l'occasion de converser avec des lettrés!

Au cours de ce week-end, nous avons assisté à un rituel de purification pour une nouvelle patiente. Jeune mariée, elle était accompagnée par son mari, inquiet des signes d'agitation et de dissociation qu'elle montrait depuis quelques temps. Le psychiatre décela chez elle les signes d'un accès dépressif, mais aucun entretien ne permit d'approfondir le diagnostic. Quelques semaines plus tard, je la retrouvais entravée dans la forêt des malades aigus, l'air totalement absent. Son vieux mari l'avait laissée là et revenait une fois par semaine lui apporter sa nourriture.

Lors de mon deuxième séjour, j'étais accompagnée d'un interprète et nous avons passé une semaine au village. Absent la plupart du temps, le thérapeute nous avait confié à l'un de ses jeunes fils, un gredin fini, au comportement incestueux à l'égard de la dernière et jeune épouse de son père, avec qui nous avions sympathisé et qui nous préparait nos repas. Étrangère à ce milieu, elle était originaire de la vallée de l'Ouémé. À la suite d'un mariage malheureux, elle avait épousé le thérapeute, par l'intermédiaire d'une entremetteuse qui lui avait fait miroiter une dot importante. Mariée depuis deux ans, elle attendait en vain cette fameuse dot, qui devait lui permettre de monter un commerce. Pour l'heure, elle préparait et vendait des boulettes de nougatine que venaient régulièrement lui voler les enfants de son mari. Elle était mère d'une adolescente de treize ans et avait perdu des jumeaux dans une fausse-couche, ce qui signifiait pour elle

le terme de sa fécondité, raison de son mariage avec un vieillard après avoir été reniée par son premier mari. Notre hôtesse était amère à cause de l'attitude désinvolte de son nouveau mari, qui ne l'avait en aucune manière soutenue lors du récent décès de son père. Plus que l'absence de dot, c'était l'absence physique et financière de notre hôte, lors des funérailles paternelles, qui l'affligeait et elle se promettait de le quitter dès qu'elle aurait à nouveau quelques économies.

Les malades

Parmi les trente-cinq malades séjournant chez le guérisseur lors de notre passage, dix-huit sont fixés à des troncs d'arbre, quatre vivent dans la grande bâtisse, quatre autres dans des chambres donnant sur le village et neuf anciens malades sont installés dans le village. Ce dernier groupe est constitué de quatre femmes qui ont épousé des apprentis et de cinq hommes qui cultivent les champs du thérapeute. Parmi les malades enchaînés, huit sont accompagnés de parents qui s'occupent de leur entretien : une vieille femme sénile et deux toxicomanes sont logés parmi des malades atteints de troubles plus profonds. Les dix malades sans accompagnant sont nus ou en haillons. Parmi eux, une jeune femme enceinte de six mois qui aurait été violée par un apprenti (9), car elle est attachée depuis huit mois. Une vieille épouse du guérisseur, ex-malade atteinte de plaies aux jambes et devenue unijambiste, est chargée de l'alimentation des malades livrés à eux-mêmes. En tout, il y a vingt femmes malades pour quinze hommes malades, mais parmi les malades reclus en forêt, il y a dix hommes et huit femmes. — Parmi les huit malades en voie de guérison, un hémiplégique qui a retrouvé l'usage de son bras, un lépreux, un épileptique et une femme souffrant de plaies longues à guérir côtoient quatre malades mentaux dont les troubles aigus ont cessé.

La clientèle hospitalisée est composée en majorité de paysans habitant le voisinage. Pour le reste, les malades hébergés dans le village sont de petits notables venus du Nigeria ou de Porto-Novo. Les fins de semaine voient affluer commerçantes, hommes d'affaires et politiciens, venus chercher auprès du guérisseur les talismans qui vont leur permettre de neutraliser leurs rivaux. C'est essentiellement avec cette

(9) D'après la jeune épouse du guérisseur, son mari est totalement ignorant de ce crime, ce qui tend à prouver qu'il ne se rend pas fréquemment auprès des malades enchaînés. Quand nous avons fait une remarque sur l'état avancé de grossesse de cette femme devant un des fils de notre hôte, ce dernier nous a rétorqué qu'elle n'était pas enceinte mais parasitée !

clientèle que notre hôte fait recette. Les malades issus du monde rural n'ont que leurs bras pour rétribuer le guérisseur, même si une somme variant de dix mille à vingt mille francs CFA au minimum (10) est toujours exigée en début de traitement. Le thérapeute explique une grande partie des rechutes et de la chronicisation des malades par le non-accomplissement des rituels de guérison. Une mise à mort symbolique de la maladie à travers des sacrifices animaux assure théoriquement une guérison complète. La plupart des malades attachés dans la forêt ont eu des périodes de rémission, pendant lesquelles ils ont été hébergés dans le village. Lors de notre séjour, la période de réclusion des malades variait de quelques semaines à un an. Le thérapeute estimait à quatre mois la durée moyenne de réclusion, mais il s'est refusé à préciser le taux de rechute qu'il imputait à la crise économique dont les effets sont ressentis par tous.

Notre hôte s'étant montré peu prolixe sur ses techniques de soins, c'est par l'observation et un recoupement d'informations que nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : le thérapeute voit les malades à leur arrivée ou quelques temps plus tard s'il est absent. Il les reçoit dans sa chambre où est installée sa divinité *Osanyin*. Une divination par les cauris, complétée parfois par une divination *Fa* effectuée par son fils, le secrétaire, lui permet d'établir une étiologie et d'élaborer un programme de traitement, qui est alors confié à ses apprentis. Les malades arrivés en phase d'agitation aiguë sont d'abord confinés dans la forêt après administration de puissants sédatifs (11). Le traitement des malades qui vivent dans la forêt est laissé à l'entière responsabilité des apprentis placés sous l'autorité du plus jeune fils du guérisseur, la mère de ce fils, ancienne malade unijambiste, gérant l'intendance. Le guérisseur lui remet tous les dons en nature que lui apportent les familles des malades. Très autoritaire et vindicative, cette femme fait régner la terreur parmi les co-épouses et son fils unique en profite pour s'arroger des privilèges que son statut de cadet lui interdit. Son comportement de petit délinquant est connu de tous, y compris de son père, qui se refuse à le corriger par crainte de son épouse, laquelle nous paraît présenter toutes les caractéristiques d'une sorcière désignée (vieillesse, stérilité ou presque — elle n'a qu'un enfant — et verveur du langage — chaque matin nous étions réveillés par ses éclats de voix!).

Les préparatifs des festivités villageoises, à l'occasion de la sortie du couvent de quatre nouveaux adeptes de la divinité du Tonnerre, ne

(10) Équivalent à deux ou quatre cents francs français.

(11) Il s'agit de plantes non identifiées et qui, ingérées en décoration, font dormir deux à trois jours les malades les plus agités.

suffisent pas à expliquer ce climat d'hyperexcitation qui règne chez notre hôte. Le séjour ultérieur du guérisseur chez le psychiatre conduira celui-ci à porter un diagnostic d'hypomanie. Mais ce qui nous étonne pour l'heure, c'est l'absence d'autorité dont le thérapeute fait preuve vis-à-vis des siens, l'insolence de ses fils et de ses femmes contrastant singulièrement avec la déférence que lui témoignent ses clients. Le thérapeute, lors d'une visite à Jacquot le jour de la présentation d'un malade, va montrer le même étonnement à l'égard du psychiatre. En effet, l'entretien avec un malade et les discussions qui s'en suivent, lors de la présentation de cas du jeudi matin, vont lui paraître comme un signe de complaisance et de manque d'autorité à l'égard des malades. De la même façon, il aura du mal à comprendre pourquoi le médecin-chef a fait détruire les cellules tout en se plaignant de la violence des malades.

Certains troubles mentaux exigent une contention du malade, et la camisole chimique est une violence aussi terrible que l'enchaînement à une masse de bois. Mais ce qui me choque le plus dans le village thérapeutique, c'est moins ce passage obligé par la force que la durée de la contention. Théoriquement prévue pour calmer le malade avant de lui prodiguer des soins, elle se substitue peu à peu à tous les rituels de réhabilitation du malade.

Ce séjour, s'il a détruit les illusions que je pouvais encore avoir sur les tradipraticiens spécialistes des maladies mentales (12), m'a surtout frappée par la similitude des positions du thérapeute et des malades en secteur psychiatrique et en secteur traditionnel dans le Bénin d'aujourd'hui. En effet, l'un et l'autre accueillent une majorité de malades solitaires — les familles ne se présentant que pour les déposer dans un lieu ou dans un autre, lieux qui se substituent l'un à l'autre —, et lorsque le malade mental est accompagné, c'est le plus souvent par une vieille mère sur qui retombent tous les soupçons de sorcellerie. En psychiatrie comme en médecine traditionnelle, le traitement n'est jamais poursuivi jusqu'à son terme — par manque de moyens, disent les familles ; la cohésion familiale n'est plus une valeur dans l'économie d'aujourd'hui. Les rites d'identification et de resocialisation sont accomplis avec parcimonie, quand ils ont lieu ; ce qui oblige notre thérapeute, en dépit de son grand âge, à continuer ses voyages pour placer ses talismans qui trouvent encore grâce aux yeux de ses clients.

(12) Une visite chez un marabout, spécialiste des maladies mentales dans un village intégriste au Sénégal oriental, m'avait déjà confrontée à la violence des traitements non biomédicaux et à l'exploitation des malades par les soignants, qui dépassait largement l'habituel travail compensateur exigé dans les relations de clientèle du malade avec son thérapeute.

Le psychiatre et le tradipraticien se trouvent chacun à l'extrémité d'une chaîne dans une position sociale fragile ; le tradipraticien a une autorité de plus en plus ténue dans le monde moderne et le psychiatre a une autorité qui n'est pas encore assise. Cette marginalisation de l'un et de l'autre explique à notre sens ce désir de légitimité qu'ils recherchent l'un auprès de l'autre. Le premier cherche à médicaliser sa pratique, en s'attachant à élaborer une nosologie qui intègre des concepts biomédicaux, tandis que le second essaye de rattacher la personne humaine à un complexe plus vaste que les réseaux du triangle Œdipien. En reconnaissant la légitimité des étiologies locales, la psychiatrie béninoise aspire à devenir le lieu thérapeutique privilégié du passage entre tradition et modernité.

CONCLUSION

Les positions marginales du tradipraticien et du psychiatre permettent l'expansion d'autres thérapeutes, mieux inscrits dans la logique sociale du quotidien. Les églises nouvelles et les nouveaux cultes *vodun*, dont les pratiques de soins privilégient les rituels (prière, exorcisme, adorisme, sacrifices), replacent l'individu souffrant dans un nouvel ensemble communautaire, fondé sur une adhésion individuelle. Le tradipraticien classique, avec ses modèles de référence qui tendent à devenir obsolètes, et le biomédecin à la vision trop organiciste et psychologisante de la personne, ne répondent que pour une part minime à l'attente de leurs patients. Chez l'un et l'autre, on vient chercher des remèdes sous la forme de plantes et de talismans pour le tradipraticien et de médicaments biochimiques pour le psychiatre. L'avenir de la psychiatrie réside dans la multiplication des pathologies d'acculturation, dont elle est déjà reconnue comme un spécialiste si l'on considère les motifs de consultation (échec scolaire et difficultés professionnelles).

Au terme de mon séjour au Bénin, je ne sais toujours pas si mon travail a véritablement répondu à l'attente qu'on en avait. Au cours de l'apéritif d'adieu réunissant l'ensemble de l'équipe médicale qui m'avait accueillie, la remarque la plus émouvante fut celle qui disait le bénéfice retiré de mes interventions d'aspect anodin, lors des présentations de malades où je tentais de replacer dans leur contexte sociologique les discours et les actes des uns et des autres. Si la méthode d'observation participante m'avait été imposée par mon objet d'étude (l'institution psychiatrique), les outils d'analyse étaient bien ceux de l'anthropologie classique. Ma participation que je qualifiais de militante dans l'introduction de ce texte, si elle m'a permis de mieux m'intégrer au sein d'un groupe, me laisse perplexe

quant au rôle que doit jouer l'anthropologue au sein d'une institution. Tour à tour chauffeur (pour ramener les malades chroniques « stabilisés » dans leur famille), psychologue de groupe (pour permettre la verbalisation des conflits latents), avocate du diable (pour dynamiser des discussions qui s'enfermaient dans une langue de bois), j'ai souvent eu le sentiment de me perdre dans des rôles de composition. Heureusement, mes travaux de recherche sur d'autres fronts me permettaient de retrouver ma vraie nature d'anthropologue.

Je suis toujours embarrassée par le rôle de démiurge qu'on tend à faire jouer à l'anthropologue, depuis que l'échec ou la difficulté de mise en œuvre de politiques de santé publique dans les pays en voie de développement, est plus ou moins officiellement admis par l'ensemble des organismes de développement et des gouvernements locaux.

L'intégration de pratiques de soins locales à des institutions biomédicales, l'explication culturaliste des échecs que rencontrent les soins de santé primaire, me paraissent participer plutôt d'un processus de relégitimation du pouvoir biomédical et du pouvoir politique que d'une véritable remise en cause des hypothèses de départ qui ont conduit à l'échec constaté.

Le rôle de l'anthropologue et celui du psychiatre ou de tout autre biomédecin n'est pas d'officialiser les pratiques de soins des thérapeutes locaux. Une tentative en ce sens est sans doute le meilleur moyen de les rendre inopérantes, comme le prouve la désertion dont les guérisseurs sont l'objet, lorsqu'ils sont intégrés à des institutions biomédicales. En décrivant la diversité des choix thérapeutiques, des modèles de référence et de leurs logiques, l'anthropologue invite les politiciens de la santé à la modestie.

Sida et représentations de la maladie

Éléments de réflexion sur la séropositivité
et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Laurent VIDAL*

Présenté à juste titre comme un puissant révélateur de l'état de fonctionnement des systèmes de santé publique qu'il met à l'épreuve, le Sida soumet dans le même temps à la réflexion anthropologique des interrogations et lui impose des modalités d'approche de la représentation et de la gestion de la maladie qui résument et prolongent à la fois dans des directions originales les acquis de la discipline. L'étude (1), entamée à Abidjan sur les représentations du Sida et les caractéristiques anthropologiques de la prise en charge des séropositifs, offre à cet égard des éléments d'analyse qui illustrent les enjeux méthodologiques et théoriques de l'approche de cette maladie.

Par-delà trois principaux axes de recherche (1. le parcours thérapeutique du malade, 2. les représentations de la maladie, 3. les réactions de l'entourage), nous nous proposons de mettre en évidence les mécanismes de gestion de l'information sur la maladie, dans leurs implications sur la connaissance du Sida (au niveau du malade, de ses proches) et sur les attitudes qui en découlent (mise à l'épreuve de la cohésion familiale, recours thérapeutiques engagés).

* *Anthropologue, Orstom, BP 293 Abidjan 04, Côte-d'Ivoire.*

(1) Débutée en juin 1990, cette recherche s'effectue dans le cadre d'un protocole d'accord réunissant l'Orstom (département Santé et Programme Sida), l'Institut national de la santé publique (INSP, Abidjan) et l'institut Pasteur d'Abidjan. Nous tenons à remercier les Docteurs Malick Coulibaly et Douhourou Coulibaly, responsables des centres antituberculeux d'Adjamé et Treichville, ainsi qu'Adama Coulibaly, directeur du service d'Épidémiologie de l'INSP, qui ont accueilli et permis le démarrage de ce programme de recherche.

CONTEXTE MÉDICAL ET APPROCHES SOCIOLOGIQUES D'UN OBJET DE RECHERCHE

D'une signification et d'une portée épidémiologiques incontestables, le choix de séropositifs en traitement pour une tuberculose (2) se révèle porteur de multiples implications dans la perspective d'une anthropologie de la maladie : séropositifs et tuberculeux, ils offrent un discours et une pratique constamment modelés par cette double référence, qui influence de façon complexe la connaissance qu'ils ont de leur séropositivité.

Par ailleurs, si l'on excepte les services des maladies infectieuses des deux grands centres hospitaliers d'Abidjan, nous avons dans les centres antituberculeux (CAT) l'une des plus importantes proportions de séropositifs de l'ensemble des structures sanitaires du pays. À cette importance numérique des tuberculeux séropositifs et à la pertinence anthropologique de la rencontre de deux maladies (Sida et tuberculose) s'ajoute — justifiant notre intérêt pour les CAT — l'organisation de la prise en charge médicale. Un véritable suivi médical est en effet mis en place, tout d'abord dans le cadre du traitement antituberculeux (d'une durée de six mois avec des consultations tous les deux mois) et, ensuite, pour la surveillance de l'évolution clinique de la séropositivité (rendez-vous tous les deux à six mois suivant l'état de santé du malade).

Dès leur prise en charge, tous les malades subissent une prise de sang dont les résultats sont connus du médecin lors de la deuxième consultation : les éléments de discours sur la séropositivité, que nous évoquons par la suite, laissent clairement entrevoir que ni la nature de l'analyse sanguine effectuée ni les résultats précis de celle-ci (en termes de séropositivité et/ou de Sida) ne sont systématiquement révélés au malade. Des conseils de prévention et la remise de préservatifs accompagnent théoriquement le diagnostic médical. Si l'on s'en tient aux informations contenues dans les dossiers médicaux, conseils et préservatifs n'auraient été délivrés que dans 40 % des cas

- (2) Environ 40 % des tuberculeux en traitement dans les deux CAT (centres antituberculeux) sont séropositifs. Partant de l'analyse des données socio-démographiques des dossiers des séropositifs pris en charge sur une période d'un an (du 10 juillet 1989 — date de début des tests du CDC d'Atlanta — au 10 juillet 1990, soit 1101 malades), nous avons constitué un échantillon de 110 malades. Afin d'en faciliter l'élaboration, et dans la perspective d'une démarche plus qualitative sur les mécanismes de la connaissance de la maladie et des relations interindividuelles face au problème du Sida, nous nous sommes contentés de retenir deux variables pour constituer cet échantillon : le sexe (80 % d'hommes) et la nationalité (55 % d'étrangers). Les deux tiers de ces personnes ont pu être rencontrées (les autres étant décédées ou disparues) : c'est donc autour de cette population que nous avons entamé notre recherche.

(pour l'échantillon de 110 malades). Ces données, très difficiles à évaluer (3) ne modèlent pas directement notre attitude vis-à-vis des séropositifs. En effet, nous n'évoquons pas d'emblée la question du Sida avec les malades, attendant d'abord de cerner le degré de connaissance de leur maladie. Nous leur demandons ainsi s'ils connaissent les résultats de leur prise de sang ou, plus généralement, l'existence d'un « problème au niveau du sang ». Dans le cas de réponses négatives, nous évitons de révéler au malade sa séropositivité, information pouvant — et devant ? — intervenir lors de prochaines rencontres avec le médecin. En revanche, il nous arrive de reprendre les conseils de prévention mal compris : cette attitude médiane adoptée avec le malade se justifie par la double volonté, d'une part, de ne pas interférer avec l'approche de la séropositivité du médecin et de l'assistante sociale et, d'autre part, de ne pas provoquer de bouleversement dans le système de représentation de sa maladie que se constitue le séropositif, déjà suffisamment influencé par les interventions extérieures — comme nous allons le voir — et dont il convient d'analyser, et non de modeler plus que notre seule présence pourrait le faire, les mécanismes.

La population de base de notre recherche — au sein de laquelle l'échantillon de 110 malades a été constitué — possède un certain nombre de caractéristiques socio-économiques rassemblées par le personnel médical dans les dossiers individuels, au même titre que les renseignements sur l'évolution de la maladie. Ces données, permettant de situer dans une perspective plus globale les éléments de réflexion qui suivent, nécessitent une approche double : générale (les chiffres des deux CAT confondus) et comparative (Adjamé/Treichville). Si l'on rassemble les données concernant les malades des deux CAT, la jeunesse (71 % des séropositifs ont entre 20 et 39 ans) et la masculinité (78 % d'hommes) des effectifs caractérisent cette population de séropositifs. Ajoutons que les femmes sont touchées plus jeunes que les hommes (avec une pointe entre 20 et 25 ans, contre 35-40 ans chez les hommes). La forte proportion

(3) À Adjamé, seuls 8 des 44 dossiers disponibles (sur 50) de l'échantillon font état de conseils et/ou de préservatifs donnés, contre 32 sur 58 (l'échantillon en comprend 60, 2 ont disparu) à Treichville : n'assistant pas aux consultations, il est difficile d'expliquer cette différence par une occultation quasi générale de l'information par les médecins d'Adjamé, plutôt que par une fréquence importante d'oublis sur le dossier d'une information bien délivrée. Le discours du malade se pose ici en contrepoint important à l'attitude des médecins.

d'étrangers s'avère en outre remarquable (4) (seulement 45 % d'ivoiriens) avec des différences d'un CAT à l'autre : à Treichville, ceux-ci constituent 63 % des malades (dont 28 % de Burkinabé et 16 % de Maliens) contre 45 % à Adjamé. Au niveau de la religion, des pratiques quelque peu distinctes s'observent dans les deux CAT. Les malades soignés à Treichville (5) se disent majoritairement musulmans (53 % contre 45 % à Adjamé), alors que l'on trouve à Adjamé une plus forte proportion qu'à Treichville d'adeptes des églises synchrétiques (9 % et 2 % respectivement). L'analyse des activités professionnelles des malades tendrait à montrer que ceux de Treichville sont issus de catégories plus démunies que les séropositifs pris en charge à Adjamé. Les petits vendeurs ou employés dans le commerce (17 %), les manœuvres (12 %) et les « ménagères » (16 %) sont nettement plus représentés à Treichville qu'à Adjamé (respectivement 8 %, 4 % et 10 %) où, en revanche, nous rencontrons plus de commerçants ou de gérants (11 % contre 7 % à Treichville). Deux dernières données permettent d'étoffer ces quelques éléments de comparaison entre les malades des deux CAT : ceux de Treichville ont un niveau de français globalement inférieur à ceux d'Adjamé (niveau faible ou moyen : respectivement 78 % et 66 % ; bon niveau : 18 % et 27 %) et ils arrivent lors de leur prise en charge dans un état physique plus grave que les malades d'Adjamé (mauvais : 35 % contre 23 % ; bon : 22 % contre 33 %).

Ces seuls chiffres rendent évidemment difficile l'établissement de profils socio-démographiques fiables des séropositifs — même si les données concernant le sexe et l'âge semblent discriminantes : ils constituent plutôt un cadre de référence, avec des particularités notables d'un CAT à l'autre, dans lequel s'inscrit notre approche du Sida au niveau de l'individu séropositif et de son entourage.

- (4) Même si nous ne disposons pas des résultats du recensement général de 1988, qui nous permettraient de comparer l'ensemble de ces données avec celles relatives à la population abidjanaise.
- (5) Au CAT de Treichville, les malades viennent essentiellement des communes du sud d'Abidjan (Treichville, Koumassi, Port-Bouet) et des villes et villages du littoral. Au CAT d'Adjamé se rassemblent les malades du nord de la ville (Yopougon, Abobo, Adjamé).

LE SIDA DANS SES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

La multiplication des recours

Perçus dans leur déroulement chronologique et leurs différentes étapes, les itinéraires thérapeutiques des séropositifs se caractérisent par un recours initial très rare au centre antituberculeux — même si le malade reconnaît avoir « toussé » dès le début —, et par le choix fréquent de la médecine « traditionnelle » (6), suivant des modalités variées (recours à un guérisseur, don ou achat de plantes, ceci à différentes périodes du processus thérapeutique). L'arrivée au CAT, parfois au terme de six ou sept étapes de soins, ne clôt nullement le parcours du malade qui peut, non seulement développer parallèlement une automédication (utilisations de la pharmacopée, de remèdes achetés dans la rue ou en pharmacie), mais aussi interrompre son traitement ou son suivi médical pour se tourner vers la médecine « traditionnelle ».

Les formes multiples que prennent les premiers troubles (fièvres, toux, amaigrissement, diarrhées, problèmes cardiaques, etc.) et les fréquentes rechutes dont sont victimes les séropositifs compliquent la trajectoire du malade, qui retourne à des pratiques ou à des structures de soins délaissées dans un premier temps pour offrir, sur l'ensemble des cas étudiés, un panorama complet du système de soins en activité : de l'infirmerie, du travail à l'hôpital en passant par le dispensaire, la clinique privée, la maternité, le centre de protection maternelle et infantile, mais aussi le revendeur de médicaments, le guérisseur ou l'homme d'Église.

Retour au village et sorcellerie : jalons d'un parcours

Succession de démarches originales, le parcours thérapeutique du séropositif tuberculeux — dans ses motivations et ses influences — révèle des aspects essentiels de l'élaboration des représentations individuelle et collective (au niveau de la famille et plus généralement des relations amicales ou professionnelles) de la maladie. Les problèmes matériels, financiers notamment, ne sont certes pas absents du processus de décision suivi par le malade. Ainsi, alors que certains malades suspendront leur traitement, ne pouvant régler les amendes

(6) À titre indicatif, 9 des 73 malades rencontrés affirment être directement allés au CAT et 43 avoir utilisé des « médicaments africains », à un moment ou un autre de leur maladie.

occasionnées par un retard (7), d'autres rejeteront les propositions de recourir aux services d'un guérisseur, pour des questions de coût.

Ces cas de figure mentionnés, le jeu d'influences réciproques entre l'itinéraire du malade et les conceptions de la maladie qu'il côtoie, n'en demeure pas moins principal. Dans cette perspective, notons une première série d'attitudes marquées par le thème — récurrent dans une population de malades majoritairement étrangère — du retour au village ou au pays, envisagé ou réalisé. La persistance des troubles, malgré le traitement suivi, motive le départ au village — au sein de la famille —, dans la perspective d'un recours aux soins « traditionnels ». Il arrive cependant que l'aggravation de l'état de santé transforme cette option thérapeutique en simple volonté de l'entourage d'éviter le décès à Abidjan, et toutes les charges que celui-ci impliquerait. Traduction de l'incertitude et même de l'impuissance face à une maladie aux formes multiples, inscrite dans la durée, le projet qui s'articule autour de ces deux motivations demeure toutefois l'objet de discussions et, parfois, de conflits lorsque le malade n'en est pas à l'origine.

Les pressions des proches parents pour retourner au village, quelles que soient leurs conséquences (départ ou non), s'accompagnent de représentations précises du système de soins « traditionnels ». Les cas de refus de la décision familiale sont à cet égard explicites : ils sont le fait de malades très réticents vis-à-vis de tout recours à une thérapeutique « traditionnelle », soit qu'il convienne de ne pas « mélanger » les traitements, soit que celui en cours apparaisse comme le moins mauvais, soit, enfin, que l'utilisation incompétente de plantes puisse provoquer « d'autres maladies ».

Si l'on considère maintenant l'ensemble du parcours suivi par le malade — et non plus la seule perspective d'un retour au village —, on peut dégager quelques préoccupations qui, au-delà de la quête de la guérison, organisent les représentations de la maladie. Certains malades, dans la recherche de l'origine de leur problème de santé, élaborent un système d'interprétation qui survit aux différentes démarches thérapeutiques engagées. L'agression en sorcellerie — thème dominant, ici — apparaît au détour d'une étape de l'itinéraire suivi par le malade (recours aux compétences divinatoires de guérisseurs, marabouts ou hommes d'Église) mais ne bouleverse, paradoxalement, pas ce parcours. Elle l'enrichit d'une donnée importante qui

(7) Alors que le coût des six mois de traitement s'élève à 120 F, les amendes pour une interruption de la prise des remèdes, obligeant à reprendre le traitement au début, peuvent atteindre 300 ou 400 F. Même si la totalité de l'amende n'est pas exigée pour la reprise des soins, l'existence de cette dette à honorer perturbe la relation du malade au médecin, au point d'intervenir dans la décision d'abandonner le recours au CAT.

implique l'histoire familiale (à travers des conflits pouvant remonter à l'enfance du malade), mais ne remet pas en question le traitement en cours au CAT. En effet, la mise en cause d'un « sort » dans le déclenchement de la maladie précède systématiquement la prise en charge médicale : en d'autres termes, celui qui identifie l'origine de la maladie (un acte de sorcellerie) n'est pas nécessairement perçu comme le plus apte à mener à bien la guérison. L'attitude des responsables de l'Église du christianisme céleste, à laquelle appartiennent certains des malades suivis, s'inscrit dans cette conception du traitement. Ainsi, après avoir dénigré les recours précédents (notamment « traditionnels »), ils demandent que le leur — à base de visions prédictives et de prières — soit abandonné si une amélioration de l'état de santé n'est pas sensible. Dans le même ordre d'idées, mentionnons le cas de ce guérisseur qui, ayant saisi à la fois l'origine et la gravité de la maladie, reconnaît son incompetence pour ce type d'affection et oriente le malade vers les « docteurs ».

Médecines en jeu : échanges et confrontations

L'itinéraire du malade orienté par un guérisseur vers un représentant de la médecine moderne illustre une deuxième série de faits marquants (après la référence à la sorcellerie) relatifs à la connaissance par les séropositifs de leur maladie : les intrications et les échanges entre les « médecines » sollicitées. N'évoquant jamais le Sida (8), ce malade juge inutile d'avoir recours à des guérisseurs pour « ce type de maladie » (cette attitude peut d'ailleurs lui être dictée par un guérisseur, nous l'avons vu). Toutefois, il cautionne la démarche de ses oncles, amenés à procéder à des sacrifices recommandés par un autre guérisseur. Cette position ambiguë, tout en se justifiant par le respect d'obligations familiales (le recours des parents à une consultation divinatoire afin d'élucider la cause de la maladie (9), est favorisée par la nature même des affections dont il souffre : répétées, parfois insensibles aux traitements habituels — au point de faire admettre que « la maladie dans le sang n'a pas de remèdes » —, elles provoquent une reconsidération du lien établi entre médecines « moderne » et « traditionnelle ». Que le recours à l'une n'exclue pas l'usage de l'autre est un phénomène connu. En revanche, plus significatives demeurent les fluctuations du rapport à ces options

(8) Il parle uniquement de « microbes dans le sang » consécutifs, selon lui, à des inhalations de peinture (il est peintre-tôlier dans un garage).

(9) Les parents de ce malade béninois s'adresseront à un guérisseur béninois, qui demandera un sacrifice destiné aux puissances tutélaires de la famille délaissées par le patient.

thérapeutiques, pouvant aller jusqu'à la remise en cause de l'efficacité de tel ou tel recours.

Tout d'abord, une connaissance précise de la nature de la maladie (séropositivité, risque de développer un Sida, compréhension des mesures de prévention) peut s'accompagner d'une volonté de tenter le recours aux techniques « traditionnelles ». Cette démarche, motivée par l'incurabilité du Sida, revêt un aspect original lorsque le malade projette de tester biologiquement le traitement engagé auprès du guérisseur. Le désir d'obtenir une confirmation sérologique de la guérison témoigne de la spécificité de la représentation du Sida chez ces malades : une guérison symptomatique n'est peut-être qu'une simple rémission, comme celle qu'ils ont connue dans les premiers temps de leur maladie. Le degré de connaissance de la maladie — sur lequel nous allons revenir — est ici déterminant puisqu'il autorise une forme de rencontre, improbable pour d'autres affections, entre les systèmes thérapeutiques.

Parallèlement à ces rapprochements effectués sur des bases inédites, qui obéissent à une conception précise — « scientifiquement » étayable — de la guérison, l'évolution complexe de la maladie provoque une réévaluation à la baisse non seulement de la médecine dite moderne (10) mais, plus paradoxalement, des pratiques « traditionnelles ». Dans ce cas, le recours au guérisseur est discrédité devant la persistance des troubles. Il s'agit là d'une position à la fois ferme — l'existence de thérapeutes « spécialistes » du Sida ne modifiera pas leur appréciation — et spécifique au mal dont ils souffrent.

INFORMATION ET CONNAISSANCES DE LA MALADIE

Dans son cheminement, le séropositif donne à voir les principales caractéristiques de sa perception de la maladie : son intensité, sa durée et ses multiples aspects imposent une recomposition du paysage thérapeutique auquel il est habituellement confronté. La compréhension de ces mécanismes de représentation de la maladie serait toutefois incomplète si l'on ne revenait pas en détail sur les

- (10) C'est l'attitude, compréhensible, de certains malades qui ignorent leur séropositivité et remettent en cause la validité d'un diagnostic médical, à leurs yeux flou et qui, surtout, ne l'accompagne d'aucun traitement réellement efficace, puisque les problèmes de santé se multiplient. La guérison de la tuberculose — mentionnée dans 55 des 102 dossiers disponibles de notre échantillon et intervenant en moyenne 9 mois après la prise en charge — ne constitue à cet égard qu'une rémission et, par là, une rechute ou l'apparition de nouveaux troubles décourage le malade de retourner au CAT, tant pour se traiter que pour assurer la simple surveillance de sa séropositivité.

modalités d'acquisition et le contenu de la connaissance individuelle de la maladie, dans ses relations avec l'interprétation véhiculée par l'entourage familial.

Un malade entre le sida et ses interprétations

Un cas précis permettra de mieux saisir les enjeux de l'analyse de l'information liée au Sida. Le malade en question — mécanicien dans une société publique — affirme tout d'abord n'avoir pas entendu parler de son « sang » par les médecins traitants, ni d'aucune précaution à prendre pour éviter une maladie qu'on lui aurait présentée comme non contagieuse (il souffre par ailleurs d'une péricardite). Ignorant à la fois sa séropositivité et le risque de développer un Sida, il fait également état de l'absence de diagnostic lors de l'hospitalisation précédant sa prise en charge au CAT (intervenue alors qu'il était dans un état physique « satisfaisant »). Enfin, il impute au silence des médecins de l'hôpital l'évocation par son entourage d'un possible Sida. Il conteste cette interprétation sous le prétexte qu'il « n'a pas eu de diarrhées », symptôme caractéristique selon lui de la contamination par le virus du Sida. En revanche, toujours avant son arrivée au CAT, il émet l'hypothèse d'un empoisonnement consécutif à un sort jeté et contre lequel sa mère intervient en lui amenant, au sein même de l'hôpital, des remèdes à base de plantes. Plus tard, voyant son état de santé s'améliorer au cours de son traitement au CAT — et alors qu'il a repris son travail après un arrêt de 4 mois —, il n'évoque plus d'empoisonnement, mais continue à prendre les « remèdes » confectionnés par sa mère et des guérisseurs, notamment lorsqu'il se sent fiévreux.

La confrontation des deux sources d'information (milieu médical et entourage) s'impose ici comme un élément essentiel de la représentation par le malade de son affection : d'un côté, la non-reconnaissance du Sida et l'efficacité soulignée du traitement de l'hôpital et du CAT et, de l'autre, l'évocation de la maladie doublée de la problématique de sorcellerie. Le malade opère dès lors un choix, récusant sur la base de ses propres connaissances l'hypothèse du Sida et s'éloignant de l'interprétation sorcellaire, pour ne retenir que le problème cardiaque (la péricardite) : la mise en place de cette représentation de la maladie s'effectue en conservant une image positive des traitements proposés par les médecins et les guérisseurs.

Effets d'annonces : représentations de la séropositivité et de la prévention

Le lien entre l'information, variée et contradictoire, gérée par le séropositif, et la représentation de la maladie que celui-ci élabore

mérite d'être analysé de façon systématique à partir de quelques données suggérées notamment par le cas que nous venons d'évoquer : la perception de l'annonce médicale relative à la nature de la maladie ; les notions de contagion et guérison ; la transmission de l'information à autrui et les effets de son hétérogénéité sur la connaissance de la maladie. À l'exception des malades ayant déjà subi un test sérologique lors d'un passage à l'hôpital, les résultats de l'analyse sanguine sont le plus souvent communiqués lors de la deuxième consultation au CAT, soit deux mois après la prise en charge. Variable à la fois dans la formulation par le médecin — en fonction du niveau d'instruction et de la réaction supposée du malade — et dans sa perception par le séropositif, l'information relative au Sida donne lieu à de multiples interprétations de la nature de l'affection et des conseils de prévention, parfois fort éloignées du projet initial des médecins. Si l'on considère pour le moment les seules variables « Sida » (le malade se sait-il séropositif ?) et « prévention » (a-t-il assimilé les conseils de prévention relatifs à la transmission du VIH ?), trois cas de figure se présentent : 1. le malade est au courant de sa séropositivité et des mesures de prévention, 2. il ignore l'une et l'autre, 3. bien que ne se sachant pas séropositif, il a assimilé les conseils des docteurs.

La notion de « séropositivité » recouvre en elle-même des formulations, et donc des compréhensions de la maladie, variées (11). Sièges du virus, le sang focalise les représentations de la séropositivité, qu'il soit « sale », « pas bon », « mélangé », « faible », « insuffisant » ou qu'il contienne des « microbes » ou une « bête » (12). Le discours sur la nature de la maladie contient par ailleurs, bien évidemment, des références à la tuberculose qui influencent parfois profondément les représentations de la contagion, de la guérison et, plus généralement, du message préventif propre au Sida. Avant d'en venir à ce problème spécifique à la population de malades suivie, penchons-nous sur le lien entre la compréhension de la séropositivité et celle des conseils de prévention : quels conseils ont été retenus et à quel risque le malade pense-t-il s'exposer s'il ne les suit pas ?

Quantitativement, le message préventif est mieux assimilé que l'explication sur la nature de la maladie : 57 des malades interrogés ont compris la nécessité de prendre des précautions dans leurs relations sexuelles alors que 16, soit ne font état d'aucun conseil (ou uniquement

(11) À titre indicatif, sur les 73 malades rencontrés, 13 se savent séropositifs ou porteurs du virus du sida et 32 ont conscience d'avoir une maladie au niveau de leur sang. En revanche, 26 n'évoquent jamais leur sang ou disent n'avoir reçu aucun commentaire sur leur prise de sang. Enfin deux malades auraient appris que leur sang « était bon ».

(12) Il est plus rarement question d'une « bête dans le corps », d'une « mauvaise maladie » ou d'un « problème dans le sang ».

lié à la transmission de la tuberculose : avoir une bonne hygiène, manger seul, ne pas boire d'alcool ni fumer), soit mentionnent des précautions non respectées. Ces quelques données sur la relative méconnaissance de la séropositivité (28 des 73 malades) et la compréhension satisfaisante des mesures de prévention (57 malades sur 73), ne doivent pas occulter la grande hétérogénéité des mécanismes de perception de la maladie.

De tuberculose en Sida : guérison et contagion

La notion de conséquence, en termes de risque pour la santé du malade, du non-respect des conseils médicaux entretient des relations complexes avec la problématique de la guérison et de la contagion. Le malade qui a assimilé les mesures de prévention situe le danger de leur abandon de la façon suivante : aggravation de la maladie, possible mort, Sida ou encore réapparition de la tuberculose. Ceci étant, la perspective d'une guérison existe. Prenons le cas de ce malade qui se sait atteint d'une « maladie dans le sang » (il ne parle jamais de Sida mais uniquement de tuberculose) et reconnaît avoir cessé toute activité sexuelle, sur les conseils des docteurs. Il estime que l'abandon de son abstinence pourrait retarder sa guérison. Mentionnons également ce malade qui accepte les mesures de protection pendant les relations sexuelles, d'autant plus facilement qu'il les juge provisoires : jusqu'à sa guérison.

Évoquons enfin, le cas d'un séropositif inscrivant sa maladie dans une durée limitée qui, tout en ayant conscience du risque de transmettre sa « toux », sa tuberculose à sa femme s'il ne fait pas attention, décide de mettre un terme à la période d'abstinence observée jusqu'alors, sans pour autant avoir recours aux préservatifs.

Le thème, lancinant chez les malades, d'une confusion des représentations de la tuberculose et du Sida est fréquemment lié à une analyse de leur propre contagiosité. C'est le cas du malade qui regroupe les différents conseils médicaux (une série d'interdits : piment, alcool, tabac, femmes) pour en conclure qu'il peut transmettre sa maladie et qu'il doit donc « manger seul » : la connaissance du Sida, réduite ici au seul enregistrement d'une mesure de protection de la vie sexuelle, est totalement diluée dans l'approche préventive de la transmission de la tuberculose. Plus explicites sont les attitudes des séropositifs qui s'estiment non contagieux — que les conseils aient été ou non compris — et qui imputent uniquement à l'« autre » — un partenaire sexuel séropositif — le risque d'attraper le Sida. Du rejet sur l'autre de la responsabilité de contracter dans l'avenir le sida, au refus de l'idée d'avoir le Sida sous prétexte que l'on « n'a

pas pu être contaminé », une même distance par rapport à la menace de cette maladie voit le jour.

La tuberculose, en revanche, n'est guère l'objet d'une telle mise à l'écart, au point d'ailleurs d'être sollicitée, parfois de façon exclusive, pour justifier le discours de prévention des médecins : certains malades estiment que le suivi des conseils, assimilés par ailleurs dans leur totalité, protège contre la transmission ou le retour de la seule tuberculose. Ces quelques exemples, loin d'épuiser le contenu du rapport établi entre la contagion, la tuberculose et le Sida, confirment toutefois l'existence d'un hiatus entre la perception des éléments de prévention et les représentations de la maladie dans sa nature, son évolution et ses modalités de transmission. Certes, en particulier parmi les malades conscients de leur séropositivité, les mesures de prévention sont perçues sans ambiguïté et Sida et tuberculose nettement distingués. Mais, dès qu'un élément d'information soulève un problème ou donne lieu à des interprétations contradictoires, le message préventif est alors adapté à un système de représentation de la maladie — on ne parle plus de Sida —, fortement individualisé et enrichi par les modalités de gestion de l'information du milieu familial. Cette situation, aux conséquences importantes sur le plan épidémiologique (que va-t-il se passer si les malades qui connaissent les mesures de prévention tiennent des discours et adoptent des attitudes contredisant les objectifs de celles-ci ?) trouve une « raison anthropologique » dans la réaction de l'entourage du malade.

ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE

En nous plaçant non plus sous l'angle des choix thérapeutiques — objets fréquents de conflits, nous l'avons vu, entre le malade et son entourage —, mais dans la perspective de l'interprétation de l'information et de ses effets sur les relations interindividuelles, quelques attitudes méritent d'être explicitées.

Contenus et destinataires de l'information

La crainte ou, au mieux, les réticences du malade à évoquer avec l'entourage son affection dans sa nature et ses conséquences — que l'on se sache séropositif ou simplement atteint d'une maladie « dans le sang » — demeurent quasi générales. Rares sont ceux qui assument leur maladie au point de multiplier les confidents dans le cercle des relations familiales ou amicales. Ce choix prend différentes formes et obéit à des considérations variées.

Certains malades affirment tout d'abord n'avoir aucun confident : ce sont des personnes qui se savent séropositives et qui exercent une censure sur leur séropositivité, mais pas sur leur problème tuberculeux. La crainte de la réaction du conjoint et des proches parents en général explique cette décision qui n'exclue pas cependant l'évocation des conseils délivrés par les médecins, quitte à les rattacher à la seule tuberculose (13). Marginale — à l'instar de la connaissance effective de la séropositivité —, cette attitude laisse le plus souvent place à un compromis dans le partage de l'information : le malade effectue un tri dans le contenu ou les destinataires de l'information qu'il possède. Tantôt le conjoint, la mère ou le père, tantôt un simple ami — à l'exclusion de toute autre personne — seront prévenus de la nature de la maladie et des mesures qui l'accompagnent. Les malades, conscients de souffrir de deux affections, ne se contentent pas de sélectionner leurs confidentes et tiennent à la disposition des différents membres de leur entourage un discours variable sur les caractéristiques de leur maladie. La tuberculose sera ainsi évoquée avec les parents (père et/ou mère), le Sida uniquement avec des amis ou, encore, la « maladie dans le sang » avec le frère. Touchant directement à la sexualité, les conseils des médecins — et donc la maladie qui les impose — sont difficilement partagés avec les parents (père, mère), même si le malade sollicite habituellement leur écoute pour tout autre problème de santé.

Le refus d'évoquer largement avec l'entourage la maladie révélée par l'hôpital ou le CAT est essentiellement motivé par la peur d'être rejeté ou, au moins, évité par ses amis ou ses parents.

Réactions de l'entourage et représentations du Sida

Cette crainte ne découle pas uniquement d'une projection sur autrui de ses propres représentations de la maladie. Il existe certes des malades qui restent extrêmement discrets sur leur maladie de peur d'être abandonnés par la fiancée — totalement ignorante de leurs problèmes de santé — ou par le frère aîné qui les héberge. Dans la même optique, nous avons rencontré un malade qui juge inutile de se confier, pensant bientôt guérir. Plus généralement, la réserve du malade est le fruit d'une expérience vécue, à des degrés divers, de l'ostracisme de ses proches. Le cas de figure le plus fréquent est en effet le suivant : dans la première phase de sa maladie, le patient

(13) Cela peut aller jusqu'à la diffusion auprès d'amis d'une information sur l'utilisation des préservatifs (sans préciser, bien entendu, que pour leur part cet emploi est lié à leur séropositivité).

souffre de troubles visibles (amaigrissement, fatigue, notamment) qui suscitent dans son entourage des réflexions sur la nature de ce mal. L'hypothèse du Sida, perçu avant tout comme une maladie qui fait maigrir, est alors avancée par ceux qui côtoient le malade. Bien que ne recevant aucune confirmation de leur « diagnostic » par le malade, ces personnes tendent à marquer une certaine distance dans leurs relations avec celui-ci. Cette attitude évolue avec l'état de santé du malade. Il se remet peu à peu de ses premiers troubles, sous l'effet des traitements engagés, et ceux qui l'évitaient reconnaissent s'être trompés dans leur pronostic ! Le discours dominant dans l'entourage ne fait alors plus référence au Sida.

Paradoxalement, l'évocation par autrui du Sida lors des premières manifestations de la maladie ne provoque pas chez celui qui ignore sa séropositivité une prise de conscience de cette éventualité. Dans ce cas très précis, l'attitude changeante de l'entourage accroît l'incertitude du patient quant à la nature exacte de sa maladie.

Quelle que soit maintenant la connaissance du malade de sa séropositivité, la versatilité d'une partie de ses proches a, d'une part, des conséquences sur sa vie personnelle (rupture au sein du couple, par exemple) et, d'autre part, conforte sa représentation négative du Sida : de maladie incurable, elle devient maladie qui marginalise. L'exclusion ou l'évitement ne sont toutefois le fait que de certains membres de l'entourage — plus relationnel ou professionnel que familial. Si la famille rejette rarement le malade avec lequel elle cohabite, il lui arrive d'évoquer avec crainte le Sida ou cette « maladie dans le sang » contagieuse. Ceci étant, on ne peut opposer à la persistance du thème du Sida dans l'entourage une réponse spécifique du malade. Il peut, en effet, aussi bien confirmer l'hypothèse formulée par ses proches (qu'il se sache séropositif ou plus vaguement atteint d'une maladie nécessitant telles mesures de prévention), que s'attacher à la contredire, à la fois pour rassurer ces derniers et par crainte de réactions de rejet.

L'expérience vécue par un jeune Burkinabé (apprenti-électronicien de 25 ans) résume bien la complexité du traitement de l'information relative à la maladie dans les relations interindividuelles. Dans les premiers temps de sa maladie, son amie évoqua le Sida au point de rompre avec lui. Ce fut aussi l'appréciation de certains de ses amis qui manifestèrent dès lors moins d'empressément à venir lui rendre visite. Lui-même pencha alors pour cette interprétation qu'il finit, toutefois par rejeter : le thème du Sida appartient, dans ses propos, aux seules réflexions passées de son entourage et il lie les conseils de prévention au risque pour sa partenaire de contracter la tuberculose ou une « maladie de sexe ». Ses amis changèrent par la suite de comportement vis-à-vis de lui et ne parlèrent plus de Sida.

Depuis sa prise en charge par le CAT, il a informé sa nouvelle amie des précautions à prendre. Il rend compte également des consultations au CAT à un ami médecin (14), mais cache à son père et à sa mère tout ce qui se rapporte à sa « maladie dans le sang ». À l'image de cette situation, il apparaît que la multiplication des sources d'information et des réactions, souvent contradictoires, des différents intervenants dans le système d'interprétation de la maladie, loin de conforter une perception univoque de l'affection et des enjeux de prévention, donne lieu à des attitudes fortement individualisées.

À cet égard, le discours médical tenu dans les CAT — ainsi que dans les structures hospitalières qui accueillent parfois le malade —, tout en constituant une étape importante dans le processus de gestion de l'information sur la maladie, ne s'impose pas comme une référence unique. Le séropositif, ses parents, ses amis et plus généralement le vaste réseau des relations (voisins, collègues de travail, etc.) interviennent tous à des niveaux variés, non seulement dans le parcours thérapeutique mais aussi dans la progression de la connaissance de la maladie. Ce rôle influent du « groupe » va de pair avec une hétérogénéité des réactions confondues des malades et de leur entourage. Concrètement, se savoir séropositif n'implique pas une attitude « type » dans le partage de l'information, à la fois dans son contenu (nature de la maladie et conseils de prévention) et dans le choix de ses destinataires. Même si une plus grande réserve semble de mise chez les malades conscients de leur séropositivité, chacun n'en a pas moins à sa disposition un discours qui prend des formes variées, suivant la place occupée par son destinataire dans le système de relations familiales ou amicales. Nous avons par ailleurs remarqué que l'ignorance de la nature exacte de la maladie ne s'accompagne pas d'une ouverture systématique à des interprétations extérieures. L'attitude du malade est plus durablement influencée par l'expérience des réactions négatives de l'entourage à l'irruption de sa maladie, ajoutée à ses propres représentations d'une maladie située « dans le sang », inscrite dans la durée et la répétition, et contraignante pour la sexualité.

*
**

La position de cette recherche dans le champ de l'interdisciplinarité (médecine - santé publique — anthropologie) se justifie par des impératifs initialement méthodologiques : notre réflexion s'engage, de fait, autour de malades pris en charge par une structure sanitaire

(14) Ce médecin ignore la séropositivité de son ami, se demandant si les malades suivis au CAT subissent un dépistage du VIH.

précise. Au fur et à mesure de l'approche des interprétations de la maladie et des mécanismes de réponse de l'entourage, cette nécessité devient objet d'analyse. En effet, les systèmes de représentations de la maladie évoqués ici, dans leurs contenus, leurs motivations et leurs conséquences sur la vie sociale du malade, constituent de véritables prismes d'interprétation du discours et de la pratique médicale, des objectifs de la santé publique et de thèmes centraux de l'anthropologie de la maladie.

Le Sida — qu'on le nomme ou qu'on l'évoque par des métaphores descriptives — introduit d'emblée un cheminement thérapeutique complexe, fait d'échanges entre pôles médicaux variés. L'évolution à la fois imprévisible et grave de la maladie aboutit à une véritable mise à l'épreuve du système sanitaire moderne. Par-delà la connaissance de sa maladie, le séropositif vit une affection qui persiste et prend de multiples formes (même si la tuberculose motive la prise en charge médicale). De plus, se sachant atteint d'une maladie incurable, le malade réévaluera la portée du traitement médical en cours. Cela n'exclue pas la satisfaction de voir son état de santé s'améliorer et la tuberculose guérir : la menace que fait peser le discours préventif relativise simplement ce succès et marque donc, aux yeux du malade, les limites de l'intervention de la structure de soins fréquentée.

L'évaluation des différents recours thérapeutiques, à laquelle se livre le malade dans sa recherche du meilleur traitement, se double chez celui-ci d'une approche originale de quelques objets d'études essentiels de notre discipline. Mentionnons ici les notions de guérison et de contagion qui, à travers la nature même du Sida et les représentations de la prévention qui en découlent, ouvrent sur le thème central de la gestion de l'information liée à la maladie, dans ses effets sur les conceptions du Sida et les réactions de l'entourage.

Participation caritative ou concertation :

alternatives à l'assistance médico-sanitaire
prodiguée aux Yanomami du Venezuela

Jean CHIAPPINO*

L'assistance sanitaire dispensée à des sociétés de culture très éloignée de la nôtre, telles que les sociétés amérindiennes de forêt, serait-elle condamnée à ne dépendre que de « bricolage » et de bonnes volontés ? C'est ce que pourrait donner à penser l'apparente paralysie du dispositif de soins concernant les Yanomami du Venezuela, si l'on ne prenait en compte la différence majeure entre les tâtonnements initiaux et les hésitations d'aujourd'hui face aux limitations de la biomédecine.

L'évolution de l'assistance médico-sanitaire destinée aux Yanomami du Venezuela (1) se caractérise non seulement par une adaptation à la situation épidémiologique et sociologique de cette population, mais aussi par l'intégration d'un personnel indigène. Aucune des techniques traditionnelles ne sont néanmoins incorporées. De la diversité des enjeux dont fut l'objet l'assistance médicale et de la divergence des stratégies déployées peuvent être dégagées les conditions formelles

* UCV. FACES (faculté des Sciences économiques et sociales - section d'Ethnographie - Caracas, Orstom-Venezuela.

(1) Les Yanomami constituent un groupe de chasseurs-essarteurs de plus de 21 000 personnes, occupant un territoire qui s'étend de part et d'autre de la frontière vénézo-lano-brésilienne. Dans la partie vénézuélienne, le territoire des Yanomami — un des quatre sous-groupes linguistiques composant la société Yanomami dont il sera question dans le texte — recouvre l'aire des sources de l'Orénoque et celle de ses premiers affluents. Ces Yanomami forment une population de plus de 10 000 personnes, sans compter les Sanema, sous-groupe linguistique septentrional dont on dénombre quelque 2 500 individus (cf. recensement de 1982 : OCEI, 1985). C'est le groupe amérindien le plus important du Territoire Fédéral Amazonas, le plus isolé aussi géographiquement et le moins intégré à la vie nationale.

d'organisation, qui permirent aux dispositifs d'assistance successifs de dépasser les obstacles rencontrés. Nous verrons que cet effort ne peut se réaliser ni à travers l'autonomie du personnel, pas toujours médical, employé dans ce type d'assistance ni à travers l'indépendance de l'institution médicale. S'il veut avoir quelque chance d'être efficace, le fonctionnement d'un dispositif sanitaire concernant de telles populations ne doit pas seulement relever d'une politique de santé : il doit aussi tenir compte des particularités sociologiques des populations et de leur participation. La collaboration des sciences sociales au dispositif sanitaire est une forme d'assurance sur ses possibilités d'adaptation.

HISTORIQUE

La période de participation caritative

Jusque dans les années soixante-dix, le service de soins concernant les Yanomami était confié aux deux ordres missionnaires en place : les Salésiens — ordre catholique italien — et les New Tribes Missions (NTM) — organisation évangéliste fondamentaliste nord-américaine (voir à ce sujet TAYLOR C.W. et COGGINS W. T., 1961).

L'assistance prodiguée par les congrégations salésiennes était et se trouve encore régie par la « loi des Missions ». Cette loi, votée en 1915, et ses décrets d'application définissaient les devoirs des missions catholiques — les premières implantées sur le territoire national et les seules reconnues par cette loi — à l'égard des communautés indigènes et de la nation. Leur revenait ainsi le droit d'évangéliser les populations du Territoire Fédéral Amazonas (TFA).

Or, en 1946, après un premier repérage effectué depuis la Colombie, un missionnaire des New Tribes Missions s'installa inopinément en territoire Yanomami, territoire non encore soumis à l'influence salésienne. Cette installation souleva de vives polémiques de la part des Salésiens, forts du droit que leur avait accordé la loi des Missions. Saisi de l'affaire, le ministère de la Justice, assisté par le département des Affaires indigènes, autorisa en 1954 les New Tribes Missions à séjourner dans les zones où les Salésiens n'avaient pas encore pénétré. Pour fixer les droits et les devoirs de cet ordre, on eut recours au décret contrôlant le motif et la durée du séjour des personnes dans les zones indigènes du territoire national.

Cette solution, habilement retenue, permettait aux autorités de manifester un respect de la liberté constitutionnelle de culte et d'expression et de mettre un terme aux querelles souvent épiques

entamées par les deux ordres sur le terrain. Cette alternative n'empêcha cependant pas ces derniers de poursuivre une lutte larvée, afin d'affirmer leur hégémonie sur la population yanomami, chaque ordre suivant alors une stratégie conforme aux impératifs légaux régissant leur présence et leurs rôles respectifs. Les Salésiens multiplièrent leurs missions le long de l'Orénoque, développèrent en hâte leurs actions à la fois d'évangélisation et d'assistance éducative et sanitaire, afin de démontrer leur capacité à remplir la tâche qui leur était confiée et d'acquérir une zone d'influence optimale. Les NTM, quant à eux, quittèrent finalement leur mission de Mavaka sur les rives de l'Orénoque et se retranchèrent, en 1968, dans la Sierra Parima, zone vierge de tout contact. Ils consacrèrent leurs efforts non seulement à la traduction de leur Bible, mais aussi à la formation de quelques Yanomami destinés à les relayer dans l'action prosélyte qu'ils voulaient mener le plus rapidement possible dans cette zone isolée et difficile d'accès.

De facto, ce contexte stratégique fut le cadre dans lequel allait se situer l'assistance sanitaire dispensée aux Yanomami. Il fut en partie responsable des résistances yanomami au dispositif sanitaire, résistances qui se perpétuèrent bien au-delà de la fixation dans les années soixante-dix des centres missionnaires et de leur zone d'influence respective (cf. fig. 1).

Au moment de l'installation de ces missions, la politique de santé vénézuélienne était entièrement engagée dans l'organisation du dispositif de contrôle de l'endémie paludique, qui sévissait dans toute la partie australe du pays, et s'opposait au développement de cette zone du territoire national (cf. *Ministerio de Obras Publicas*, n. d.). Le service régional de la « Malariologie » était la pièce maîtresse de ce contrôle. Située à Puerto Ayacucho — capitale du Territoire Fédéral Amazonas (TFA) où se déroulent ces événements —, cette institution était chargée d'établir le diagnostic des cas, d'évaluer les résistances aux remèdes antimalariques distribués, de visiter les communautés afin de stériliser (par des fumigations) les gîtes d'anophèles et d'apprécier la progression de l'affection. Ce projet faisait suite aux très importants travaux de drainage et d'assainissement entrepris dès 1936 (2) sur tout le territoire national afin d'éradiquer cette endémie. Les moyens logistiques et financiers dont disposait ce service depuis des années mobilisaient toute l'énergie de la politique de santé et maintenaient dans un état critique les autres services médico-sanitaires (centre hospitalier régional et dispensaires). On comprend dans ces

(2) Ce travail gigantesque a été l'œuvre du Dr. A. Gabaldon quand il était directeur du département de la « Malariologie » du ministère de la Santé.

La période d'organisation de la médecine rurale et des soins de santé primaires

Si les chiffres avancés à l'époque par le service de la « Malariologie » soulignaient une diminution régulière du taux de paludisme dans la région de Puerto Ayacucho — l'effort entrepris pour contrôler l'endémie se révélait efficace, le bilan était bien moins satisfaisant dans le haut Orénoque. Cette situation démontrait la fragilité du contrôle du paludisme dans cette région de Puerto Ayacucho où le risque de réapparition de l'endémie demeurait. L'état sanitaire du TFA, y compris celui des Yanomami dont on découvrait la culture et l'importante population (3), passaient d'ailleurs pour l'exemple de la pénurie médico-sanitaire dans laquelle on maintenait certaines populations du territoire national. Cet ensemble de faits contraignit les planificateurs à envisager dans les années soixante-dix une réorganisation de l'ensemble du dispositif d'assistance sanitaire régional. Des anthropologues travaillant dans la région (cf. J. CHIAPPINO, 1974, 1975; J. LIZOT, 1976; H. SEIJAS et N. ARVELLO JIMENEZ, 1978; C. ALÈS et J. CHIAPPINO, 1985 a, b), commençaient à analyser la situation et à proposer des solutions à l'inadaptation du service de la « Malariologie » et de son application médicale. Pour eux, la résistance des Yanomami à la lutte antimalarique (cause supposée de la persistance du paludisme dans le TFA) relevait de plusieurs explications : quasi-inexistence de l'assistance sanitaire et absence de toute politique indigéniste (concentration des populations autour des centres missionnaires, épuisement des ressources, modifications de leur habitus alimentaire); mais tout autant : imposition brutale des protocoles biomédicaux opérée par le service de « Malariologie » et exploitation de la maladie par certains missionnaires pour satisfaire leurs fins de prosélytes (4). Travaillant sur place en mettant mes compétences de

- (3) Les Yanomami sont l'un des derniers groupes amérindiens vénézuéliens à avoir été « contacté ». Jusqu'à l'expédition franco-vénézuélienne aux sources de l'Orénoque en 1951, l'on ignorait à peu près tout des Yanomami; seuls quelques missionnaires des NTM avaient établi des contacts avec certaines communautés. C'est autour des années soixante-dix que les premiers écrits sur la société yanomami commencèrent à être divulgués (O. ZERRIES, 1964; E. BIOCICA, 1965; J. WILBERT, 1966; N.A. CHAGNON, 1966, 1968, 1974; L. COCCO, 1972; E. MIGLIAZZA, 1972; A. RAMOS, 1972; J. SHAPIRO, 1972; K.I. TAYLOR, 1974; N. et A. LHERMILLET, 1974; D. de BARANDIARAN, 1974, J. LIZOT, 1975 a et b).
- (4) Les Yanomami jugeaient la pratique médicale occidentale, dans son mode parfois brutal d'application, très agressive à l'égard de la personne et contraire, en cela, à leur conception de la santé (les protocoles de lutte antimalarique, en particulier, qui comportaient la fumigation répétée des toitures des maisons, faites contre le gré des Yanomami pour lesquels les fumées sont, au contraire, porteuses des maladies épidémiques). En ce qui concerne l'exploitation de la maladie à des fins prosélytes, nous renvoyons à C. ALÈS et J. CHIAPPINO, 1985 b).

médecin à la disposition des Yanomami (5), j'obtins de collaborer avec le dispositif sanitaire. Je pus dès lors attirer l'attention du département d'Épidémiologie du ministère de la Santé et des Affaires sociales sur ces facteurs et avancer certaines recommandations ; une des premières nécessités était l'indépendance du service sanitaire à l'égard des missions, garantie d'une meilleure acceptation de la médecine par les Yanomami. Les réactions que provoquèrent ces interventions devaient se traduire par une « surenchère médicale » tant des missions salésiennes, voulant manifester leur participation, que des planificateurs dont le propre désir de réforme se trouvait ainsi stimulé. Le désordre produit par cette surenchère s'atténua lorsque ces derniers imposèrent une nouvelle orientation à l'assistance sanitaire régionale et créèrent le service de Médecine rurale et celui des « Soins simplifiés » (*Asistencia Primaria en Salud - APS*), s'inscrivant ainsi dans les perspectives affirmées lors de la Conférence de Alma Ata (1978).

Selon ce nouveau dispositif, les étudiants de médecine étaient tenus d'effectuer, en fin d'études, un an de stage pratique dans un milieu rural et d'assister les auxiliaires de santé autochtones formés à dispenser les soins de base. Cette organisation, qui avait pour but de compenser le manque en personnel des zones les plus défavorisées, devait conduire le service médical à prendre en compte des aspects plus sociologiques des faits de maladie et de santé. La confrontation du terrain permettait aux futurs médecins d'adapter aux circonstances locales l'enseignement académique reçu. Le personnel indigène employé de préférence comme auxiliaire sanitaire aidant, on attendait de ce dispositif une diminution de la résistance des populations, très éloignées de la culture occidentale, à l'application médicale en général et à la lutte antimalarique en particulier. Remarquons toutefois que ce dispositif n'envisageait pas d'intégrer les techniques des thérapeutes traditionnels, comme ce fut le cas dans d'autres pays (la Colombie par exemple). Les médecins étaient responsables de dispensaires ruraux à partir desquels ils contrôlaient les auxiliaires sanitaires chargés de postes de soins, situés dans les communautés plus petites et plus isolées. Dans le cas yanomami, il y avait un seul médecin pour toute la zone. Basé à la Esmeralda, il bénéficiait d'un service

(5) Mon premier contact avec les Yanomami remonte à 1974, date à laquelle j'ai initié à la fois une étude anthropologique de l'activité chamanique yanomami et une recherche sur les modalités d'application de la médecine occidentale à ce type de société. J'ai effectué plusieurs séjours dans la région du haut Orénoque durant les années 1974-1976, dans le cadre d'une mission effectuée pour le compte de *Survival International*, l'Université de Paris VII, puis dans les *highlands* de la Sierra Parima de 1980 à 1991, pour le compte de l'Orstom avec l'appui de l'UCV, de Cordiplan, de la DAI, de la DGRST et du CNRS.

de transport (fluvial ou aérien) et se trouvait relié par radio aux différents postes sanitaires, au service de la « Malariologie » et des Grandes Endémies, ainsi qu'à l'Hôpital régional. Les auxiliaires de santé choisis furent des Ye'kuana, certains d'entre eux, voisins des Yanomami, pratiquant à la fois l'espagnol et la langue yanomami, bilinguisme que les Yanomami de l'époque ne maîtrisaient pas.

Dans une première étape et par facilité logistique (des postes sanitaires propres au service médical ayant été construits à proximité des centres missionnaires), cette organisation déploya ses forces à partir des missions salésiennes du haut Orénoque. En effet, les autorités médicales, qui visitèrent les NTM afin d'analyser la situation de la Sierra Parima et d'intégrer ces missions au dispositif sanitaire, constatèrent tout d'abord que le paludisme n'était pas endémique dans cette zone (les *highlands* de la Sierra Parima ayant une altitude supérieure à 800 m, l'anophèle en principe ne s'y développe pas (6)). Elles jugèrent par ailleurs que ces missionnaires se montraient très réservés à l'égard d'un travail sanitaire pour lequel ils affirmaient n'être pas formés. Ils préféraient — disaient-ils — privilégier leur travail linguistique, et se contentaient d'intervenir dans les cas de maladies graves; ils prenaient pour cela l'avis de médecins de leurs relations, contactés par radio ou invités à un bref séjour dans leurs missions. Outre leur intervention discrète dans le domaine médical, ces missionnaires soulignaient le choix laissé aux Yanomami de les suivre — ou non — dans leur entreprise de conversion, par l'emprunt de concepts métaphysiques indigènes (7) dans l'enseignement de leur doctrine. C'est pourquoi, malgré l'ambiguïté de cette argumentation, les personnalités médicales amenées à les inspecter leur accordèrent la liberté en matière d'assistance sanitaire, au regard du nombre limité des urgences et de l'impossibilité pour le service médical de

- (6) Les cas de paludisme dans la Sierra Parima étaient à cette époque plus rares qu'aujourd'hui. Leur augmentation depuis 1990 semble être due à la recrudescence des séjours effectués par les Yanomami des *highlands* de la Sierra (900-1000 m) dans des zones plus basses du piémont, à l'augmentation de l'infestation paludique dans le bassin supérieur de l'Orénoque et, peut-être, à l'apparition d'une souche d'anophèles supportant l'altitude — ce qui reste à démontrer. De façon plus générale, il y a eu aussi un brusque accroissement de la fréquentation de l'ensemble de ce territoire par des agents externes (*garimpeiros*, touristes, commerçants, pilotes, soldats, etc.).
- (7) Cette organisation suit les méthodes du célèbre *Summer's Institute of Linguistics* (cf., à ce sujet, HVALKO et AABYÈS, 1981) et a pour principe d'éduquer et de communiquer dans la langue vernaculaire. Cette conduite explique qu'il n'y a toujours pas, après plus de 20 ans de présence des NTM à la Parima, de Yanomami parlant l'espagnol dans cette zone. Les Salésiens, qui pratiquaient une éducation en espagnol, étaient accusés, à la même époque et avant l'obligation due à un décret de 1979 de diriger un enseignement bilingue, d'imposer des concepts peu compréhensibles pour les Yanomami, en raison de la censure de la langue yanomami qu'ils opéraient.

contrôler cette région dans l'immédiat ; les autorités médicales, par ailleurs, se firent les fervents défenseurs de la prolongation du séjour de ces missionnaires sur le terrain, accusés, rappelons-le, à plusieurs reprises de prosélytisme fanatique. La prétendue discrétion d'intervention de ces missionnaires masquait en fait de graves conflits liés à leur tactique d'évangélisation — nous ne l'analyserons pas ici —, phénomènes d'anomie que ne pouvaient découvrir les autorités lors de leurs éphémères passages. De fait, grâce à leur réserve, ces missionnaires évitaient les polémiques et le risque de se faire expulser avant de marquer la société de leur influence et de former un petit nombre de familles yanomami destinées à leur succéder dans leur œuvre de conversion des mœurs et des croyances.

Les missions salésiennes, par contre, n'allaient plus pouvoir bénéficier de la liberté d'action qu'elles avaient connue jusque-là. La réforme leur imposait les nouvelles structures du dispositif. Sous l'impulsion œcuménique de Vatican II, ces missions adoptèrent, comme dans d'autres pays, une nouvelle stratégie démontrant désormais une volonté d'adaptation aux spécificités locales. S'intéressant plus profondément à la société yanomami (8) et s'efforçant de lui adjoindre les éléments occidentaux indispensables à sa survie et à l'amélioration de son bien-être (9), ces missions collaborèrent à la nouvelle politique de santé. Elles acceptèrent d'aider le médecin du service de Médecine rurale, lorsqu'il visitait les postes sanitaires proches d'elles (dont certains étaient pourvus d'un auxiliaire de santé ye'kuana, d'autres, d'une religieuse, habilitée par le service médical). Les missions salésiennes devinrent même parfois des lieux de débats, où médecins et anthropologues discutaient de l'aide à apporter et des méthodes à employer pour adapter l'assistance sanitaire ou l'enseignement. Cependant, si l'effort d'adaptation (10) aux conditions sociologiques se traduisit, dans cette région, par un fléchissement des résistances yanomami aux pratiques médicales, le fonctionnement du dispositif rencontrait toujours de graves difficultés et l'état sanitaire des Yanomami ne s'améliorait pas notablement.

En effet, l'assistance, conçue par la nouvelle politique de santé, escomptait obtenir des résultats en misant, d'un côté, sur le savoir-faire des jeunes médecins du service de Médecine rurale et, de l'autre, sur sa position de force en tant qu'institution nationale. Mais c'était

(8) Certains Salésiens se formèrent même à l'anthropologie (cf. M. I. EGUILLOR GARCIA, 1984).

(9) Ils prévoyaient la création de coopératives autogérées, ce qui est aujourd'hui réalisé.

(10) La tolérance médicale avait conduit certains planificateurs à envisager de rendre obligatoire la présence d'un chamane, chargé de conduire une prestation chamannique de cure parallèlement à la consultation médicale.

faire abstraction des problèmes de relations entre les parties présentes sur le terrain, comme des difficultés logistiques et matérielles qui sont le propre de ces régions isolées. Fort de leur position officielle et afin d'imposer leur indépendance face aux missions, les médecins adoptèrent parfois des comportements d'autorité à l'égard des missionnaires, dont le service public était dépendant, ne fut-ce que pour communiquer avec les Yanomami. Les tensions ainsi provoquées mirent en péril le bon fonctionnement du dispositif. De plus, le manque de conscience professionnelle des auxiliaires de santé non missionnaires, dont on avait surestimé les services qu'ils devaient rendre, aggravait la situation. Des facteurs d'ordre économique entraient également en jeu. L'importance du budget nécessaire au fonctionnement du dispositif fut très vite source de critiques et de réticences de la part du gouvernement régional, responsable des transports aériens, comme du service de la « Malariologie » chargé des transports fluviaux. Ces résistances allaient progressivement entraver le programme et un phénomène sociologique propre à l'époque finit par le paralyser définitivement. En effet, le Venezuela connaissait alors un « boom pétrolier » qui laissait espérer une facilité de vie telle que les médecins, épuisés par les déplacements que l'on exigeait d'eux, délaissaient rapidement leur poste, considéré de surcroît comme risqué suivant la représentation populaire de "l'enfer vert". Les auxiliaires de santé indigènes, la plupart du temps abandonnés à eux-mêmes, rejoignaient leur communauté d'origine pour de longues périodes. Les Salésiens, prenant à nouveau la charge des soins dont ils avaient été dessaisis, préféraient travailler dans l'infirmerie de la mission, les centres de soins officiels étant alors abandonnés. De son côté, le service de la « Malariologie » ne parvenait plus à obtenir de son personnel l'abnégation qu'on exigeait de lui (11).

L'euphorie qui avait présidé à la création de ce dispositif décrut. Les planificateurs avaient surestimé le rôle des auxiliaires non médicaux et négligé les rapports de force entre les diverses institutions impliquées dans l'assistance (missions, gouvernement régional, service de la « Malariologie »). Le dispositif perdit ainsi rapidement toute efficacité. Il ne put diagnostiquer à temps certains cas d'hépatite rapidement mortelle et s'opposer à leur apparition dans certaines zones du haut Orénoque. Il fut en outre totalement démuné face à l'endémie paludique à *Plasmodium falciparum*, qui commençait à décimer certaines communautés. Alerté, le département des Grandes Endémies

(11) C'est ainsi que, dès 1975, on assiste à la fois au déclin des activités du service de la « Malariologie » et à la mort du projet de développement du sud du pays (projet « Conquista Del Sur » : Codesur).

du ministère de la Santé organisa alors à grands frais une série d'expéditions, afin d'étudier ces affectations du point de vue immunologique et épidémiologique. Mais ces recherches de prestige, entreprises de façon très épisodique, occasionnaient des dépenses importantes et ne laissaient prévoir que des solutions lointaines ; elles ne pouvaient enrayer le dysfonctionnement du dispositif.

Si, au regard de l'opinion publique de Puerto Ayacucho inquiète de la menace de ces endémies graves, la création du service de Médecine rurale et du service des Soins simplifiés était responsable de l'anéantissement des efforts opérés par le service de la « Malariologie », les planificateurs, eux plus conscients des défaillances du dispositif, envisagèrent de le réorganiser, le considérant comme une solution à ne pas écarter malgré ses difficultés.

La période de concertation sur l'organisation d'une assistance sanitaire intégrée

Dans les années quatre-vingt la présence à des postes clés du ministère de la Santé et du gouvernement régional de certains médecins ayant participé à l'élaboration du dispositif précédent (et donc au fait des erreurs commises) fut nécessaire pour que l'assistance aborde une phase constructive. Ces personnalités décidèrent en effet que l'alternative médicale à retenir devait être un moyen terme entre un service de Médecine rurale et de Soins simplifiés et une recherche biomédicale fondamentale. Selon elles, il était nécessaire de conduire une recherche biomédicale sur les grandes endémies, de s'efforcer d'appliquer les recommandations émanant de ces recherches, et de former et de contrôler le personnel non médical chargé de l'application des soins. Ainsi tous les acteurs de l'assistance devaient travailler en étroite collaboration au sein même du TFA. Ces principes allaient être à l'origine de la création d'un centre original de recherche et d'application chargé de guider, sous le contrôle du ministère de la Santé garant de l'éthique, le dispositif de Médecine rurale et de Soins simplifiés.

C'est ainsi que fut créé en 1983, à Puerto Ayacucho, le Centre amazonien de recherche et de contrôle des maladies transmissibles *Simon Bolivar (Caicet)*.

La situation économique encore florissante du pays fut à l'origine de l'ampleur immobilière du centre (12) et du nombre de ses chercheurs,

- (12) Il se compose d'un vaste ensemble formé de laboratoires (immunologie, parasitologie, mycologie), d'un centre de soins, d'un ensemble administratif, d'une bibliothèque, d'un laboratoire photographique et d'une résidence. Il dépend à la fois du ministère de la Santé et des Affaires sociales, de la Médicature rurale (organisme responsable de la logistique médico-sanitaire) et de la *Gobernación* (gouvernement régional) du TFA.

mais ce sont les principes revendiqués dans son projet d'établissement qui furent responsables d'emblée de sa notoriété, de sa pérennité (13) comme de son influence dans l'adaptation de l'assistance sanitaire régionale. Les chercheurs du centre étaient tenus de diffuser très directement l'information sur les processus morbides de la région et sur leurs recommandations prophylactiques ou thérapeutiques.

Ils animaient des conférences-débats auxquels devaient participer d'autres chercheurs du centre (médecins et sociologues), les acteurs de l'application des soins et les représentants des diverses institutions concernées (hôpital régional, école des infirmiers, auxiliaires et inspecteurs de santé, voire membres du ministère de la Santé). L'aspect régional de l'assistance, soutenu de façon globale par le centre, et le sentiment de participation de chacun — y compris des populations — furent la cause de l'enthousiasme que souleva sa création et des appuis reçus de toute part (14). Ses divers programmes (enquête épidémiologique sur l'onchocercose yanomami — YARZABAL *et coll.*, 1983, 1985 — étude de l'infection tuberculeuse ou des maladies vénériennes présentes dans d'autres groupes ethniques du TFA) lui permirent d'élaborer, progressivement et de manière concertée, un plan d'assistance sanitaire mieux adapté aux besoins et à l'éthique des populations concernées, ainsi qu'aux ressources en personnel de la région (cf. la première réunion de synthèse, intitulée « *Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas* »; CAICET, 1987).

Cette procédure finit par entraîner l'élaboration d'un véritable programme « intégré », le « Projet expérimental APS-Piaroa » (CAICET, 1988), directement appuyé par le ministère de la Santé. Ce projet se proposait, à partir de l'exemple des communautés piaroa choisies

- (13) Les principes revendiqués par cette institution lui permirent de survivre à un changement gouvernemental qui impliquait, à l'époque, le changement des pouvoirs locaux.
- (14) Le ministère de la Santé et des Affaires sociales, le ministère de la Recherche, la faculté de Médecine, l'institut de Médecine tropicale et le département d'Ethnographie — ces deux derniers de l'université centrale du Venezuela de Caracas —, les sections régionales du ministère de la Santé et le conseil de l'Ordre, mais aussi le gouvernement régional et l'archevêché appuyèrent ou collaborèrent avec cette institution.

pour leur facilité d'accès (15), d'analyser les besoins en matière de santé et de déterminer les modalités d'adaptation de l'assistance sanitaire du TFA. Les résultats de ce programme expérimental devaient faire l'objet d'une proposition soumise par le Caicet au ministère de la Santé, afin que ce dernier puisse envisager une refonte de l'assistance sanitaire régionale dans l'ensemble du pays, en tenant compte des particularités épidémiologiques et sociologiques des populations. Jusque-là, cette problématique ne pouvait se dégager qu'avec difficulté de l'analyse des projets diversifiés et ponctuels menés par le Caicet.

La période de déstabilisation de la concertation : la multiplication de projets indépendants

L'apparition de nouveaux acteurs dans l'assistance médicale régionale va cependant bouleverser ce programme. En 1985, des personnalités non médicales élaborèrent un projet d'assistance intitulé « Parima-Culebra ». Ce programme, financé par de grandes entreprises privées, établissait une aide spécifique à la population yanomami. Son objectif était de subvenir au fonctionnement d'un groupe de médecins volontaires, chargés durant leur année de médecine rurale des centres de soins créés à la période précédente. Leur intervention devait suppléer aux visites — trop sporadiques — du médecin du service de la médecine rurale, installé par le Caicet afin de diriger et de contrôler les auxiliaires de santé.

Cette nouvelle entreprise avait l'intérêt de garantir la présence permanente de médecins en territoire yanomami. Néanmoins, les problèmes soulevés jadis par les rapports entre les multiples institutions ne purent être évités. Forts de leur indépendance (due à l'origine privée de leur projet) et de l'appui inconditionnel des missionnaires

- (15) Le Caicet avait en effet réussi, une fois constitué le programme expérimental APS-Piaroa, à rassembler autour d'un dispensaire des médecins praticiens, des étudiants en médecine (en stage de médecine pratique ou sociale), des nutritionnistes, des odontologues, des médecins planificateurs, des anthropologues, ainsi qu'un personnel d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires. Ce dispensaire fonctionnait comme un centre de médecine rurale; il était ouvert à la fois à la population créole des quartiers populaires l'environnant et à la population piaroa (Wothiha) qui en était proche. Les anthropologues dispensaient au personnel une formation anthropologique spécifique. Mandaté par le ministère de la Santé, le Caicet devait, pour sa part, servir de lieu de réflexion (moyennant les salles de réunion qu'il mettait à la disposition du programme) et de relai à l'institution médicale, afin de faciliter le transfert d'un savoir et d'une éthique entre le monde académique et institutionnel et le monde rural et indien. Le ministère de la Santé attendait du Caicet qu'il l'informe des solutions d'adaptation à envisager afin de revoir certaines composantes de la politique de santé régionale.

— lassés de voir l'état sanitaire yanomami abandonné au savoir-faire limité des auxiliaires de santé — trop rarement visités par le responsable du service de médecine rurale, ces médecins ne cherchèrent pas à se joindre à l'effort de coordination et de concertation du Caicet. Fortement impliqués par ailleurs dans leur rôle de praticiens, ils ne participaient pas à l'organisation régionale de l'assistance et du contrôle des maladies transmissibles. Aussi se placèrent-ils dans une position concurrentielle et fortement critique à l'égard du travail de coordination soutenu par cette institution, attitude renforcée par une compétition instaurée avec un autre mouvement associatif d'origine universitaire, porteur du « projet Amazonas » (16).

La multiplication des projets médicaux (il en existe de nombreux autres dans le TFA) est certes une alternative bénéfique au regard des actes pratiqués. Mais l'utilisation politique de ce bénéfice, notamment à des fins privées, peut avoir des effets néfastes sur une assistance concertée. Ce fut d'ailleurs un coup fatal porté aux solutions qui auraient pu se dégager de l'action du Caicet.

Le parallèle établi par la propagande journalistique entre le travail de chacun des mouvements associatifs, sur la base du nombre de cas traités, de la baisse de la mortalité et des processus morbides, ainsi que des personnalités politiques appuyant ces projets, allait à l'encontre des préoccupations du Caicet qui portaient sur le taux croissant du paludisme, le développement de l'hépatite mortelle ou la persistance de la tuberculose. L'autocensure à laquelle devait se soumettre le Caicet, afin de ne pas compromettre le gouvernement au moment où l'opinion publique découvrait la situation dramatique de l'économie du pays et des grands services de l'État, rendait impossible la poursuite de son œuvre. Ce centre ne pouvait divulguer ses observations sans renforcer les critiques violentes adressées au gouvernement par l'opposition, critiques qui annonçaient les sanglants événements de février 1989. À la fin de 1988, au moment où le Caicet devait appuyer son projet de réforme de la politique de santé régionale sur la réalité épidémiologique du Territoire Amazonas, la présentation publique des résultats du travail de personnalités scientifiques, toutes spécialistes des grandes endémies, ne suffit pas

- (16) Ce mouvement associatif s'était de fait créé peu avant l'autre, à l'initiative de chercheurs de l'université centrale du Venezuela. Regroupant des programmes qui émanaient des différentes facultés de cette université (Sciences sociales et économiques, Médecine, Odontologie, Pharmacie et Architecture), ce projet posait comme condition pour tout jeune intellectuel d'aider les populations du TFA. Jugeant que la situation des populations, dans leur ensemble, ne pouvaient se résoudre qu'à travers une perspective régionale, le projet était en accord, dans ses principes, avec l'idée de coordination soutenue par le Caicet. Dans ce sens, il se démarquait nettement du projet Parima-Culebra.

à empêcher la disgrâce du centre (cf. le séminaire « *Primer Curso de Actualizacion sobre las Enfermedades Transmisibles de la Region Amazonica* »; CAICET, 1989). Les mesures budgétaires drastiques, qui paralysèrent alors la vie économique du pays, finirent par avoir raison de la perspective développée par cette institution. Son directeur démissionna et les chercheurs (notamment en sciences sociales), travaillant sur le projet d'adaptation de la politique de santé, durent se disperser. Convaincu que l'effort de réflexion et de coordination conduit par le Caicet demeurerait d'une grande valeur, son nouveau directeur prit la résolution de ne plus diriger que des recherches biomédicales, sans s'occuper de la formation du personnel médico-sanitaire, ni de la divulgation publique des résultats. Pour assurer sa survie, le centre développerait l'aspect élitiste des publications scientifiques, afin de prévenir l'accès du grand public à un état sanitaire éventuellement compromettant.

Le dispositif de soins régional sombra de nouveau dans l'improvisation. Aucun programme ni aucun organisme ou mouvement associatif n'étaient dès lors à même de contrôler l'assistance sanitaire, dispensée aux populations les plus défavorisées du territoire (dont les Yanomami).

Résurgence des bénéfiques de la réflexion et nouvelles perspectives

L'effort de réflexion du Caicet, régulièrement diffusé lors des réunions-débats qu'il organisait, a toutefois eu l'impact escompté. Aujourd'hui les personnels véritablement impliqués dans le dispositif sanitaire sont convaincus qu'il ne faut plus se contenter d'imposer des protocoles biomédicaux et d'abandonner les problèmes de l'application de la médecine à l'initiative individuelle. Bien que la situation actuelle des Yanomami puisse prêter à l'improvisation, en raison de l'état d'urgence que constitue l'envahissement de leur territoire par les *garimpeiros* brésiliens (17) assorti d'une recrudescence d'infections graves, les religieux, les médecins de certains mouvements associatifs, ceux de l'Institut de médecine tropicale et du département d'Épidémiologie du ministère, manifestent un profond désir de concertation. Il semblerait que les problèmes épidémiologiques, écologiques et juridiques, liés à cette situation, conduisent à mieux comprendre les discussions soutenues autrefois au sein du Caicet. L'assistance sanitaire est considérée aujourd'hui comme un problème de stratégie collective,

(17) L'envahissement du territoire yanomami vénézuélien par les *garimpeiros* a été découvert en 1989 (sur ce point, voir J. BORTOLI, 1989).

d'identification des urgences et de programmation d'objectifs; elle dépasse le niveau de la médecine praticienne et concerne de nombreux facteurs sociologiques et épidémiologiques, relevant d'une politique de santé. L'expérience des limites de la toute-puissance de la pratique médicale, confrontée aux endémies, aux mouvements incontrôlés de populations et à la résistance des Yanonami, a accru la sensibilité aux aspects sociologiques de la maladie et de la santé. Le corps médical est désormais convaincu de la nécessité d'une concertation avec les populations — condition indispensable à l'organisation d'un programme d'assistance sanitaire et à l'efficacité d'une politique de santé.

La diffusion de la réflexion par le Caicet a aussi influencé certaines communautés, conscientes aujourd'hui de la nécessité de certains principes biomédicaux. Une demande de participation toute nouvelle émane des auxiliaires de santé, parmi lesquels on trouve deux Yanomami. Il suivent, avec l'accord de leur communauté, la voie empruntée par des auxiliaires ye'kuana et demandent, comme eux, à se former à la « lecture des gouttes épaisses » (élément diagnostic du paludisme) et à la distribution des antipaludiques correspondants. En appuyant le projet des auxiliaires ye'kuana, les NTM, qui les ont tout d'abord formés, manifestent leur désir de collaboration avec l'assistance sanitaire.

De son côté, le département d'Ethnologie de l'université centrale du Venezuela, afin de compenser le manque de formation de ses chercheurs dans le domaine de l'anthropologie « médicale », vient d'ouvrir un enseignement dans cette discipline (intitulé « Culture et Santé - 1991 - »), auquel est associé un programme multidisciplinaire de recherche (en collaboration avec des médecins de l'Institut de médecine tropicale); programme où la recherche fondamentale sur la sociologie de la maladie et de la santé doit servir à l'application médicale, et les connaissances des socio-anthropologues sur les cultures autochtones à former les médecins du service de Médecine rurale et des mouvements associatifs.

Au regard de ces diverses demandes de participation et de l'effort de réflexion poursuivi, il ressort que la situation a grandement évolué, aussi bien pour les anciens tenants d'une assistance caritative ou individuelle, que pour les populations jusque-là contraintes de subir une aide providentielle plus ou moins adaptée à leurs besoins. Néanmoins, si toutes ces manifestations expriment des besoins et une volonté de participation, les acteurs de l'assistance savent aujourd'hui qu'il convient de les situer à leur juste place, au sein de la vaste chaîne d'entr'aide que constitue le dispositif d'assistance sanitaire.

LES CONDITIONS FORMELLES DE LA CONCERTATION

Les principaux agents concernés par l'assistance régionale sont actuellement en quête d'un lieu de débat sur les améliorations envisagées et sur les modalités d'organisation qu'impliquent leurs demandes de formation et de participation ; lieu où s'impliquerait le ministère de la Santé afin que les projets voient le jour et présentent une continuité. Depuis que le Caicet ne remplit plus ces fonctions, ces acteurs s'inquiètent de la multiplication des mouvements associatifs, qui ne sont portés par aucune politique de santé et qui ne prévoient aucune suite à leur action.

La nécessité d'un lieu de concertation et de formation

Afin de poursuivre l'effort de concertation et d'adaptation commencé par le Caicet, les divers acteurs de l'assistance (médecins, anthropologues, missionnaires, auxiliaires de santé ou représentants des groupes indigènes) fréquentent deux types de lieux. Tout d'abord des salles de réunions (sur le terrain à Puerto Ayacucho ou à l'université) qui leur offrent la possibilité de se former et de sélectionner certaines stratégies d'urgence, grâce à la diffusion d'informations favorisées par des institutions telles que le service régional de la « Malariologie », le musée ethnographique de Puerto Ayacucho, le Conseil national de l'indien vénézuélien (Conive) ou l'UCV. Des lieux, ensuite, plus élevés dans la hiérarchie organisatrice de l'assistance sanitaire (département des Grandes Endémies du ministère de la Santé ou Conseil national de la recherche scientifique et technologique — Conicit), qui leur servent de moyen pour étayer leurs projets de participation à la politique de santé nationale (participation notamment à l'élaboration du Plan national concernant l'assistance sanitaire). En effet, bien que l'expérience du Caicet ait échoué, elle a néanmoins permis de prendre conscience d'une nécessaire articulation entre les institutions de soins et les institutions socio-anthropologiques intéressées par les faits de santé, mais aussi entre celles-ci et le ministère de la Santé ; ultime articulation qui doit permettre des adaptations conformes à une politique de santé nationale. Or, aucun des lieux actuellement exploités par les acteurs de l'assistance n'est à même de remplir, à lui seul, les conditions conjointes d'information et de réflexion indispensables à la réalisation de l'adaptation souhaitée.

Face à la situation médico-sanitaire d'un milieu rural isolé, mal connu sur le plan épidémiologique, qui de plus, contraint à recourir à un personnel de recherche et de soins non médical, l'existence d'un lieu de formation, de concertation et de coordination est indispensable ; d'autant plus que la collaboration de ce personnel impose, d'une

part, que celui-ci reçoive une certaine formation médicale et anthropologique et, d'autre part, qu'il soit soumis à un contrôle du savoir acquis et des conduites à tenir. Les acteurs de l'assistance sont aujourd'hui conscients de l'importance de ces conditions nécessaires pour juger de l'utilité d'un tel personnel et de l'opportunité de ses interventions, tant au regard des protocoles biomédicaux que de la politique de santé et de l'éthique médicale. Ce lieu doit donc se charger de la formation médicale du personnel polymorphe employé, mais aussi de sa formation sociologique en l'initiant à des principes éthiques fondamentaux adaptés aux populations. Cette volonté rejoint d'ailleurs les principes éthiques de l'institution médicale qui précise, rappelons-le, que tout soignant a pour devoir de respecter, dans ses actes, les croyances et la morale des personnes à sa charge sur le plan de la santé.

Définition du lieu de concertation

Les fonctions de ce lieu sont précisément celles prises en charge par le Caicet, pour surmonter les difficultés des dispositifs d'assistance successivement élaborés.

La proximité du lieu avec les populations bénéficiaires des recherches entreprises semble capitale pour faciliter le rapprochement des divers acteurs de l'assistance.

La variété immédiatement perceptible des parcours thérapeutiques et la limite des ressources du territoire en personnel rapprochent en effet les deux tenants de cette assistance : d'une part, les plus acharnés d'une politique sanitaire strictement régie par la rationalité biomédicale et, d'autre part, les plus obstinés à clamer l'inadéquation du dispositif médical aux sociétés chamanistiques qui composent, aujourd'hui encore, une très grande partie de la population de cette région (18). Les premiers se recrutent plutôt parmi les médecins, les seconds, plutôt parmi les ethnologues. De plus, la réalité du terrain entraîne leur adhésion à la seule politique de santé viable qui, tenant compte du pluralisme médical et de la limitation des moyens,

- (18) Cette région a la particularité d'être la partie du Venezuela où il y a le plus grand nombre de cultures ; celles-ci présentent par ailleurs un degré d'intégration à la société nationale extrêmement diversifié (15 sociétés amérindiennes représentant, tous groupes confondus, quelque 30000 individus, et une population créole de 46000 personnes — recensement national de 1982 : OCEI, 1986 —). De plus, si les sociétés amérindiennes ont toutes traditionnellement recours — d'un point de vue thérapeutique — à l'activité chamanique, la population créole a elle aussi traditionnellement recours à une activité chamanique singulière, symbolisée par le « culte à Maria Lionza » (technique thérapeutique synchrétique afro-amérindienne).

n'envisage que les priorités médicales (les grandes endémies) et s'efforce d'organiser la complémentarité médicale que les populations tentent de réaliser. La stratégie se limite donc à déterminer les modalités médico-thérapeutiques et prophylactiques à opposer à ces priorités, tout en tenant compte des résistances possibles aux principes éthiques traditionnels les plus irréductibles. Les populations sont progressivement devenues conscientes que les urgences ne peuvent être jugulées par les seules pratiques traditionnelles : il n'est donc pas nécessaire d'intégrer ces pratiques au dispositif (19). Mais il appartient alors à ce centre d'informer le personnel sur les objectifs biomédicaux et sur l'indispensable adaptation des modalités d'application qui peuvent varier d'une population à l'autre (cela constitue la partie socio-anthropologique du programme).

Le transfert des connaissances médicales ou anthropologiques sur les faits de maladies et de santé doit s'effectuer de manière suivie et permanente, pour que le personnel et les populations soient tenus informés de l'avancée des connaissances et bénéficient rapidement des possibilités de contrôle sur la diffusion des maladies ; par ailleurs, il doit emprunter un type de communication orale. Déjà revendiquées par le Caicet, ces conditions permirent aux acteurs de l'assistance d'être aujourd'hui conscients de la nécessité de concertation et d'adaptation de la politique de santé : certains résultats obtenus n'ont jamais été publiés et, quand bien même l'auraient-ils été, ce mode de communication du savoir n'aurait pas eu un tel impact. Afin de résoudre ces problèmes, le lieu de concertation recherché doit être équipé pour autoriser tant les séances de travail qui réuniront médecins et anthropologues que la formation du personnel médico-sanitaire. Il devrait être aussi le lieu de grands débats publics afin que la population soit informée des principes biologiques des affections majeures et assimile la politique de santé suivie et les mesures prophylactiques. Sans la participation de la société civile à ces ultimes mesures, il n'y a aucune possibilité de contrôler ces endémies contre lesquelles la science médicale est elle-même encore très limitée.

Si ces manifestations publiques facilitent la circulation immédiate de l'information, la forme orale favorise à la fois l'établissement d'un

(19) Cette attitude permet d'éviter, dans le cas où la politique de santé consent à intégrer en son sein des tradipraticiens ou des techniques traditionnelles, de s'exposer à la difficulté d'évaluer scientifiquement la valeur de cette catégorie de thérapeutes et de leurs techniques (comme ce fut le cas par exemple en Colombie — cf. M. LOBO-GUERRERO et XOCHITL HERRERA, 1989). En revanche, le fait de former des thérapeutes locaux comme auxiliaires de santé et de leur donner ainsi les moyens d'expliquer, dans leur langue, les bienfaits de tel ou tel protocole, permet d'envisager l'évaluation de la technique médico-sanitaire enseignée à l'auxiliaire, même si cela implique le contrôle de l'application qu'il en fait.

consensus et la communication interdisciplinaire — par l'élaboration d'un langage commun entre chercheurs d'horizons distincts. Elles stimulent aussi d'un point de vue collectif la participation au programme. Chacun étant libre d'intervenir, ces débats permettent que tous (personnel médical, anthropologues, planificateurs, missionnaires, auxiliaires de santé indigènes et public) se sentent concernés par une politique de santé qui se définit au cours de ces réunions. Ces dernières constituent enfin, pour la plupart des personnels et pour la population, la seule source d'information et l'unique moyen de comprendre les objectifs biomédicaux et sociologiques de l'assistance.

Ce fonctionnement soulève cependant un certain nombre de difficultés. Il exige la présence des chercheurs et leur demande du temps. Si ces efforts sont une question de choix pour ceux qui s'engagent, ils doivent être cependant compensés, notamment par des publications sur le travail effectué, puisque c'est sur ce type de production que les socio-anthropologues, plus encore que les médecins, sont évalués. Or il faut bien reconnaître que cette forme de compensation, entre autres, n'a pas été véritablement envisagée par le Caicet; celui-ci favorisait l'enseignement et exaltait le pragmatisme de l'action des médecins, au détriment de la réflexion sur l'assistance et de la reconnaissance de ses acteurs principaux : les socio-anthropologues (20).

Les représentants des sciences sociales étaient considérés, au sein du dispositif de santé, comme de simples conseillers. Leur collaboration se limitait, aux yeux des médecins, au seul domaine de l'épidémiologie traditionnelle. Malgré leur ouverture d'esprit sur le sujet, ces médecins doutaient fortement que l'apport socio-anthropologique puisse produire des informations autres que celles portant sur des représentations

- (20) Il suffit d'analyser le retentissement sur le programme d'adaptation de l'assistance, au moment critique où le Caicet avait à défendre son programme, pour comprendre le malentendu que cela entraîna au Ministère et la réduction opérée par certains médecins à propos de l'aspect socio-anthropologique de la problématique que le centre avait en charge de développer. La rédaction de l'expérience des socio-anthropologues engagés dans le programme ASP-Piaroa aurait permis d'explicitier la problématique de recherche entreprise et d'en faire ressortir l'intérêt. Or cela ne fut pas considéré : d'une part, du fait de la timidité des représentants des sciences sociales à affirmer leur point de vue (ils étaient minoritaires et les médecins du groupe craignaient que leurs arguments soient jugés subversifs par le Ministère) et, d'autre part, du fait de l'assurance des médecins en la valeur, suffisante en soi, de l'énumération quantifiée des processus morbides du TFA pour démontrer la nécessité d'une réforme. La brève présentation de l'organisation et des travaux conduits à partir du dispensaire « pilote » ne pouvaient convaincre le Ministère de l'intérêt de l'entreprise, en raison du manque d'analyse des éléments d'adaptation qu'elle comportait. Aussi peut-on penser que cette stratégie joua aussi un rôle dans le discrédit que connut le Caicet suite à l'audit dont ce centre avait alors été l'objet.

indigènes, immédiatement exploitables par le service médical. Renforçant ce malentendu, les socio-anthropologues, de leur côté, ne démontreraient pas une cohésion suffisante pour stimuler la réflexion sur la réforme de l'assistance.

La création en 1991, à l'école d'Anthropologie de l'UCV, d'un enseignement « Culture et Santé » qui définit les divers aspects de l'anthropologie médicale, devrait favoriser l'adaptation du programme d'assistance en facilitant la collaboration des médecins et des socio-anthropologues au sein du projet. Cet enseignement pourra compenser une certaine carence dans la formation d'un grand nombre d'anthropologues et clarifier, à la fois, leur position face au travail qu'ils accomplissent dans un tel programme et celle des médecins face à la collaboration qu'ils peuvent en attendre. En effet, les aspects recouverts par le libellé « anthropologie médicale » ne permettent pas de définir un rôle dans un programme d'adaptation d'un dispositif de soins. Seuls ceux qui abordent véritablement les aspects sociologiques de la maladie et de la santé, en considérant la totalité de l'organisation des dispositifs institutionnels d'une société, laissent envisager une participation fructueuse — ce que ne permettent d'entrevoir ni le point de vue du relativisme culturel défendu par l'ethnomédecine, ni les aspects plus « transversaux » de l'« anthropologie médicale » constitués par l'écologie humaine ou l'étude de soins en institution (*health care delivery systems*) — (à ce sujet voir AUGÉ, 1980).

Le lieu de concertation comme parc technologique

Les multiples articulations des institutions et des représentations de la maladie (tant celles du personnel polymorphe employé que celles des populations elles-mêmes), que doit considérer le lieu de concertation et de formation, relèvent d'une analyse dont surgira un modèle adapté d'assistance qui ne concerne pas seulement la situation yanomami. Cette entité doit tout d'abord diriger de manière équilibrée un programme « intégré » de recherches biomédicales et de recherches socio-anthropologiques sur les modalités d'application de l'assistance. Elle doit aussi, vis-à-vis du ministère de la Santé, tenir le rôle complexe de « parc technologique » (pour recourir à une notion à la mode utilisée dans les entreprises commerciales, afin de définir une fonction comparable d'innovation et de transfert de technologies); rôle que le Caicet avait fini par s'octroyer sous l'influence des sciences sociales. Cette mission doit lui être confiée par le Ministère, ce qui lui permettra de mener à terme le programme souhaité et de dépasser les difficultés dues, entre autres, au clientélisme politique.

L'évolution de l'assistance sanitaire dispensée à la société yanomami, au Venezuela, nous a montré que sa pratique comme son organisation se sont sensiblement améliorées au cours des années; et ce, en dépit des diverses stratégies — politiques ecclésiastiques, gouvernementales, non gouvernementales — que nous avons vu faire obstacle au dispositif sanitaire. Observons toutefois que, si la participation des sciences sociales a joué un rôle important dans l'avancée de la réflexion, celles-ci n'ont jamais été reconnues par les médecins comme le moteur principal de cette évolution. À ce propos, l'institution médicale a préféré ici adapter son assistance par pragmatisme plutôt que par reconnaissance de la cohérence du projet due aux analyses socio-anthropologiques. Vraisemblablement en rapport avec le mode de fonctionnement de la discipline médicale, fondé sur l'expérimentation, cette attitude est néanmoins à rapprocher de ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir médical »; il se manifeste ici à l'encontre d'une véritable intégration des sciences sociales au sein des programmes d'assistance sanitaire. Force est de constater que cette prise de position a conduit le projet que nous avons analysé à une relative impasse, même si l'on peut ajouter que celle-ci résulte aussi de la responsabilité des socio-anthropologues. En effet, ces derniers étaient à la fois divisés face à leur rôle au sein de cette réflexion, et inefficaces à faire admettre à leurs partenaires la complexité d'un dispositif médico-sanitaire; complexité due aux particularités sociologiques, et principalement à l'intégration d'un personnel polymorphe et à l'application du dispositif à des minorités ethniques très éloignées, dans leur mode de fonctionnement et de pensée, de la société occidentale. Il convient alors de faire une ultime remarque expliquant, en partie, la lenteur évolutive du processus d'adaptation du dispositif comme son apparente paralysie actuelle. Même si le rôle des sciences sociales dans la réflexion sur un tel dispositif était mieux compris et leurs recommandations mieux intégrées, cela ne permettrait pas semble-t-il, de gagner du temps dans la concrétisation de l'adaptation, ni d'éviter la stagnation présente du processus.

Il existe des phénomènes incontournables, responsables des lenteurs observées. Le temps de formation des responsables médicaux, afin qu'ils intègrent au dispositif des éléments sociologiques différents des représentations occidentales, ne peut être réduit pas plus que le temps de formation du personnel indigène. De plus, les populations, à l'instar de la société yanomami, doivent d'abord se convaincre de l'efficacité des protocoles biomédicaux par rapport à leur propre dispositif médico-thérapeutique. Rappelons enfin la lenteur de la biomédecine à dominer les moyens de contrôle des grandes endémies comme ses difficultés à choisir, parmi les solutions seulement palliatives le plus souvent proposées, celles qui peuvent être les mieux adaptées.

BIBLIOGRAPHIE

- ALÈS (C) et CHIAPPINO (J.), 1985 a. — Medical Aid, Shamanism and Acculturation among the Yanomami of Venezuela, *ARC/IWIGIA/SI*, Document 53 : 73-90.
- ALÈS (C.) et CHIAPPINO (J.), 1985 b. — Chamanisme et médecine : rationalités divergentes ou complémentaires ? Le problème de l'intégration de l'assistance médicale chez les Yanomami du Venezuela, *Bulletin d'Ethnomédecine*, 34 : 23-48.
- AUGÉ (M.), 1980. — Maladie-Anthropologie. *Encyclopaedia universalis*, suppl. 2.
- BIOCCA (E.), 1965. — *Yanoama. Dal racconto di una donna rapita degli indi*, Leonardo Da Vinci, Bari.
- BORTOLI (J.), 1989. — Misa de Requiem en el Cerro Delgado Chalbaud, *La Iglesia en Amazonas* 45 : 33-40.
- BARANDIARÁN (D. de), 1974. — *Los Hijos de la Luna*, Caracas, Ediciones del Congreso de la Republica.
- CAICET, 1987. — *Aspecto Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas*. Doc. Caicet, Puerto Ayacucho.
- CAICET, 1988. — *El proyecto experimental APS-piaros*, Puerto Ayacucho. Doc. Caicet.
- CAICET, 1989. — *Primer Curso de Actualización de la Enfermedades Transmisibles en el Territorio Federal Amazonas*, Puerto Ayacucho. Doc. Caicet.
- CHAGNON (N.A.), 1966. — *Yanomamö Warfare, social organization and marriage alliances*, Michigan, Ph. Dissertation, University of Ann Arbor.
- CHAGNON (N.A.), 1968. — *Yanomamö, The Fierce People*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- CHAGNON (N.A.), 1974. — *Studying the Yanomamö*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- CHIAPPINO (J.), 1974. — *Informe sobre la situación sanitaria de los Yanomami* (ms déposé au Ministerio de la Salud, Caracas).
- CHIAPPINO (J.), 1975. — *Informe sobre la situación sanitaria de los Yanomami, Perspectiva de asistencia primaria en salud*. (ms déposé au Ministerio de la Salud, Caracas).
- CHIAPPINO (J.), 1987. — « Medicina tradicional y medicina occidental : un analisis del contraste », in *Actas del Seminario « Aspectos antropológicos y sociológicos de la Atención primaria en salud del Territorio Federal Amazonas »* (à paraître).
- COCCO (L.), 1972. — *Iyëwei-teri, Quince años entre los Yanomamos*, Caracas. Libreria Editorial Salesiana.
- EGUILLOR GARCIA (M.I.). 1984. — *Shamanes, Yopo y Hekura*, Puerto Ayacucho, Libreria Editorial Salesiana.
- HVALKOF (S.) et AABY (P.) (eds), 1981. — Is God an American? An anthropological perspective on the missionary work of the Summer Institute of Linguistics. *IWIGIA/SI Document*.

- LHERMILLET (N.) et LHERMILLET (A.), 1974. — *Vie économique et sociale d'une unité familiale yanomamí*, Paris, Mém. de l'École pratique des hautes études.
- LIZOT (J.), 1975 a. — *El hombre de la pantorilla preñada y otros mitos yanomami*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 21.
- LIZOT (J.), 1975 b. — *Diccionario Yanomami-Español*, Traducido por Roberto Lizarralde, Caracas, UCV.
- LIZOT (J.), 1976. — *The Yanomami in the face of ethnocide*, IWGLA n° 22, Copenhagen.
- LOBO-GUERRERO (M.) et HERRERA (X.), 1989. — *Los Programas de atención primaria en comunidades indígenas, esfuerzos. Opiniones y necesidades del personal de Salud*, Bogotá, Avances de Investigación n° 1, Fundación Etnollano.
- MIGLIAZZA (E.), 1972. — *Yanoama Grammar and Intelligibility*, Ph. Dissertation, Indiana University.
- Ministerio de Obras Públicas, (n.d.). — *Codesur (Comisión para el Desarrollo del Sur)*, 2 t., Caracas, República de Venezuela - Ministerio de Obras Públicas - Secretaría general.
- OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática), 1985. — *Censo Indígena de Venezuela, Nomenclador de comunidades y colectividades*, Caracas, República de Venezuela, Presidencia de la República, OCEI.
- OCEI, 1986. — *Nomenclador de Centros poblados, Región de Guyana, Región insular, XI Censo general de población y vivienda*, Caracas, República de Venezuela, Presidencia de la República, OCEI.
- RAMOS (A.), 1972. — *The Social System of the Sanúma of northern Brazil*, Ph. Dissertation, Madison, Wisconsin.
- SEIJAS (H.) et ARVELLO JIMENEZ (N.), 1978. — Factores Condicionantes de los Niveles de Salud en Grupos Indígenas Venezolanos, Estudio preliminar, *Unidad y Variedades, Ensayos en Homenaje a José M. Oruxent*, Caracas, IVIC, Centro de Estudios Avanzados.
- SHAPIRO (J.), 1972. — *Sex roles and social structure among the Yanoama Indians of northern Brazil*, Ph. Dissertation, New York, Columbia University.
- TAYLOR (C.W.) et COGGINS (W.T.) (eds) 1961. — *Protestant Missions In Latin America. A Statistical Survey*, Washington, Evangelical Foreign Missions Association.
- TAYLOR (K.I.), 1974. — *Sanuma Food Prohibitions and Classifications*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 18.
- WILBERT (J.), 1966. — *Indios de la región Orinoco-Ventuari*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 8.
- YARZABAL (L.) et coll., 1983. — Las Filariasis humanas en el Territorio Federal Amazonas (Venezuela), *Programa para la Investigación y Control de Enfermedades tropicales del Territorio Federal Amazonas* (Proicet Amazonas) n° 2, Caracas, ed. Yrgoy C.A.
- YARZABAL (L.), BOTTO (C.) et ALLAN (R.), 1985. — La Oncocercosis en America, *Programa para la Investigación y Control de Enfermedades Tropicales del Territorio Federal Amazonas* (Proicet Amazonas) n° 3, Caracas, ed. La Galeria de Artes Gráficas.
- ZERRIES (O.), 1964. — *Waika. Die Kulture geschichtliche stellung der Waika-Indianer des oberen Orinoca im rahmen der völkerkunde südamerikas*, Bande 1, München, Klaus Penner.

La santé publique entre soins de santé primaires et management

Bernard HOURS*

« Et personne ne doutera sans doute (...) qu'enfin la destruction des deux causes les plus actives de la dégradation, la misère et la trop grande richesse, ne doivent prolonger pour les hommes la durée de la vie commune (...) Il doit arriver un temps où la mort ne serait plus que l'effet ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales, et qu'enfin la durée de l'intervalle moyen entre la naissance et cette destruction n'a elle même aucun terme assignable ».

CONDORCET

(*Esquisse-Vrin* 1970 : 236-237).

Selon Marion Aldighieri, le taux de mortalité infantile serait plus élevé à Washington qu'à la Jamaïque ou au Chili. 90 % des enfants morts du Sida appartiendraient à une minorité ethnique aux États-Unis. À New York, un homme noir a moins de chance d'atteindre 65 ans qu'un habitant du Bangladesh (*L'Autre Journal* N° 9 - Févr. 1991).

La santé publique se présente comme un ensemble d'outils et de techniques reposant sur les connaissances biomédicales et destinées à protéger, à maintenir et à développer le niveau de santé des populations. Ce but général ne présume pas de différents caractères de populations fort diverses, tant par leur société d'appartenance et leur histoire que par leur environnement naturel. L'histoire de la santé publique révèle ainsi des évolutions sensibles, concernant moins les objectifs sanitaires que les moyens pour les atteindre, qui apparaissent largement tributaires du contexte global d'une période, en particulier du contexte idéologique des représentations dominantes.

Le propos est ici d'analyser le destin d'une stratégie contemporaine — celle des soins de santé primaires —, en la situant par rapport à l'époque coloniale antérieure, puis dans le cadre de sa formulation

* *Sociologue Orstom, 213, rue La Fayette, 75480 Paris cedex 10.*

en 1978 à Alma Ata, enfin dans la conjoncture actuelle où cette stratégie semble l'objet d'autres lectures et de révisions discrètes ou radicales.

On rappellera tout d'abord certains caractères de la médecine coloniale, qui en font à plusieurs titres l'ancêtre des soins de santé primaires, malgré des présupposés bien différents en 1930 et en 1978.

On présentera ensuite les divers contenus des soins de santé primaires aux plans technique, philosophique et idéologique, en essayant de souligner leurs liens avec les configurations socio-politiques dans lesquelles ils ont été produits et formulés.

On évoquera enfin les effets de la crise des notions de développement et de sous-développement qui, au début des années quatre-vingt-dix modifie sensiblement l'approche de la santé publique et les stratégies sanitaires en introduisant, ou en réintroduisant, l'idée de rentabilité dans les systèmes de santé. Ce changement est encore masqué par des fragments du discours antérieur. Il semble néanmoins bien affirmé. On assiste en effet aujourd'hui à une remise en question majeure des modalités de l'aide au développement après trois décennies « d'échec du développement », ou du moins d'une certaine problématique néocoloniale du développement dont les résultats sont jugés insuffisants, voire négatifs.

DE LA MÉDECINE COLONIALE AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Une circulaire ministérielle du 10 décembre 1924 affirme : « il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité ». On ne peut s'empêcher de rapprocher cette formule de l'approche vétérinaire coloniale, telle qu'elle a été analysée par Étienne LANDAIS (1990).

Tous les auteurs permettent d'analyser les préoccupations sanitaires coloniales comme une extension de la « mise en valeur », d'abord agricole puis plus largement économique, aux hommes : travailleurs de plantations, constructeurs de routes et de voies ferrées (LAPEYSSONIE, 1982, 1988 ; DOZON, 1985). Les richesses des colonies sont d'abord des denrées et des biens extraits et produits outre mer. À mesure que ces marchés se développent, les forces productives des hommes appellent une attention croissante pour les maintenir, les entretenir, les développer en vue d'une optimisation des rendements. La représentation de gentils « bons sauvages » vivant dans un univers d'abondance, perpétuellement renouvelable et renouvelée grâce à une nature riche et bienveillante, n'est pas compatible avec l'exploitation organisée des richesses, qui se heurte très vite aux contraintes d'un milieu qu'il faut maîtriser.

Pour l'œil du colon, l'homme dans ce milieu fait partie de la nature, au même titre que les végétaux et les animaux, au sein desquels « l'indigène » s'intègre, c'est pourquoi il est comme une espèce spécifique d'homme. Au XVI^e siècle, sur les plages du Pacifique, les navigateurs ne parlaient-ils pas déjà des « naturels ». Ce naturalisme colonial, ancêtre du tropicalisme, requiert des connaissances particulières du milieu et, si la santé des populations est un instrument de la mise en valeur, elle mérite une attention singulière, des moyens et des méthodes propres qui seront l'objectif de la médecine coloniale ; cette dernière va peser d'un poids important dans le développement d'une santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies, fort éloignées du « colloque singulier » du médecin et du malade. Dans son ouvrage sur la médecine coloniale, LAPEYSSONNIE (1988) présente bien les différentes phases de cette approche qui débute par la constatation d'un monde « peu salubre » peuplé « d'étranges maladies », où s'escriment les « médecins des nouvelles frontières ». La lutte contre les microbes est vécue par ses grands acteurs, Jamot, Muraz, Richet, comme une guerre dont la fin est une « paix blanche », grâce en particulier à des services mobiles de médecine préventive. À la différence de la médecine métropolitaine, la médecine coloniale est une médecine de masse, caractérisée par sa mobilité et servie par des auxiliaires de santé non médecins. Elle est conçue comme une arme (cf. DOZON, 1985) prophylactique, polyvalente, dans la mesure où, comme le souligne LAPEYSSONNIE (1988 : 213) :

« Il ne faut pas perdre de vue que les services mobiles de médecine préventive s'adressent à la collectivité et non à l'individu, et qu'ils sont dirigés contre un petit nombre de maladies seulement, bien spécifiées. »

L'hygiénisme et la gestion sanitaire des pauvres Européens avaient certes mis en scène certains traits caractéristiques de ces pratiques, bien analysées par FOUCAULT dans « *Naissance de la clinique* », mais la médecine coloniale a certainement contribué au développement de la santé publique dans les sociétés industrielles. La notion de risques collectifs, résultant de la présence d'agents pathogènes identifiés, constitue un élément majeur pour penser la protection de la population, avant de la maintenir en bonne santé et de développer enfin le niveau de santé. En Europe, l'hôpital isolait les populations à risques et le praticien gérait les maux de la famille bourgeoise au coup par coup. La médecine coloniale objective les risques sanitaires, en affirmant l'existence de pathologies transmises à toute une population exposée. Il en résulte que la mise en quarantaine ou les initiatives individuelles sont insuffisantes pour affronter des risques collectifs requérant des mesures collectives. Le milieu considéré comme pathogène fait éclater la notion de pathologie individuelle.

On ne saurait ainsi ignorer cette dialectique du retour, ces multiples « *feed back* », qui interdisent d'adopter la vision simplificatrice d'une « sous-médecine » pour les colonies. Il faut, au contraire, souligner que l'anonymat et le statut collectif du malade colonisé provoquent des effets profonds sur les représentations de la santé des populations européennes, en rendant pensables de nouveaux sujets collectifs pour la médecine : la maladie non plus comme pathologie singulière, mais comme porteur de germe dans une collectivité, un vecteur parmi les autres, susceptible de transmettre des maladies comme le bétail ou les moustiques.

Certes, la santé des hommes ou du bétail présente un intérêt économique, ultérieurement humain, lorsque la connaissance réciproque permet d'identifier des individus, mais on souligne ici cette vue, implicite en géographie de la santé puis en écologie humaine, où l'homme est d'abord un danger pour sa propre espèce, avant d'être un sujet souffrant parlant du « mal » comme l'entendent les anthropologues (cf. AUGÉ et HERZLICH, 1984).

Cette distance à l'égard du sujet humain dans ses dimensions « socio-culturelles » explique probablement le fait que, au-delà de discours abstraits du colonisateur contre « les superstitions » et la médecine traditionnelle, ces dernières non seulement ne se sont pas éteintes, mais se sont développées grâce à la mise à distance ou à la répression dont elles étaient victimes dans un contexte de domination. Qui penserait à interroger un épidémiologiste sur les causes du mal ? Les patients africains ne s'y trompent pas qui opèrent eux-mêmes un tri et construisent leurs itinéraires thérapeutiques en conséquence (HOURS, 1986, GRUÉNAIS, 1990), quitte à changer de méthode chaque fois que la guérison n'est pas au rendez-vous. Le goût des patients africains pour les médicaments se fonde sur l'efficacité de ceux-ci, et les jugements sur la médecine coloniale manifestent la reconnaissance de cette efficacité, sans préjuger du sens de la maladie qui s'interprète ailleurs.

La pratique parfois un peu brutale et toujours systématique de la médecine coloniale entre les deux guerres n'est pas sans apporter, particulièrement sous sa variante paternaliste missionnaire, une certaine sécurité susceptible de rassurer les malades qui se sentent « encadrés », c'est-à-dire pris en charge. C'est ainsi que les protestations des patients d'aujourd'hui s'expliquent, de même que cette image positive de la médecine de l'entre-deux-guerre « où il y avait des médicaments » (HOURS, 1986). On peut penser qu'à cette époque, au lieu de s'exclure, deux systèmes de sécurité fonctionnaient, permettant mieux qu'aujourd'hui, face à des systèmes de santé nationaux défailants, de se prémunir avec des modalités complémentaires de traitement. On ne saurait trop souligner que l'approche

dualiste des systèmes médicaux, en termes d'alternatives concurrentielles ou conflictuelles, est erronée. Les moyens thérapeutiques, comme les recours, s'ajoutent toujours dans des articulations cumulatives et non exclusives. La démarche des patients montre une volonté agrégative de puiser dans l'arsenal thérapeutique disponible : lorsqu'on est malade, on ne refuse pas un traitement.

Mise en œuvre par « des Blancs », la médecine coloniale a toujours été perçue comme une médecine « de Blancs » dont il faut tirer profit. Même si elle ne soigne pas « les maladies africaines », selon le vocable employé au Cameroun, elle constitue un recours en plus, un moyen de défense supplémentaire dont les prophètes thérapeutes montrent qu'il peut être « gérable » dans une approche globale, seule susceptible d'être opératoire.

En fournissant prévention et assistance gratuite, la médecine coloniale a réalisé une action sanitaire décentralisée, dont les populations se souviennent lorsqu'elles sont confrontées aux graves difficultés de fonctionnement des systèmes de santé présents dans le tiers monde. La principale faiblesse de la médecine coloniale est apparue avec le départ de ses principaux acteurs : ses succès bien identifiés semblent épouser une conjoncture historique précise. En termes de santé publique, la médecine coloniale a donc marqué un pas décisif en permettant de traduire, par des progrès notables mais réversibles, les instruments médicaux mis au point.

D'aucuns voient dans cette médecine coloniale l'ancêtre des soins de santé primaires, tandis que d'autres insistent sur les ruptures et les mutations.

Parmi les premiers, il faut ranger une partie du corps médical qui a toujours considéré les soins de santé primaires comme une régression et une déprofessionnalisation (cf. les polémiques déclenchées en 1979-80 dans les publications de l'OMS, en particulier contre les écrits de David WERNER, l'auteur de *Là où il n'y a pas de docteur*, 1987).

David WERNER, et tout le tiers-mondisme idéologique des années quatre-vingt, considèrent que les soins de santé primaires constituent une stratégie novatrice voire révolutionnaire.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : PRATIQUES ET IDÉOLOGIES

La déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978) place très haut ses ambitions en définissant la santé comme un état de bien être global, à la fois physique, mental et social, et en lançant un slogan mobilisateur aujourd'hui amputé de sa date : « La santé pour tous en l'an 2000 ».

Les soins de santé primaires sont :

« des soins essentiels fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés, à travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de leur développement dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté... » (Les soins de santé primaires, OMS 1978).

La déclaration souligne la proximité des soins par rapport aux utilisateurs et elle insiste sur la dynamique sociale requise de la base du système à son sommet. Les huit composantes des soins de santé primaires évoquent l'éducation et la prévention, les conditions alimentaires et nutritionnelles, l'eau et l'assainissement, la protection maternelle et infantile et le planning familial, les vaccinations, la prévention et le contrôle des endémies, le traitement des maladies courantes, la fourniture de médicaments essentiels. Notons dès l'abord le caractère général et abstrait des intentions exprimées dans le préambule et la liste à la fois exhaustive et banale des composantes évoquées, qui correspondent à des activités classiques identifiées antérieurement.

Il faut souligner à l'inverse la nouveauté que constitue l'insistance sur les dimensions socio-économiques des pathologies et sur l'intégration au développement global. Cette stratégie est explicitement destinée au tiers monde et elle tente d'intégrer les leçons de deux décennies du « développement ». Outre son contenu technique qui reprend beaucoup d'éléments formulés à l'époque coloniale, le document de l'OMS manifeste une approche de la santé publique qui concentre de nombreux présupposés idéologiques, qu'il est important d'analyser et de situer dans leur contexte d'émergence.

Les soins de santé primaires sont présentés comme un système autogéré qui repose sur la participation de la population. Celle-ci finance des agents de santé villageois disposant d'une pharmacie villageoise alimentée par des cotisations. Ces agents de santé villageois sont supposés acquérir une formation simple, destinée à les rendre capables de traiter des pathologies courantes (fièvres, diarrhées, plaies).

Une très forte idéologie culturaliste imprègne l'approche d'Alma Ata. Présument une forte opposition entre « médecine moderne » et « médecine traditionnelle », l'OMS propose dans le contexte des soins de santé primaires d'intégrer les tradipraticiens dans le système de soins, en vue d'utiliser les médicaments locaux. Au nom de la notion « d'acceptabilité sociale » (et culturelle), on semble penser que les

médecines autochtones sont plus acceptables que celle « des Blancs ». Les notions d'autosuffisance et de développement autocentré sont au cœur de cette idéologie. L'échec du développement sanitaire est implicitement imputé à l'existence de gros hôpitaux saturés, dépourvus de moyens, et à un rejet « culturel » des utilisateurs. C'est à cette époque que se développe la mode des petits projets de développement.

Toutes ces conceptions postulent une « causalité culturelle » prédominante. Pour lever les « obstacles culturels », il faut descendre au niveau villageois, et s'appuyer sur une partie des « pratiques culturelles ». Il s'agirait de rendre la médecine occidentale « acceptable », en la parant d'attributs de la « culture locale » pour qu'elle soit appropriée par les populations, et appropriée à la population. La décentralisation de la prévention et des soins doit permettre en outre de réaliser des économies en décongestionnant « le centre » surchargé, vers la périphérie (les villages).

Des logiques contradictoires traversent ce grand dessein utopique, contemporain de l'apogée du tiers-mondisme. L'idéologie des soins de santé primaires apparaît comme un creuset, où viennent se mêler et se fondre toutes les pulsions et toutes les valeurs des années soixante-dix. Parmi les stratèges d'Alma Ata, il faut probablement distinguer les « culturalistes » idéalistes et autogestionnaires de ceux qui visaient, avant tout, à accorder un sursis à un système sanitaire parvenu au seuil de l'implosion technique et financière. L'effet de soupape idéologique a fonctionné quelques années, vécues comme un répit.

À la veille de la conférence d'Alma Ata qui, en 1978, formule la stratégie des soins de santé primaires, deux décennies d'indépendances nationales aboutissent à une crise économique et sanitaire profonde. Mis en œuvre par des nationaux, le développement sanitaire tourne à la catastrophe, non parce que ces médecins sont incompetents, mais parce que la mise en œuvre endogène d'un système étranger se traduit par des contradictions extrêmes. La greffe néo-coloniale est rejetée. Les sutures réalisées craquent une à une aux yeux des utilisateurs qui n'accusent pas le système en tant que tel, mais interpellent ses acteurs. On découvre qu'il existerait un lien entre une technologie et ses opérateurs. Dès lors, faut-il modifier la technologie (la bio-médecine occidentale), donner une nouvelle formation aux médecins ou animer les patients de nouvelles motivations ?

Toutes ces questions se télescopent à un moment où « l'Occident industrialisé » ne suppose pas encore un instant que le développement puisse n'être qu'un mythe d'origine (BARÉ, 1988).

Si les promoteurs d'Alma Alta ont bien vu que le développement sanitaire est inséparable du développement économique, s'ils ont bien

compris que de très nombreuses pathologies ont des causes socio-économiques, leur évaluation de la dimension « culturelle » et sociale de la crise demeure inadéquate et tronquée. L'intention « culturaliste » en fait trop ou pas assez. Elle en fait trop en sacrifiant à l'excès à ce pèlerinage bien intentionné, mais inopérant, de retour à une culture réifiée, pesante idéologie du retour à « la tradition » sous prétexte de refus de consommer bêtement. Elle n'en fait pas assez, car elle ne porte pas l'interrogation au cœur du problème.

Comme le relève J. F. BARÉ (1988 : 258) :

« Les mêmes caractéristiques, pour être bref, se retrouvent dans l'intervention de développement, où à l'identification des "blocages socio-culturels" des années soixante succède une constellation hétérogène d'approches visant à s'adapter aux "cultures locales"; mais ces approches ne traitent que fort rarement l'intervention de développement comme le fait "culturel" et "local" qu'elle est bel et bien, lui abandonnant, en somme, la "raison pratique". »

Anthropologues et médecins se sont abusivement opposés à propos du débat souvent caricatural sur « la médecine traditionnelle » et son intégration bien hypothétique à l'hôpital. Les anthropologues ont essayé d'expliquer les enjeux (HOURS, 1987; DOZON, 1988) à partir des travaux sur l'anthropologie de la maladie (AUGÉ et HERZLICH, 1984; ADLER et ZEMPLENII, 1972; FAINZANG, 1986).

Bien que toujours à l'ordre du jour à l'OMS, l'intégration de la « médecine traditionnelle » ne mobilise plus personne, dans la mesure où elle n'a jamais été autre chose qu'un alibi institutionnel supposé produire des économies dans des systèmes de santé en faillite. Plus persistante est l'idéologie qui a inspiré ce mouvement. Tous les discours différentialistes dans nos sociétés d'exclusion se nourrissent de ce retour aux sources des « cultures » du tiers monde. Particulièrement vif dans le milieu associatif (ONG), ce culturalisme a bien survécu à la mort politique du tiers-mondisme... comme s'il s'agissait d'un gadget inoffensif qui rend un grand service : celui d'éviter d'analyser les causes de l'échec du développement et la dimension « culturelle » proprement occidentale de celui-ci.

L'autogestion de la prévention par les populations est un élément majeur des soins de santé primaires. Il faut bien constater que la « participation populaire » est souvent une façade et que les projets participatifs mis en œuvre par les ONG ne sont guère originaux et peu productifs, sauf à quelques conditions rarement réunies, comme lorsque l'initiative et la direction d'un projet appartiennent aux autochtones (HOURS et SELIM, 1989). Ainsi, au centre de Savar, au Bangladesh, la supervision des agents de santé passe avant une pseudo « participation populaire » qui suppose des décennies d'éducation.

C'est bien une vraie médecine moderne qui est proposée aux paysans, sans alibis « culturels », mais sous la forme d'une couverture sociale qui installe un peu de sécurité dans la précarité quotidienne, car la médecine moderne est acceptable lorsqu'elle se présente dans des conditions économiques et sociales accessibles.

Hors d'une participation souvent incantatoire, verbale et pseudo-culturelle, cette notion amène à se poser une question fondamentale : les projets sont-ils destinés à la population locale ou bien sont-ils d'abord destinés à dépenser l'argent des donateurs, tout en prouvant les capacités techniques de ceux qui ont été mandatés pour agir ? Le développement de la médecine humanitaire en France rend de telles questions aussi pertinentes qu'elles sont incongrues (HOURS 1987-1988).

L'expérience des soins de santé primaires permet de formuler quelques observations. Les soins de santé primaires coûtent cher et ne sont donc pas ce bricolage alternatif, auquel aurait tendance à les réduire l'establishment médical le plus conservateur. Néanmoins l'impact d'Alma Ata en termes de santé publique n'est pas négligeable. On mentionne dans les facultés de médecine les causes socio-économiques des pathologies. Si la dimension « culturelle » des sociétés est envisagée d'une manière très ethnocentrique, il n'en demeure pas moins que désormais les hommes, sujets de la santé publique, sont l'objet d'un discours moins naturaliste et plus humaniste. En avançant la notion de « bien être total » pour définir la santé, une exigence très abstraite est formulée. En santé publique, il s'agit donc d'une sorte de passage de « la nature à la culture », ce qui constitue un indéniable progrès, peu mis en œuvre dans les faits.

De la médecine coloniale aux soins de santé primaires, l'homme vecteur est devenu homme acteur. Que cet acteur soit trop souvent envisagé comme figurant « culturel » est une autre affaire. Dépourvue de ses héros rustiques — les médecins coloniaux —, la santé publique se présente donc en partie comme une médecine coloniale à grande échelle, plus préventive, plus complexe, plus dépendante des contraintes macro-économiques, s'adressant à des individus ou à des « communautés » abstraites, présumées conscientes des risques qu'elles encourent, et de ce fait, potentiellement capables d'être motivées par des slogans tels que : « La santé pour tous en l'an 2000 ».

Les stratégies « communautaires » forgées pour le tiers monde n'y ont pas connu une réussite décisive et, paradoxe apparent, ce sont les minorités des sociétés industrielles, telles que les homosexuels ou les séropositifs aux USA et en Europe, qui semblent mettre en œuvre des formes de prise en charge collectives de prévention et de gestion des risques, proches de la fameuse « participation communautaire ». Celle-ci, tant attendue des villageois du tiers monde, serait

finallement en voie de se réaliser dans les « Greenwich village » des mégalofoles du monde le plus développé. Comme cela est apparu dans les mouvements associatifs de séropositifs, et s'est clairement manifesté lors de la conférence de San-Francisco sur le Sida, les stratégies « communautaires » de prévention sont aujourd'hui au centre du débat sur cette maladie. Ruth MURBACH (1989 : 83-87-88) note :

« Dans cette situation d'une thérapeutique insatisfaisante et de peu d'optimisme quant au développement d'un vaccin, le contrôle de la maladie par des moyens sociaux s'est imposé comme solution. L'avenir se jouera peut-être bien dans l'arène de l'organisation sociale plutôt que dans celle de la médecine moderne... Très bien organisés et à la fine pointe des dernières connaissances, ces groupes communautaires apportent l'information à ceux qui en ont besoin et offrent leur appui aux malades dans tous les secteurs de la vie... Paradoxalement, c'est aussi grâce au désastre du Sida que la communauté homosexuelle accédera à une reconnaissance en tant que groupe de "pression politique" ».

On peut penser que le relatif échec des idéologies participatives dans le tiers monde résulte de l'exclusion sociale et économique, dont sont victimes les villageois ruraux ou les habitants des bidonvilles. Les minorités sexuelles américaines ou européennes apparaissent au contraire relativement intégrées au plan socio-économique et s'organisent en conséquence volontairement et efficacement face aux maladies qui les frappent. Face aux droits des minorités concrètement revendiqués, et se promouvant en Occident au nom des droits de l'homme, se dresse le droit de survie des majorités des populations du tiers monde. En revanche, la prise en charge « communautaire » et « l'autogestion » de la santé par les citoyens apparaissent bien comme un programme occidental, constitutif de la santé publique au Nord. Dans l'hémisphère sud, sa mise en œuvre suppose une énorme patience fondée sur le progrès de l'éducation et un développement des ressources qui, seuls, autorisent la circulation de l'information.

Les soins de santé primaires sont aujourd'hui pratiqués dans les sociétés industrielles par des minorités actives organisées en groupes de pression. Les « communautés villageoises » du tiers monde appelées à être le fer de lance des soins de santé primaires ne sont pas au rendez-vous. On continue, en Afrique et en Asie, à affronter la maladie à partir de ressources individuelles ou familiales. Les « communautés » idylliques pensées par les idéologues occidentaux bien intentionnées n'existent pas à grande échelle. La notion de participation renverrait à un ordre social plus commun dans les sociétés industrielles que dans les PVD, car le concept de santé publique présuppose une capacité de gestion et de maîtrise de la société qui fait défaut dans la plupart des États du tiers monde.

contraints d'emprunter au jour le jour les moyens de repousser des échéances catastrophiques. Si la parodie de « la santé publique des Blancs » n'améliore pas durablement la santé des populations, le « mimétisme culturaliste communautaire authentique » semble destiné à demeurer une séduisante fiction, où les autochtones sont invités à jouer les rôles écrits pour eux.

DE LA « PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE » AU MANAGEMENT HOSPITALIER

Le champ de la santé publique n'a pas été épargné par la crise du tiers-mondisme dans les années quatre-vingt-cinq. On se souvient de l'offensive néo-libérale de la fondation « Libertés sans Frontières » (proche de « Médecins sans Frontières ») contre un tiers-mondisme accusé de dogmatisme idéologique et de pulsions affectives inopérantes pour changer le sort du tiers monde. L'effondrement de la plupart des pays socialistes a amené le tiers-mondisme à une révision progressive de vocabulaire actuellement en cours. Si l'on peut observer une relative continuité plus ou moins misérabiliste dans les discours gouvernementaux, ou non gouvernementaux, sur les problèmes de santé publique et de développement dans le tiers monde, il semble que la crise financière qui frappe les systèmes de santé dans de nombreux pays provoque des mutations profondes, visant à mieux gérer le sous-développement plutôt qu'à prendre pour objectif « le développement du sous développement », ou le développement tout court.

L'heure n'est plus à faire l'apologie des « petits projets » contre « les grands barrages », ni à faire n'importe quoi sous prétexte de générosité. Le messianisme tiers-mondiste, qui érigeait « les pauvres » en acteurs essentiels du salut (le leur et le nôtre) est aujourd'hui remplacé par une approche plus technique et plus gestionnaire, qui cherche les causes du sous-développement non plus à l'intérieur d'une grande dichotomie Nord/Sud, fondée sur les termes de l'échange et le pillage du tiers monde, mais désormais dans les comportements et la « culture » des entrepreneurs, dans des facteurs spécifiques, économiques, sociaux, culturels, qui expliqueraient le retard de telle ou telle société, implicitement mal gérée.

Péché à l'époque tiers-mondiste, le profit est aujourd'hui réhabilité : il constitue l'un des facteurs d'évaluation essentiel d'une entreprise, et la santé est en voie d'être conçue aujourd'hui comme une entreprise productive. Deux concepts, dont la vogue est récente en santé publique, illustrent cette évolution qui signale la mise en œuvre

d'un management sanitaire, reposant sur des prémisses néo-libérales nouvelles dans ce contexte.

Le premier concept est la notion de recouvrement des coûts qui est, actuellement, l'un des principaux objectifs dans la mise en œuvre des systèmes de santé. Longtemps considérée comme une activité charitable, étatique ou privée, il s'agit pour la santé publique d'une rupture majeure avec une tradition d'assistance publique d'abord européenne, puis coloniale, enfin nationale. C'est tout d'abord la faillite des États du Sud dans la gestion de la santé publique, (faillite autant technique que financière), qui provoque aujourd'hui ce revirement. Désormais, les financeurs refusent de donner à fonds perdus, comme ils l'ont fait entre 1960 et 1980. Ils veulent non seulement des évaluations techniques que traduisent de meilleurs indicateurs de santé, mais des bilans financiers équilibrés qui supposent des formations sanitaires non plus « autogérées » mais autosuffisantes financièrement, à tout le moins un taux de recouvrement des coûts conséquent.

Dans le système de santé, chaque formation doit présenter une gestion saine de ses coûts : ceci exclut les grands hôpitaux, gouffres financiers des années soixante-soixante-dix qui ne fonctionnaient plus, faute de crédits, mais aussi à un moindre degré les petites formations non gouvernementales à fonds perdus, qui visent de plus en plus à atteindre l'auto-financement des frais de fonctionnement, médicaments y compris ; les seules dépenses de l'investissement lourd étant financées par des donateurs extérieurs. Cette philosophie, qui est celle de la Banque mondiale (« nous n'aidons que ceux qui savent s'aider eux-mêmes ») constitue une transformation récente majeure dont les effets commencent à se faire sentir en santé publique. Cet objectif de recouvrement des coûts, soutenu par l'OMS, implique une capacité de management sanitaire, hier inconnue dans le tiers monde, où les États (socialistes ou non) distribuaient une médecine gratuite comme l'était la médecine coloniale. Les travaux menés au Cameroun sur les formations sanitaires (HOURS, 1986) ont bien montré en quoi cette gratuité passait pour une escroquerie aux yeux des patients, qui ne recevaient rien, pour rien, transformant la santé publique en parodie collective, en mise en scène institutionnelle non productive de soins adéquats.

Outre le recouvrement des coûts, la notion de district sanitaire est mise en avant aujourd'hui pour tenter d'articuler les niveaux locaux et régionaux des systèmes de santé. Le « salut » n'étant pas venu des villages, qui devaient spontanément prendre en charge leurs soins de santé primaires, la situation des hôpitaux demeurant catastrophique faute de moyens financiers, l'attention est focalisée désormais sur le district sanitaire dans la plupart des planifications actuelles. L'hôpital

de district est présenté comme le point de rencontre entre la population et les structures sanitaires. C'est à partir du district que sont menées les supervisions des personnels des dispensaires villageois. C'est à l'hôpital de district qu'un plateau technique suffisant est disponible, ainsi que des médicaments essentiels. Interface du centre et de la périphérie, le district sanitaire constituerait l'unité territoriale de base où s'inscrivent les tentatives de management sanitaire. Juste milieu entre « l'hospitalo-centrisme » et les soins de santé primaires, point maximum de « décentralisation gérable », on attend qu'une meilleure maîtrise du système de santé s'opère au niveau du district sanitaire, devenu un modèle d'organisation dans la plupart des États. C'est à ce niveau qu'est pensé un effort d'organisation et de distribution des soins préventifs et curatifs, dans le cadre d'un système qui serait apte à se soutenir et à s'entretenir lui-même (la fameuse *sustainability*).

Ce management de district pour les pays du tiers monde devrait reposer sur un modèle néo-libéral qui, dans les pays développés, considère l'hôpital comme une entreprise avec son « projet d'entreprise ». Le développement récent du management hospitalier tend à optimiser les rendements et la qualité des services, grâce à des techniques d'organisation et d'animation hier réservées aux activités industrielles. Dans le contexte du management hospitalier, un nouveau type d'approche « participative » appliquée aux personnels est mis en œuvre. Dans son ouvrage *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Bernard HONORÉ (1960 : 66) écrit :

« La participation, dans tout organisme, est la prise du pouvoir de chacun sur sa pratique pour l'auto-contrôler, l'auto-organiser en fonction d'objectifs et de moyens concertés verticalement et en transversalité. L'on ne s'implique efficacement que dans ce que l'on a contribué à créer. La démarche de projet ne consiste donc pas, pour les hospitaliers, à emboîter le pas de la Direction, mais encouragés et soutenus par elle, à s'y engager eux-mêmes. À cette condition, pourront être dépassées les résistances naturelles au changement et pourront s'affirmer des comportements facilitant la communication entre les sous-cultures, contribuant au décloisonnement et suscitant des initiatives et des propositions, tout en reconnaissant l'existence de contraintes spécifiques. »

Pour passer de l'anarchie actuelle constatée dans les hôpitaux africains à cette vision managériale et technocratique où les infirmières participeront à des cercles de qualité, il faut parvenir à installer une notion problématique qui présume que la santé publique se développe par la production de soins, dont la qualité est contrôlée et contrôlable, comme un service standardisé. Il semble que ce management hospitalier dans les pays riches, qui ne sont pas assez riches néanmoins pour

affronter la croissance des budgets de la santé, soit appelé à être testé et mis en œuvre dans le tiers monde.

Des organisations publiques ou non gouvernementales hautement spécialisées dans le management, la santé publique et l'épidémiologie se voient ainsi aujourd'hui confier par les États la mission de réhabiliter des systèmes de santé bloqués à l'échelle de régions entières.

Partant du district envisagé comme unité épidémiologique, financière, technique et de mobilisation des salariés, ces organisations essayent de rendre opérationnels des « morceaux de système de santé », en les recyclant dans un processus de complète réorganisation des tâches et des services. Il ne paraît plus totalement utopique, la Banque mondiale bénissant cette démarche, de considérer que des entreprises spécialisées de soins, performantes et bien gérées, distribueront un jour dans le tiers monde des soins de santé de qualité labellisée à ceux qui pourront les acheter, dans le cadre d'une nouvelle colonisation de la planète, au nom du droit de distribuer de « bons soins » sans se préoccuper des inégalités devant la santé.

Cette technocratie généreuse plutôt que générosité technocratique est à la fois sélective et exclusive. Elle sélectionne les services ou produits sanitaires accessibles à ceux que la concurrence sociale a déjà sélectionné, en leur accordant les moyens financiers qui rémunèrent leurs performances. Elle exclut ceux dont la position socio-économique a déjà provoqué le rejet. Cette sorte d'ajustement structurel en santé publique se met lentement en place. Il signale une mutation potentielle de la santé publique radicale.

Les risques d'iniquité liés à cette évolution ont été bien identifiés. L'initiative de Bamako de 1987 envisage une revitalisation des soins de santé primaires pour les rendre plus efficaces, moins coûteux et viables à long terme. Mettant l'accent sur l'approvisionnement en médicaments, une microplanification locale et la qualité de la gestion participative, l'approche de Bamako n'est pas sans évoquer l'expérience du centre de Savar mentionnée au Bangladesh (HOURS et SÉLIM, 1989). Applicable à petite échelle, on peut craindre qu'elle ne se heurte à des difficultés de supervision et de contrôle à grande échelle, qui pourraient se traduire par une mise en œuvre sommaire du recouvrement des coûts, emballée dans une phraséologie communautaire et participative en forme d'alibi. Les expériences encourageantes entamées en Guinée et au Bénin (cf. KNIPPENBERG *et al.*, 1990) soulignent l'intérêt du modèle et les difficultés liées à la maîtrise de sa mise en œuvre.

À partir de trois terrains de recherche en milieu hospitalier et dans le contexte d'organisations non gouvernementales (Cameroun,

Bangladesh), on a tenté ici de brosser une évolution discrète autant que radicale dans le champ de la santé publique. De la médecine coloniale aux soins de santé primaires, de multiples permanences s'observent, malgré la rupture juridique des indépendances nationales.

Conçus pour les populations du tiers monde, les soins de santé primaires connaissent plus de succès auprès des minorités des pays industrialisés. La prévention se présente de plus en plus comme un luxe de groupes socio-économiquement intégrés, amenant à concevoir la participation non plus comme un mythe social, mais d'abord comme une participation financière au coût du système de santé.

Les notions d'équité et de prévention collective semblent remises en question, tout comme l'assistance publique et l'hôpital comme hospice et refuge des exclus. La crise des idéologies collectives de macro-intégration reposait sur des valeurs idéologiques macrosociales — l'idéologie républicaine, le socialisme — où le sujet de l'action sanitaire était « le public », « le peuple » ou « le citoyen » auxquels étaient destinés des services divers; cette crise nous met en présence d'une nouvelle approche néo-libérale de la santé publique fondée sur le management sanitaire.

La dichotomie centre/périphérie fait place à des plans où l'hôpital de district est le poste avancé de l'intégration sanitaire, à l'interface de structures sanitaires optimisées et de villages abandonnés à une phraséologie participative incantatoire et peu coûteuse. Il n'est plus totalement évident que dans cette évolution la santé publique ait pour vocation principale d'apporter des soins de santé à la majorité de la population, exclus économiques et géographiques y compris. Il semble plutôt que le management sanitaire, avec son projet pour l'hôpital transforme celui-ci en une entreprise de services efficaces en direction de populations intégrées socialement et économiquement, et à ce titre aptes à participer à leur auto-prévention et aux coûts des soins qu'ils consomment. Dans l'hôpital, l'accent est mis sur la capacité culturelle des acteurs dans la mesure où l'on a observé que la qualification professionnelle ne garantissait pas à elle seule de bonnes performances.

Cette notion de performance est centrale en management sanitaire, comme celle d'équité l'était pour les soins de santé primaires. Après avoir constaté le dysfonctionnement de tant de structures sanitaires, malgré les slogans dans le tiers monde, c'est désormais la gestion et l'optimisation des dispositifs techniques et humains qui est prééminente. La qualité des services et l'efficacité du système sont des objectifs prioritaires, la santé des populations devenant le produit escompté à long terme. Le concept de performance est associé à celui d'une participation sélective. Un tel système s'occupe d'abord des patients « performants », faisant évoluer la prise en charge et ses

critères. Ces patients sont ceux qui disposent des ressources suffisantes pour participer au recouvrement des coûts et ceux qui possèdent une éducation susceptible de les amener à comprendre la logique préventive ou thérapeutique mise en œuvre.

Des groupes de pression et associations, revendiquant des droits et intérêts divers et spécifiques, sont au cœur de nouvelles formes de micro-intégrations associatives ou groupusculaires. Des idéologies sectorielles, vaguement unifiées par « les droits de l'homme » tiennent lieu d'intégration à des valeurs qui sont celles de groupes particuliers, plutôt que celles d'une macrosociété globale. De tels groupes sociaux, autrement participatifs que les paysans du Burkina, sont les sujets d'élection d'un système de santé fondé sur le management hospitalier. Ils remplacent « les masses » d'avant hier, ou « le public » d'hier.

Dans ce marché d'offre et de demande de produits sanitaires standardisés, voire labellisés, les hôpitaux reçoivent la population cible apte à utiliser correctement les services proposés et à les payer. Le secteur associatif (ONG) se voit progressivement déléguer les activités caritatives à fonds presque perdus, destinées aux minorités exclues du tiers comme du quart monde. Ces associations se livrent une concurrence sur le « marché de la générosité » et sont financées par des personnes privées ou des mécènes du monde des affaires (industries, assurances) qui en tirent une légitime publicité.

Un tel système de santé publique constitue-t-il « le meilleur des mondes » possibles ? Il produit une masse d'exclus locaux (quart monde) ou planétaires (tiers monde), dont la gestion est concédée à des associations où le professionnalisme s'accroît en même temps que s'y installent des méthodes de management. Il apparaît clairement que cette évolution de la santé publique n'est aujourd'hui perçue que par une minorité d'observateurs, autorisés par leur position à produire de telles analyses en forme de « *monitoring* » de la santé publique, pour parler comme les « managers ». La santé publique est le lieu d'un vaste « ajustement structurel » parallèle à celui des institutions économiques internationales, et c'est pourquoi elle constitue l'un des chapitres de l'intégration planétaire dont l'économie mondiale est l'outil.

Après avoir colonisé le tiers monde et installé des hôpitaux et dispensaires à l'époque coloniale, les décennies qui ont suivi les indépendances nationales ont révélé un blocage croissant des systèmes de santé, incapables d'atteindre des objectifs de santé publique proches de ceux qui étaient formulés à l'époque coloniale. Les soins de santé primaires n'ont pas provoqué les miracles escomptés et, dans la majorité des pays du tiers monde, les politiques de santé hésitent toujours entre la dépendance et l'intégration (HOURS, 1988).

Le risque planétaire représenté par le Sida constitue un puissant facteur d'intégration potentielle.

La crise financière provoque des effets différents. Dans les pays du Sud, elle accentue la dépendance qui devient structurelle. Dans les pays du Nord, la notion de santé publique à deux vitesses vient remettre en question les dispositifs de protection sociale devenus trop coûteux. La santé publique est en train de devenir une économie de la santé publique, en complète conformité avec les logiques macro-économiques qui rendent techniquement possible, sinon politiquement pensable, une véritable reconquête ou une recolonisation du monde dans lequel la santé publique est devenue un facteur dans la gestion planétaire de populations, dont le statut sanitaire est indexé sur les ressources. La santé pour tous n'est pas pour demain, à moins de mettre le tiers monde en quarantaine.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER (A.) et ZEMPLENI (A.), 1972. — *Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*, Paris, Hermann.
- AUGÉ (M.) et HERZLICH Cl.), 1984. — *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- BARÉ (J. F.), 1988. — Le notion de développement comme catégorie d'un système sémantique, in COQUERY VIDROVITCH, HEMERY, PIEL *Pour une histoire du développement*, Paris : 251-275.
- DOZON (J. P.), 1985. — Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil, *Sciences sociales et Santé*, n° 3-4.
- DOZON (J. P.), 1988. — Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique Africaine*, n° 28.
- FAINZANG (S.), 1986. — *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FOUCAULT (M.), 1972. — *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF (1^{re} éd. 1963).
- GRUÉNAIS (M. E.), 1990. — Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, in FASSIN (D.) et JAFFRÉ (Y.) *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.
- HONORÉ (B.), 1990. — *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Paris, Privat.
- HOURS (B.), 1986. — *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- HOURS (B.), 1987. — African medicine as an alibi and as a reality, in FYFE et Mac LEAN (ed.) *African Medicine in the modern world*. University of Edinburgh : 41-57.
- HOURS (B.), 1987. — Du droit à la santé aux droits de l'homme : le retour de l'ethnocentrisme, *L'Homme et la société*, n° 3-4 : 13-23.
- HOURS (B.), 1988. — L'urgence comme politique, *Politique Africaine*, n° 28 : 89-97.

- HOURS (B.), 1988. — Les politiques de santé du village à la planète : dépendance ou intégration in CROUSSE, DELVILLE, MERCIER (éd.) *Les politiques de santé*, Bruxelles, Coll. Savoirs et santé De Boeck.
- HOURS (B.) et SELIM (M.), 1989. — *Une entreprise de développement au Bangladesh : le centre de Savar*, Paris, L'Harmattan.
- KNIPPENBERG, LEVY BRUHL, OSSENI, DRAME, SOUCAT, DEBEUGNY, 1990. — Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires. *L'enfant en milieu tropical*, Centre international de l'enfance, n° 184-185.
- LANDAIS (E.), 1990. — Sur les doctrines des vétérinaires coloniaux français en Afrique noire. *Cah. des Sciences Humaines*, vol. 26 (1-2) : 33-71.
- LAPEYSONNIE, 1982. — *Toubib des tropiques*, Paris.
- LAPEYSONNIE, 1988. — *La médecine coloniale*, Paris.
- MURBACH (R.), 1989. — Le grand désordre. Le Sida et les normes, *Anthropologie et sociétés*, n° 13-1 : 77-103.
- OMS, 1978. — *Les soins de santé primaires*.

Notes de lecture

Alfred SCHWARTZ

Claude-Hélène PERROT
avec le concours de G. GONNIN et F. NAHIMAHA.

Sources orales de l'histoire de l'Afrique
Paris, Éditions du CNRS, 1989, 228 p., 8 pl.

Il n'est pas de chercheur africaniste qui, dans les décennies soixante et soixante-dix, n'ait fait de l'ouvrage de Jan VANSINA, *De la tradition orale, essai de méthode historique*, paru en 1961, la référence de ses investigations pour tenter de reconstituer, en l'absence de sources écrites, les grandes lignes du passé de la société dont il avait entrepris l'étude. Or, ne voilà-t-il pas que dans une nouvelle version de cette « bible » de l'oralité, parue en 1985 sous le titre *Oral tradition as history*, le même auteur émet des doutes sérieux sur la fiabilité des sources orales... Il se rallie, se faisant, aux conclusions d'un autre spécialiste, David HENIGE, qui, dès 1982, dans un ouvrage intitulé *Oral historiography*, estimait qu'il était en particulier impossible d'établir une datation sûre à l'aide de telles données. L'un et l'autre auteurs considèrent que la validité des sources orales est conditionnée, d'une part, par le « poids du présent social » qui en remodèle sans cesse le contenu selon les intérêts du moment, d'autre part, par « le travail de la mémoire » dont il n'est pas difficile de prouver la très grande élasticité. Sous l'effet de cette double action, les traditions orales ne peuvent donc être que « flexibles » et « malléables ».

C'est de ces considérations plutôt pessimistes et décourageantes pour l'historien du passé précolonial de l'Afrique que part l'initiative qui donnera naissance à la présente publication. Claude-Hélène PERROT, son maître d'œuvre, animatrice au centre de recherches africaines de l'université Paris I d'un séminaire de recherche intitulé « Sources orales de l'histoire des sociétés africaines : collecte et interprétation critique », ne pouvait pas ne pas réagir aux conclusions désabusées de ses pairs. Elle l'a fait en produisant un dossier substantiel, dont les composantes proposent des réponses concrètes aux grandes questions posées dans ce débat. Dans le texte introductif, elle formule ces questions de la manière suivante : 1) en l'absence de sources écrites, « quelles sont les voies qui donnent accès à l'histoire ? » 2) les sources orales permettent-elles de « construire un cadre chronologique ? » 3) « une histoire qui a ses racines dans l'oralité est-elle ou non fiable ? » (p. 15-16). Quinze chercheurs — dont quatorze Africains ou Malgaches — tous historiens de l'Afrique, apporteront leur contribution à son entreprise, à travers la présentation d'études de cas solidement ancrées dans la réalité du terrain, conduites en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale, en Afrique de l'Est et à Madagascar, dans des sociétés avec État comme dans des sociétés sans État. Le résultat, s'il « n'a en aucune manière l'ambition de faire figure de guide » (p. 17), constitue indiscutablement une étape majeure dans un débat qui existe en fait depuis fort longtemps.

Quelles sont, en l'absence de sources écrites, les voies d'accès à l'histoire? Neuf chercheurs fournissent des réponses concrètes à cette première question. La diversité des sources ainsi

révélees est étonnante. Chez les Lèla-Gurunsi du Burkina Faso (Emmanuel BAYIL), « la connaissance du passé est à l'état diffus » (p. 21), le corpus est fait de récits à caractère mythique ou religieux, de traditions figées (formules religieuses, serments, interdits, devises, contes, devinettes, chansons populaires, etc.), mais aussi de traditions libres; les dépositaires en sont les chefs de terre, les chefs de lignage, les détenteurs de cultes spéciaux, les détenteurs de pouvoirs de guérison ou de divination, les artisans spécialisés, les tambourinaires, les chanteurs, etc. Chez les Barundi du Burundi (Adrien NDIKURRYO), le savoir historique est détenu par les lignages gardiens des rites de la royauté, les lignages matrilineaires, les dignitaires et travailleurs de la Cour, les fournisseurs du roi; mais il est présent aussi dans les *imigani* (récits, contes, proverbes). « sorte de répertoire de bibliographie historique » (p. 35), dans les chansons et les poèmes, les traces matérielles du passé... Chez les Betsileo de Madagascar, l'histoire est inscrite dans les traces du passé (Daniel RAHERISOANJATO) — sites anciens, monuments commémoratifs, paysages de rizières — mais aussi dans la littérature orale (Narivelo RAJAONARIMANANA) — traditions transmises de bouche à oreille, discours coutumiers, récits, poèmes d'amour, remerciements aux ancêtres, chants funèbres, chants d'amour, proverbes, devinettes, etc. Chez les Ano de Côte-d'Ivoire (Ouattara SIRIKI), l'histoire est lisible dans la structure de l'espace villageois : le « fromager de la terre », arbre-protecteur planté lors de la première occupation du site, permet, grâce à la dendrochronologie, de connaître l'ancienneté de l'implantation humaine; le découpage en quartiers permet de connaître l'origine du peuplement... Dans l'ancien royaume de Danxomè de l'actuel Bénin (Joseph Adrien DRIVO), l'histoire est essentiellement conservée et transmise à travers les chants : ceux-ci rapportent, par exemple, avec une très grande précision la résistance du roi Gbéhanzin à la colonisation française... Il en est de même chez les Bamum du Cameroun (Aboubakar NJASSE NJOYA), qui distinguent chants dynastiques, chants populaires, chants de groupes privés (en particulier de sociétés secrètes)... Chez les Tura de Côte-d'Ivoire (Gilbert GONNIN), l'histoire se lit à travers les manifestations religieuses... Enfin chez les Wè de Côte-d'Ivoire (Angèle GNONSOA-ZONSAHON), l'histoire est inscrite dans les récits, les mythes, les légendes, les contes, les proverbes, les devinettes, les rituels, mais la principale source en est l'institution du masque... Bref, les voies d'accès à la connaissance historique sont innombrables. Les sources orales permettent-elles de construire un cadre chronologique ? À cette deuxième question, trois chercheurs apportent des éléments de réponse non moins concrets. Dans un premier texte, Claude-Hélène PERROT nous rappelle tout d'abord la méthode employée par Michel IZARD pour dater la fondation des royaumes mossi de Ouagadougou (circa 1495) et du Yatenga (circa 1540) : la combinaison entre approche par liste dynastique et approche par ordre successoral a permis ici d'aboutir à un calcul très précis de moyennes de règne. Elle nous livre ensuite la méthode qu'elle a elle-même utilisée pour établir la chronologie des royaumes anyi du Ndenye (sud-est de la Côte-d'Ivoire) : la combinaison entre approche par liste dynastique et approche généalogique, d'une part, le repérage d'« événements déterminants », d'autre part, ont permis là « de dégager des niveaux de concordance chronologique » (p. 120). Dans l'un et l'autre exemples, la démarche suivie apparaît d'une rigueur sans faille et le résultat obtenu difficilement contestable... Dans un deuxième texte, Pascal ZÉZÉ BÉKÉ nous fait découvrir l'extraordinaire savoir généalogique des Nyabwa, un peuple de l'aire culturelle krou de l'ouest ivoirien. Ce savoir est chargé d'une fonction sociale essentielle, celle de permettre au groupe de se conformer à l'« obligation de stricte exogamie », qui interdit à un homme de « contracter mariage avec toute personne avec laquelle une parenté quelconque, même très éloignée, est reconnue » (p. 128). Il est transmis à travers des « poèmes généalogiques », les *yaka*, déclamés lors des divertissements, mais aussi lors des règlements de conflits. La généalogie, présentée page 142, a une profondeur de 18 générations (nous en avons personnellement recueilli des semblables chez les Wè et les Krou, les voisins des Nyabawa) ! Par rapport à un tel arbre, il est possible de situer quantité d'événements dont la tradition a gardé le souvenir — guerres, mouvements de populations, fondations de villages, etc. — mais aussi de proposer une datation, la méthode retenue étant celle préconisée par Yves PERSON (*in* Tradition orale et chronologie, *Cahiers d'Études Africaines*, II, 3, 1962), qui fixe la durée moyenne d'une génération à 30 ans... Dans un troisième texte, Jean-Népomucène NKURIKYIMFURA montre enfin, à travers un examen critique particulièrement savant de la généalogie dynastique rwandaise, l'*ubucurabwenge*, combien il

convient cependant d'être prudent quand il s'agit de passer de la généalogie à la chronologie. Ainsi, sur les listes chronologiques des 19 « *bami* (rois) des Récits », proposées respectivement par Alexis KAGAME en 1959 et Jan VANSINA en 1962, et qui s'appuient sur la même liste généalogique, constate-t-on un écart de 170 ans entre les dates d'accès au pouvoir du premier de ces souverains (1312 contre 1482)... Au terme d'une véritable exégèse de la généalogie dynastique, l'auteur de l'article propose lui-même comme date vraisemblable du début de ce règne l'année 1468!

Une histoire qui a ses racines dans l'oralité est-elle une histoire fiable? À cette troisième question, quatre chercheurs répondent « oui » avec prudence mais conviction. Pour Mohammed SÉKOU BAMBA, qui part d'une enquête effectuée chez les Elomwen du Bas-Bandama (Côte-d'Ivoire) — une société de type étatique du groupe culturel akan — il est avant tout essentiel de « chercher à maîtriser l'environnement idéologique pour pouvoir apprécier correctement les traditions orales comme sources d'histoire » (p. 189). Ainsi, les différents lignages qui constituent la société élomwen, et qui n'ont pas tous la même origine, ont-ils sciemment « choisi d'occulter tout ce qui est contraire à leur idéologie uniformisante » (p. 183)... Pour Jean-Pierre CHRÉTIEN, spécialiste de l'histoire du Burundi, « il ne faut pas se dissimuler la spécificité de la transmission orale, en particulier sa malléabilité » (p. 194). Il illustre son propos à travers l'examen des variantes d'un récit légendaire sur la fondation de la dynastie royale du Burundi, livré par le même informateur à 25 ans de distance. Les différences relevées portent en fait davantage sur la forme — renforcement des éléments narratifs, dramatiques, esthétiques — que sur le fond, à une exception près : la « réelle dégradation » du « rôle des devins » (p. 169). Pour l'observateur extérieur, cette dégradation traduit aujourd'hui une incontestable volonté d'occultation d'« un aspect idéologique consubstantiel à l'ancienne royauté » (p. 197)... Pour Nicoué LODJOU GAYBOR, qui consacre depuis de nombreuses années ses recherches à l'aire culturelle aja-tado (Togo-Bénin), les sources orales « peuvent se révéler parfois dangereusement trompeuses pour qui les aborde sans précautions » (p. 209). Ainsi, Agokoli, roi de Notsé, ne fut-il pas le tyran sanguinaire dépeint par la tradition orale, dont les exactions auraient été responsables au XVI^e siècle de la diaspora du peuple éwé, regroupé jusque-là en un même espace géographique. La politique résolument novatrice de ce roi suscita effectivement une opposition, mais seuls partirent les lignages contestataires. Le mythe de l'unité originelle des Éwé, fondé en l'occurrence sur l'unité de leur opposition massive à Agokoli, est en fait, tel que véhiculé par une tradition orale « remodelée », le fruit d'« une conception uniformisante de l'histoire éwé » (p. 211) mise en œuvre par les communautés issues de l'éclatement de Notsé. Ce mythe sera au demeurant soigneusement entretenu par les mouvements politiques (Comité de l'Union togolaise, All Ewe Conference...) qui s'élèveront contre la partition du Togo allemand, à l'origine en 1919 de la « coupure » en deux du pays éwé, et qui en réclameront la réunification en vertu précisément de son « indiscutable » unité ancienne. Bien entendu, les Éwé de Notsé descendants des lignages restés fidèles à Agokoli, ne partagent pas du tout cette version de la « légende d'Agokoli » et font tout aujourd'hui pour essayer de faire accepter leur version des faits... Les recherches de Bintou DIARRAH-SANANKOUA, enfin, portent sur l'histoire du Maasina (Mali, delta intérieur du Niger), un État théocratique d'inspiration islamique fondé en 1818 par le Peul SEEKU-AAMADU et détruit en 1862 par le Futanké Alhajji UMAR TAL. Les informations fournies par les traditions orales permettent ici non seulement de compléter les sources écrites, mais aussi, quand il y a divergence entre ces sources, d'apporter un autre éclairage pour l'interprétation d'un événement. Ainsi, si l'on veut réellement comprendre les raisons qui dans le Maasina ont « conduit deux peuples (Foulbé et Futankoobé), de même religion (l'islam), de même langue (le foulfouledé) et de même culture (le *pulaaku*) à une tragique guerre fratricide sans précédent dans la région » (p. 215) — et incompatible avec les principes de l'islam — ce n'est ni à la relation écrite laissée par un citoyen peul du Maasina, ni à celle laissée par Alhajji UMAR lui-même qu'il faut se référer — l'une et l'autre donnent du conflit des versions divergentes — mais bien à la tradition orale des peuples du delta. Le fil directeur de la conquête futanké du Maasina se révèle dès lors ne plus être du tout le *jihad*, mais beaucoup plus prosaïquement l'appétit de pouvoir d'Alhajji UMAR...

L'ouvrage ne comporte pas de conclusion. Mais l'idée-force qui se dégage en filigrane de toutes les contributions peut en tenir lieu : le décryptage des traditions orales comme sources

possibles d'histoire est indissociable d'une connaissance approfondie du contexte social dans lequel celles-ci ont été produites. Le chercheur qui s'engage dans ce type d'investigation doit donc procéder à une approche globale de la société dont il se propose d'éclairer le passé. Il doit aussi admettre que les résultats qu'il obtiendra n'auront qu'une portée spécifique. C'est la multiplication de telles approches qui permettra d'aller plus loin dans l'écriture de l'histoire de l'Afrique.

Modeste dans ses prétentions, vivifiant par l'enthousiasme qu'y manifestent ses auteurs pour la cause des sources orales, riche à la fois par l'information qu'il apporte et la réflexion méthodologique qu'il suscite, cet ouvrage ne met certes pas fin au débat, mais le relance sur des bases particulièrement constructives.

Georges HENAUULT et Rachid M'RABET
**L'entrepreneuriat en Afrique francophone :
culture, financement et développement***

John Libbey Eurotext (série « actualité scientifique » de l'Aupelf),
Paris, 1990, 328 p.

Cet imposant ouvrage collectif se présente formellement comme la livraison de vingt-sept communications, présentées aux journées du Réseau thématique de recherche « Financement de l'entrepreneuriat et mobilisation de l'épargne » à Casablanca les 16 et 17 février 1989; journées organisées à l'issue de la première année d'existence de cette « université sans murs », créée par l'Aupelf (1) en vue de rassembler les efforts de recherche au Nord et au Sud.

L'intérêt d'une telle publication ne saurait faire de doute : la recherche sur les entreprises et les entrepreneurs en Afrique a été très longtemps négligée dans l'espace africain et africaniste francophone, pour toutes sortes de raisons sur lesquelles nous n'avons pas la place de nous appesantir. Le consensus (actif pour certains, implicite pour d'autres) sur le rôle d'agent essentiel de modernisation économique assigné aux États et aux secteurs publics n'en est certainement pas la moindre. Il n'en allait pas de même dans l'aire anglophone, où les enquêtes et analyses relatives à « l'entrepreneurship » africain, ont été innombrables. La crise révélée dans la décennie quatre-vingt, la faillite ou les limites des modèles économiques d'inspiration étatique, les désinvestissements publics et les ajustements en cours (orientés vers la « libéralisation » des activités de production) concourent à développer un nouvel intérêt à l'endroit du secteur des entreprises privées. Non sans que ces soudaines réorientations de l'action et de la recherche s'accompagnent de désillusions par manque de connaissance préalable fine des logiques de fonctionnement des établissements et du contexte social et culturel dans lequel agissent les entrepreneurs africains.

On ne sera pas dupe de l'artifice du plan ordonnant les contributions en quatre thèmes apparemment équilibrés (culture, financements informels, financements internationaux, formation de l'entrepreneur) que le contenu et les orientations des textes infirment largement. Le contexte socio-culturel, notamment, s'il a les honneurs d'une première partie, est trop rondement traité. Il trahit à la fois l'importance que les économistes, financiers et gestionnaires accordent à ces variables d'environnement (et en ce sens constitue un progrès contre les anciennes formes d'économicisme) et leur peu de compétence (compréhensible) à les analyser en profondeur et à les pondérer dans la théorie de l'entreprise africaine. Un premier pas est tenté dans le livre par les textes de B. PONSON et de B. TRAORÉ, dont l'heureuse inspiration

* Note de lecture publiée avec l'aimable autorisation du comité de rédaction du *Bulletin bibliographique de l'INSEE-DRIC* (extrait du *Bulletin* n° 26 de septembre 1991).

(1) Association des universités partiellement ou entièrement de langue française.

sombartienne et weberienne ne saurait cependant être suffisante pour comprendre la totalité des univers socio-culturels de référence des activités entrepreneuriales africaines. On ne cachera pas non plus — mais n'était-ce pas inévitable dans de telles productions d'ensemble ? — que certaines analyses, fort intéressantes par ailleurs, ne s'attachent pas aux réalités africaines ou ne sont pas orientées, dans leurs conclusions, sur les bénéfices à en tirer dans de futures observations en site africain.

Riche et diversifié, disions-nous, l'ensemble souffre parfois de la contrepartie de ces qualités. Retenons pour seul exemple la grande hétérogénéité statutaire des études. Certaines constituent des analyses originales présentant des résultats d'enquêtes de terrain (Niger, Congo, Maroc), d'autres représentent des synthèses et des analyses secondaires de travaux pré-existants (Côte-d'Ivoire). Certaines se limitent à des propos provisoires d'étape (de recherches empiriques ou de réflexions plus théoriques), d'autres offrent des observations personnelles. L'ensemble est traversé de changements d'échelle d'observation ou de raisonnement (micro et macro) qui ne sont pas toujours maîtrisés.

Les aspects du financement (bancaire, formel, institutionnel ou officiel versus informel, souterrain, communautaire, associatif, etc.) des activités d'entreprise constituent, incontestablement, le cœur de ce livre. M. Lelart dresse un panorama des « circuits parallèles de financement ». Il n'a pas tort de leur reconnaître un intérêt jugé tardif et une importance considérable, supérieure généralement aux apports institutionnels formels. Mais la générosité quasi planétaire du phénomène tontinier et la remarquable vigueur de certaines « associations rotatives d'épargne et de crédit » ne doivent pas masquer leur absence, en maints endroits voisins, et la faible part que ces circuits prennent réellement à la création et au développement des entreprises. Il ne faut pas être abusé par l'extraordinaire — mais circonscrit — dynamisme Bamiléké (Cameroun).

La rationalité, l'efficacité et la cohérence des financements informels est soulignée dans une remarquable et fine analyse d'E. BLOY et de C. DUPUY. Ils montrent que les raisons qui militent en faveur d'investissements à court terme (caractéristiques de ces financements non officiels) sont un obstacle au développement qui repose justement sur la gestion du temps long. Ils invitent par ailleurs à un fécond renversement problématique en suggérant que l'informalité de l'économie réelle est contrainte par l'informalité financière plus peut-être que le contraire.

Plusieurs textes permettent de prendre la mesure concrète de l'ampleur de ces financements informels (tontines, banquiers de rue, avances communautaires, etc.) et de leur place relative dans la formation de l'investissement de démarrage et dans le cycle de croissance de l'entreprise. B. BAUDEVILLE souligne la faiblesse moyenne des ressources mobilisées par les tontines (qui se réduisent à de courtes multiplications des cotisations), liées à la brièveté de vie des associations financières. Il note également l'utilisation faiblement productive de ces ressources, destinées à couvrir des achats de biens de consommation ou, au mieux, à des augmentations de stocks. Il conclut, non sans raison, sur les difficultés de passage de l'informel au formel financier et sur la faible capacité du premier circuit à soutenir et entretenir un développement macro-économique qui repose, en dernière analyse, sur l'intensification capitaliste. Dans une même veine critique, J.M. SERVET tente une anthropologie des comportements d'épargne (anciens mais tardivement monétarisés, tolérant la survivance d'usages monétaires à but non économique : dons, fêtes, rituels, etc.) et met en évidence une tension permanente entre l'existence d'épargnes socialement productives et la nécessité d'investissements économiquement productifs. Dans son analyse du comportement des petits entrepreneurs brazzavillois (Congo), J. TSIKA montre qu'en dépit du développement des relations marchandes et de l'extension des formes capitalistes de production et d'échange, des rapports non ou pré-capitalistes sont encore prégnants (à travers par exemple l'expression de la solidarité lignagère ou des obligations communautaires), conditionnant fortement l'activité entrepreneuriale. Aussi est-il fondé à conclure, qu'« il ne faut pas demander à l'entrepreneur congolais de devenir ce qu'il ne peut être dans un contexte économique de sous-développement ».

La totalité des résultats (provisoires ou définitifs) des enquêtes de terrain montrent, s'agissant tout autant des investissements initiaux que du financement du cycle de croissance des entreprises, qu'ils sont assurés pour l'essentiel par l'épargne préalablement constituée par l'entrepreneur et par le revenu net tiré de l'activité. Une faible part provient des dons et prêts consentis dans les milieux familiaux. Les usuriers et associations tontinières sont quasi absents dans la création des activités et rares dans les investissements complémentaires. Les prêts bancaires enfin sont toujours rares, quand bien même les entrepreneurs détiennent des comptes courants dans les établissements financiers (étude de D. SOEDJEDE au Togo, de G. BRENER, H. FOUA et J.M. TOULOUSE au Cameroun, etc.).

Justement, à propos des tontines camerounaises, dont la renommée est mondiale, deux chercheurs de Douala, B. BEKOLO-EBE et R. BILONGO, ont tenté de mesurer les taux d'intérêt qui s'y pratiquent et de les comparer aux taux du système bancaire. Ils se sont efforcés de vérifier l'idée commune selon laquelle les taux tontiniers seraient très élevés, proches des taux d'usure qui n'expriment pas la rareté des capitaux disponibles. Leur enquête minutieuse, conduite auprès des participants de deux types de tontines (avec caisse de prêts et avec enchères), révèle que, tant par leurs taux débiteurs que par leurs taux créditeurs, les tontines se comparent avantageusement aux taux pratiqués dans le circuit bancaire dans la capitale économique du Cameroun. Ainsi expliquent-ils le succès du recours aux tontines dans cette région.

Étudiant le secteur informel textile de Niamey, X. OUDIN éclaire deux paradoxes qui rendent perplexes les experts et peuvent expliquer les défaillances des politiques d'assistance aux entrepreneurs nationaux : l'apport de capital financier n'a qu'une incidence indirecte sur le niveau de production ; en outre, des entreprises qui paraissent stagner génèrent des épargnes par ailleurs suffisantes pour financier toutes sortes d'investissements. Confirmant la hiérarchie des sources de financement signalée plus haut, soulignant la limitation de l'acte d'investissement à la seule phase de démarrage de l'activité, analysant les dépenses et les placements réalisés par les petits entrepreneurs, s'appuyant sur l'existence d'un écart entre la croissance du secteur textile informel et la faiblesse des résultats, l'auteur avance une interprétation qui rend compte de la dynamique spécifique du secteur (faiblesse des investissements, importance des nouveaux entrants, disparitions massives, croissance rapide du nombre d'établissements) et de la nature de l'accumulation qui y est réalisée. Les entrepreneurs dégagent une épargne peu visible dans les comptes qu'ils convertissent dans des formes (prêts, dons, placements spéculatifs, stocks de nourriture, etc.) sans rapport direct avec leur activité. Ils opèrent également une diversification par création de nouveaux établissements et des transferts intersectoriels (taxis, maraîchage, immobilier, commerce, etc.). L'erreur des programmes officiels d'assistance est de reposer sur une hypothèse implicite continuiste (l'artisan serait le chef potentiel d'une plus grande entreprise) et de privilégier le crédit d'investissement en facilitant l'acquisition de capital. Il s'ensuit une tendance à la surcapitalisation des entreprises assistées et à une baisse de productivité du capital. Or le financement des investissements n'est pas le principal problème des petits entrepreneurs, mais bien plutôt la taille des marchés auxquels ils ont accès.

D'instructives études sur les politiques et pratiques des banques islamiques (au Maroc par B. ALLALI, en Tunisie par M. GALLOUX) montrent qu'elles ne s'engagent que sur des opérations à rentabilité rapide et assurée et non sur des projets de long terme. La nature de leurs interventions n'est donc pas fondamentalement différente des circuits informels de financement connus plus au sud.

Au total, on retiendra de cet ouvrage et sur le thème isolé ici une leçon majeure. La reconnaissance des financements informels des entreprises s'affine de jour en jour alors que, s'ils sont plus importants qu'on ne le soupçonnait, leur rôle à l'avenir apparaît objectivement limité : ils ne répondront pas, comme par enchantement, à l'ampleur et aux exigences de l'économie d'entreprises formelles et modernes.

RÉSUMÉS

Pierre *AIACH*, « *Limites et ambiguïtés de la recherche en santé publique. L'exemple de l'enquête de Boulogne-Billancourt* ».

Cet article se présente comme un essai d'analyse de certains traits propres à la recherche en santé publique à partir d'une expérience de l'auteur à travers une enquête menée par une équipe de la Division de la recherche médico-sociale de l'Inserm auprès de la population de Boulogne-Billancourt.

Il tente de montrer, à la fois, les insuffisances conceptuelles et méthodologiques et le poids de l'idéologie dans l'abord des problèmes et l'interprétation des résultats, relatifs notamment aux indicateurs de santé du groupe social et aux examens de santé, en les comparant avec les déclarations de troubles faites à partir d'un questionnement oral.

Il en ressort l'esquisse de ce que pourrait être une recherche en santé publique, articulée autour d'une problématique dans laquelle viendraient s'inscrire diverses disciplines scientifiques.

MOTS-CLÉS : Recherche en santé publique — Enquête de santé — Indicateurs de santé — Examens de santé — Morbidité déclarée — Morbidité diagnostiquée.

Didier *FASSIN* et Anne-Claire *DEFOSSEZ*, « *Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur* ».

Pour que puisse s'établir une réelle collaboration entre chercheurs en sciences sociales et praticiens de la santé publique, il est nécessaire que la relation devienne plus exigeante : en particulier, sociologues et anthropologues doivent sortir de la position d'autojustification dans laquelle ils se trouvent souvent enfermés et faire reconnaître l'apport fondamentalement critique de leurs disciplines aux politiques sanitaires. Telle est la ligne de conduite que l'on essaie de défendre et illustrer ici à travers l'expérience d'une recherche sur la santé des femmes en Équateur.

MOTS-CLÉS : Interdisciplinarité — Sciences sociales — Santé publique — Mortalité maternelle — Politiques de santé — Équateur.

Marc-Éric *GRUÉNAIS* et Francis *DELPEUCH*, « *Du risque au développement. Anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête* ».

Des études de cas menés selon les méthodes de l'anthropologie sociale peuvent permettre d'identifier certaines variables qu'une démarche épidémiologique reprendra à son compte. Une enquête sur la malnutrition réalisée à Brazzaville (Congo) a été l'occasion de mettre en pratique ce type de collaboration. Pour certaines situations de malnutrition, le choix de variables issues de l'approche anthropologique s'est révélé pertinent pour l'épidémiologiste. Néanmoins, on peut se demander dans quelle mesure l'idéologie du développement, qui sous-tend généralement le choix des facteurs de risque, ne conduit pas à limiter le possible apport de l'anthropologie sociale à la recherche plutôt qu'à l'utiliser pour la prise de décision.

MOTS-CLÉS : Facteurs de risque — Malnutrition — Épidémiologie — Anthropologie sociale — Développement — Méthodologie.

Annie HUBERT et Hélène SANCHO-GARNIER, « Anthropologie et épidémiologie nutritionnelle ».

Les approches méthodologiques de l'épidémiologie nutritionnelle ne permettent pas toujours d'obtenir des analyses de données parfaitement fiables, par un manque d'informations qualitatives. Ces dernières, par contre, relèvent du domaine de l'anthropologie de l'alimentation, qui, par ses méthodes de terrain, et d'observation, fournit des données de base contribuant à donner une forme plus logique, « contextualisée » et performante aux enquêtes biostatistiques. L'article passe en revue les problèmes méthodologiques auxquels se confronte l'épidémiologie nutritionnelle et énumère les solutions que peut y apporter l'anthropologie.

MOTS-CLÉS : Alimentation — Anthropologie — Épidémiologie nutritionnelle — Méthodologie.

Emmanuelle Kadya TALL, « L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles : récit d'une expérience ».

À travers le récit de son expérience au sein d'une équipe de psychiatres béninois, l'auteur qui est anthropologue, fait état des questions qui se sont posées à elle dans le cadre de cette recherche pluridisciplinaire. Dans une première partie retraçant l'histoire du centre neuro-psychiatrique de Jacquot, l'auteur fait état de l'engagement militant qui fut le sien et révèle d'une part l'attitude culturaliste des psychiatres et d'autre part, le caractère plus politique que médical des collaborations entre biomédecine et médecine traditionnelle. Dans une seconde partie relatant l'organisation des soins chez un tradipraticien, l'auteur dénonce le mythe de la tolérance des thérapeutes et des sociétés locales vis-à-vis de la maladie mentale en faisant état de la rigueur des traitements infligés aux patients. La conclusion dresse un parallèle entre les positions sociales du tradipraticien et du psychiatre dans la société béninoise d'aujourd'hui où ce sont les cultes et les églises nouvelles qui remportent auprès de la population le plus grand succès parmi les choix thérapeutiques possibles en matière de santé mentale.

MOTS-CLÉS : Anthropologie — Psychiatrie transculturelle — Médecine traditionnelle — Vodun — Église synchrétique — Tradipraticien — Bénin.

Laurent VIDAL, « Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité du tuberculeux et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire) ».

Parmi les séropositifs en traitement pour une affection tuberculeuse, le sida est l'objet de représentations multiples qui incluent des conceptions tantôt complémentaires, tantôt contradictoires de la séropositivité et des mesures de prévention. Après avoir analysés les cheminements thérapeutiques des malades — et leurs implications sur la reconstruction des rapports établis entre pôles médicaux —, la complexité du lien posé entre maladie et prévention se saisit à travers la gestion de l'information relative à la séropositivité. Qu'elle émane du milieu médical ou de l'entourage, elle est insérée dans un système de représentations fortement individualisé. Les spécificités du Sida — l'intensité et la répétition des troubles, l'absence de guérison, les modalités de contagion — donnent lieu à des réactions de l'entourage qui modèlent durablement l'attitude du malade vis-à-vis du processus de prise en charge qui s'offre à lui.

MOTS-CLÉS : Sida — Représentation de la maladie — Réactions de l'entourage — Itinéraire thérapeutique — Prévention.

Jean CHIAPPINO, « Participation caritative ou concertation : alternative de l'assistance médico-sanitaire prodiguée au Yanomami du Venezuela ».

Depuis plus de vingt ans, les Yanomami du Venezuela ont connu diverses expériences de l'assistance médicale. Au-delà de l'apparente paralysie actuelle du dispositif de soins, on doit noter l'effort manifesté par les concepteurs pour adapter celui-ci aux particularités sociologiques yanomami et aux circonstances épidémiologiques de la région.

L'aide sanitaire réalisée par les missions et l'aide ponctuelle des anthropologues, une fois renforcées au cours des années soixante-dix par l'assistance nationale, ont cédé la place à une série de dispositifs sanitaires. Néanmoins, l'absence de coordination entre les diverses institutions impliquées (religieuses, médicales, de recherche) et le manque de cohérence des projets du personnel employé (médico-sanitaire, missionnaire, indigène, socio-anthropologique) ont nui aux programmes. La constitution d'un centre de recherche et d'application où put se développer une réflexion sur les modalités d'adaptation de l'assistance, présida au progrès aujourd'hui observable. Les différents concepteurs et acteurs intéressés par l'assistance à porter aux Yanomami savent désormais, en fonction des moyens dont peut bénéficier un tel dispositif, qu'il faut s'acharner à contrôler les grandes endémies — les seules affections menaçant l'avenir des communautés — et que cela relève de la concertation. Ils se heurtent cependant aux limites de la biomédecine.

MOTS-CLÉS : Assistance sanitaire — Anthropologie médicale — Anthropologie de la maladie et de la santé — Application médicale — Médecine rurale — Médecine simplifiée — Politique de santé — Santé — Soins de santé primaires.

Bernard HOURS, « La santé publique entre soins de santé primaires et management ».

Dans cet article, on se propose d'évaluer l'évolution de la santé publique, telle qu'elle se présente actuellement après plus d'une décennie de stratégie des soins de santé primaires, sur fond de crise économique et politique dans de nombreux Etats. Une répartition équitable des soins de santé paraît aujourd'hui remise en question par des exigences de rentabilité et de recouvrement des coûts, vitales pour les systèmes de santé où le management prend une importance croissante provoquant une révision des priorités et une redistribution des compétences, dans un contexte de révisions idéologiques.

MOTS-CLÉS : Santé publique — Soins de santé primaires — Participation — Recouvrement des coûts — District sanitaire — Management — Équité — Rentabilité — Viabilité.

ABSTRACTS

Pierre AÏACH, "The limits and ambiguities of Public Health Research. The Boulogne-Billancourt survey as an example".

This article is an attempt to analyse some specific features of Public Health Research from the author's personal experience in a survey carried out by a team from the Medico-social Research Division of INSERM, among the population of Boulogne-Billancourt, near Paris.

Its aim is to underline the influence of both ideology and theoretical and methodological deficiencies on the approach to problems and the analysis of the results. This particularly concerns the results dealing with social group health indicators and with check-ups when compared to health disorders stated during an interview.

What emerges from this article is a kind of sketch of what Public health research could be if it involves several sciences.

KEY WORDS: Public Health Research — Health surveys — Health indicators — Check-ups — Declared morbidity — Diagnosed morbidity.

Didier FASSIN et Anne-Claire DEFOSSEZ, "A dangerous liaison. Social sciences and public health in maternal mortality reduction programs in Ecuador".

In order to establish real collaboration between social scientists and medical professionals, the relation between the two must become more rigorous: in particular, sociologists and anthropologists must discard the attitude of self-justification in which they often trap themselves and make sure that the fundamentally critical contribution of their disciplines to the field of health policies is acknowledged. This is the idea that we attempt to put forth and illustrate in this text through the experience of fieldwork on women's health in the andine region of Ecuador.

KEY WORDS: Interdisciplinarity — Social sciences — Public health — Maternal mortality — Health policies — Ecuador.

Marc-Éric GRUÉNAIS, Francis DELPEUCH, "From exposure to development. Social anthropology and nutritional epidemiology: note on a survey".

Case studies undertaken using methods of social anthropology may help identify some variables that an epidemiological approach could use. A survey on malnutrition conducted in Brazzaville (Congo) provided the opportunity to implement this type of collaboration. In certain cases of malnutrition, the choice of variables from the anthropological approach proved to be relevant to the epidemiologist.

However, the question is raised as to whether the ideology of development, generally underlying the choice of risk factors, limits the possible contribution of social anthropology to research instead of using it for decision-making.

KEY WORDS: Risk factors — Malnutrition — Epidemiology — Social anthropology — Development — Methodology.

Annie HUBERT et H el ene SANCHO-GARNIER, "Anthropology and nutritional epidemiology".

This paper surveys the methodological limits of nutritional epidemiology in data collection, which often prevent from proceeding to a completely satisfactory analysis for lack of qualitative information. It shows how nutritional anthropology, through its specific approach to field research and observation, can make essential contributions to the improvement of the quality and precision of biostatistical studies in nutrition, and improve their application to Public Health campaigns.

KEY WORDS: Food — Anthropology — Nutritional epidemiology — Methodology.

Emmanuelle KADYA TALL, "Anthropology and psychiatry faced with traditional medicine. A personal experience".

Through an account of her experiences within a beninese psychiatric team, the author, an anthropologist, reports on the questions raised by the interdisciplinary research in which she was involved in Benin. In the first part of her paper she describes her commitment, the culturist attitude of the psychiatrists and the political aspects of collaboration between traditional medicine and psychiatry. In the second part, which is an account of the organisation of care and treatment in a psychiatric village, the author condemns the violence of traditional treatments which are often imagined as being more adapted to human nature than is modern treatment. The author concludes her paper by drawing a parallel between the psychiatrist and the traditional healer in contemporary beninese society where, as far as mental health is concerned, vodun cults and new church movements are the preferred therapeutic approaches.

KEY WORDS: Social anthropology — Transcultural psychiatry — Traditional medicine — Healing churches — Vodun — Medicine man — Benin.

Laurent VIDAL, "Aids and mental representation of the illness. Reflections on seropositivity and its management".

In seropositive patients treated for tuberculosis, Aids is the subject of various mental representations including conceptions of seropositivity and preventative measures which are sometimes complementary, sometimes contradictory. Having analysed the therapeutic possibilities for treating patients and their implications in the reconstruction of links between different medical fields, the complexity of the relation between the illness and prevention can be understood through processing information relative to seropositivity. Whether this information is supplied by a medical environment or by the patient's entourage it is inserted into a highly individualised system of representations. Aids'specific features — the severity and recurrence of disorders, the absence of a cure, the modes of transmission — elicit reactions from the circle of relations which provoke persistent modifications in the patient's attitude toward the management of this illness.

KEY WORDS: Aids — Representation of the illness — Reactions of close relations — Therapeutic possibilities — Prevention.

Jean CHIAPPINO, "Charity action or concertation: an alternative to the medico-sanitary programs squandered on the Yanomami of Venezuela".

For over 20 years the Yanomami of Venezuela have been subjected to various experiments in medical assistance. Leaving aside the apparent current paralysis of health care systems, it should be noted that those who conceived these systems sought to adapt them to the particular sociological conditions of the Yanomami and to the epidemiological circumstances of the region.

Medical assistance provided by the missions and sporadic aid from anthropologists were reinforced by national structures during the 70's, but have now left the field open for a series of health initiatives. However, the absence of coordination between

the various institutions involved (religious, medical, research) and the lack of consistency of projects elaborated by the personnel (medical-sanitary, missionaries, local people, socio-anthropologists) have caused prejudice to programs. The creation of a centre for research and application where adequate means of assistance were provided, presides over the progress that is, today, apparent. Those who have designed and played a part in the assistance of the Yanomami have now recognized that, depending on means available, all efforts should be focused on the control of large epidemics — the only diseases that endanger the survival of the communities — and that this requires concertation. They are, however, confronted with the limits of biomedical science.

KEY WORDS: Medical assistance — Medical anthropology — Anthropology of disease and health care — Medical application — Rural medicine — Simplified medicine — Health Policy — Health — Primary health care.

Bernard HOURS, "Public health caught between primary health care and management".

This paper attempts to evaluate changes that, in a context of economic and political crises in many states, have occurred in the field of public health after more than ten years of a strategy of primary health care. Today, the equitable distribution of health care appears, to be questioned by a concern for cost-effectiveness and cost recovery which are vital in a health care system where management is increasingly important and lead to a shift in priorities and the redistribution of competence in a context of ideological revision.

KEY WORDS: Public health — Primary health care — Participation — Cost recovery — Health district — Management — Equality — Sustainability.