

Les langages d'une éducation pour la santé

Claude PAIRAULT*

Il est assez commun de supposer qu'une éducation pour la santé correspond à la formulation de messages pertinents, messages oralement transmis ensuite par un agent de santé, ou publiés sous formes de documents écrits et illustrés, ou diffusés par la radio, le magnétophone, les bandes vidéo, la télévision. Certes, il s'agit là d'une tâche importante à poursuivre, mais ce serait une erreur de croire qu'elle peut suffire à atteindre l'objectif de formation qu'on se propose. D'une part, en effet, cette manière de voir les choses risque de trop privilégier, dans le langage, sa seule fonction de *signification* aux dépens des fonctions d'*expression* et de *communication*; d'autre part, elle réduit indûment la panoplie langagière à sa seule composante *articulée* (en énoncés, phrases ou équivalents graphiques).

À partir d'une situation sud-saharienne, les pages qui suivent aborderont ces deux points, en montrant d'abord comment le langage d'une éducation pour la santé déborde de beaucoup le langage articulé et ses transpositions, puis en insistant sur les fonctions d'expression et surtout de communication qui sont à l'œuvre dans tout échange parlé.

GESTES, ŒUVRES ET ACTES

Alors même qu'aucun son ne sort de sa bouche, l'homme parle avec son corps, avec ses produits, avec ses conduites. Autrement dit, les gestes, œuvres et actes humains sont lestés d'un sens dont la réception ne correspond pas toujours aux intentions du ou des émetteurs. Ainsi, dans ses leçons d'anthropologie sociale naguère données à la British Broadcasting Corporation, E. E. EVANS-PRITCHARD rapportait deux faits qui touchent directement à notre propos :

* Anthropologue. Université de Tours - Institut national de recherche en santé publique (INRSP), BP 1771, Bamako, Mali.

« Les Azandé ont vu plus de médecins européens que la plupart des peuples du Soudan anglo-égyptien, à cause de la trypanosomiase qui sévit dans leur pays. J'ai découvert que les Azandé de la brousse se méfient ordinairement des médecins européens : souvent des hommes d'un certain âge m'ont dit que leur travail consiste à rendre les gens malades. À leur avis, quand au cours d'une tournée d'inspection un docteur leur palpait le cou, c'était une manière à lui de faire entrer la maladie dans certaines personnes, pour donner ensuite l'ordre de les transporter dans une colonie de malades du sommeil. De même, quand on prospectait les points d'eau pour s'assurer que les broussailles voisines et les herbes avaient été nettoyées, de façon à ne pas laisser d'abri aux mouches tsé-tsé, ils pensaient que l'inspecteur européen mettait la dysenterie dans l'eau. »

Ce récit date du temps déjà lointain de la colonisation, et il est sûr que, depuis cette époque, la bonne réputation des « docteurs » a gagné beaucoup de terrain, si bien que leurs gestes préventifs ou curatifs donnent généralement moins lieu à de si mauvaises interprétations. Cependant, le risque des malentendus demeure constant, aussi bien de la part de l'« émetteur » soignant, dans ce qu'il entend signifier au « récepteur » à protéger ou à soigner, qu'en direction inverse. L'anecdote suivante illustre un quiproquo de cette direction inverse :

« Dans un gros village du Tchad qui venait d'être doté d'un dispensaire et d'un infirmier, celui-ci — étranger au village — reçoit la visite d'un homme dont l'épouse avait accouché de jumeaux quelques jours auparavant. L'un des deux bébés se trouvait fort mal en point, et leur père demandait qu'on vienne l'examiner et le soigner. L'infirmier répond qu'il y a un dispensaire pour les consultations, et dit au père, dont le domicile était tout proche, d'aller aussitôt chercher l'enfant et de le lui présenter au dispensaire. « Excuse-moi, reprit l'homme. Notre coutume, au village, veut que les jumeaux ne quittent absolument pas la chambre maternelle pendant leurs trois premières semaines. C'est pourquoi je te demande de venir chez moi ». L'infirmier n'accepta pas cet argument, qu'il trouvait ridicule, et il s'obstina dans sa position. Le père aussi. L'enfant mourut quelques jours plus tard. » (1)

Dans ce cas, l'infirmier n'a pas saisi (ou n'a pas voulu admettre) le sens d'un geste considéré par son interlocuteur comme imprescriptible : le maintien temporaire du nouveau-né au domicile maternel. Deux raisons se sont alors tragiquement affrontées, sans qu'ait pu intervenir, en réponse au langage de la pratique coutumière, une action médicale appropriée.

(1) Cité dans A. ROUGEMONT et J. BRUNET-JAILLY (dir.), *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Paris, Doin éditeurs, 1989 : 51.

Il est sans doute inutile de multiplier ici les exemples, mais opportun de rappeler que toute activité médicale, paramédicale ou d'éducation sanitaire se prive d'efficacité si elle ne se donne d'abord les moyens de déchiffrer les gestes de ses partenaires, et de comprendre ce qu'ils veulent dire. Se présenter dans un dispensaire pour demander une injection, refuser une prise de sang, éviter l'usage d'un puits ou d'un forage nouvellement creusé dans un village où les ressources hydriques traditionnelles sont polluées, boire l'eau « sale » dans laquelle les convives se sont lavé les mains avant le repas, etc. : autant de gestes dotés d'un sens que l'éducateur pour la santé entreprendra vainement de rectifier s'il n'a pas commencé par percevoir leur signification d'origine. Comme maints énoncés verbaux, le langage des gestes sait, aussi, jouer de la connotation. En pays bambara du Bèlèdougou (Mali), le syntagme *gankekòndimi* dénote une affection dysménorrhéique, mais le geste même d'une consultation sollicitée à ce propos connote l'anxiété d'une femme qui craint d'être stérile (2) : celle-ci dissimule dans la parole une plainte seulement accessible au travers de la démarche qu'elle tente auprès du médecin.

Aussi diversifiées qu'elles soient, les œuvres de l'homme n'ont pas moins de sens que ses gestes, car ce qu'il produit (art ou technique) signifie la *mise en œuvre* d'une intention, la poursuite d'un objectif.

Par exemple, des responsables de la santé procéderont à la construction d'une maternité pour que ce bâtiment accueille des parturientes et serve, dans un endroit donné, à l'amélioration des conditions d'accouchement. *Encore faut-il que la population n'ait pas elle-même investi préalablement cet endroit d'un autre sens, incompatible avec le précédent.* À quelque 120 km au nord de Bamako, on montre une maternité restée longtemps sans clientèle, pour la bonne raison qu'un chef de circonscription avait décidé son implantation sur un emplacement que la coutume locale réservait jusqu'alors à l'accomplissement de rites initiatiques.

C'est peut-être dans le domaine de l'aide étrangère que les croisements insensés sont les plus remarquables. Pour ne citer qu'un cas, il suffit de voir, dans la haute Guinée de 1990, un ensemble de dispensaires ruraux bien construits et équipés, mais vides. Pas de médecins ni d'infirmiers ni de médicaments à la disposition du public. Il ne fait pourtant pas de doute que le projet de ces constructions avait un sens bien déterminé dans la pensée des bailleurs de fonds, mais il a « croisé » d'autres intérêts ou désintérets

(2) Cf. Djigui DIAKITÉ, *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bèlèdougou* (thèse de médecine), Bamako, ENMP, 1988 : 146.

nationaux, sans que l'œuvre réalisée porte la signification qui avait été prévue de l'extérieur (3).

Les faits ici rapportés ne s'écartent pas du domaine de l'éducation pour la santé, si l'on admet qu'une telle éducation doit commencer par intervenir dans les gestes, les œuvres et les actes du personnel soignant (et de son administration). Ainsi, en pansant la plaie d'un enfant que sa mère lui présente, un infirmier accomplit ou non œuvre éducative, selon qu'il lui explique ou non ce qu'il est en train de faire, et comment elle pourra s'y prendre, une prochaine fois, pour pratiquer elle-même ce genre de soin. Moyennant quoi, produire des manuels, des affiches illustrées, des documents sonores ou audio-visuels vient, certes, en complément utile pour une formation sanitaire, à condition toutefois que le sens donné à ces œuvres corresponde au sens qui sera déchiffré par les destinataires (4).

Lorsqu'une œuvre pertinente a été mise en place — par exemple, un centre de santé correctement équipé, pour une communauté rurale « mise dans le coup » —, il peut importer au succès de son fonctionnement que l'acte d'inauguration soit lui-même « parlant ». Par exemple, pour les Dogon des environs de Bandiagara, au Mali (5), toutes les choses du monde sont appropriées, à commencer par la terre. Chaque fois qu'un lieu doit être utilisé pour une nouvelle fin, personnelle ou collective, il faut donc en demander l'autorisation aux puissances qui le possèdent. D'où l'obligation des sacrifices et offrandes lors d'une construction de maison, d'un transfert familial dans une nouvelle concession, du défrichement d'un nouveau champ. Or, les locaux affectés à des soins de santé modernes sont généralement construits et inaugurés sans cérémonies de ce genre, et cela suffit à expliquer certaines réticences de la population à les fréquenter : n'est-il pas compréhensible qu'une personne évite ces lieux, si elle pense que les « propriétaires » maltraités pourraient se venger sur elle ?

Supposons maintenant le centre inauguré selon les formes traditionnelles. On est en droit d'espérer que les actes médicaux dont il devient le siège fassent preuve d'efficacité technique en matière de

- (3) Au reste, pendant ce temps, l'hôpital de Kankan ne possède pas de groupe électrogène, et ses activités de chirurgie ou de dentisterie ne peuvent s'exercer qu'à partir de 19 heures, lorsque l'électricité de la ville commence à être distribuée jusqu'au lendemain matin.
- (4) Une certaine affiche, récemment diffusée dans un pays africain à l'occasion d'un programme de lutte contre le sida, visait à « éduquer » les hommes au port du condom. Deux partenaires sont représentés debout. l'un en présence de l'autre, et le préservatif est très visible, mais montré par l'homme au bout de son index. On imagine comment peut être indûment comprise une telle information ...
- (5) Cf. *Enquête socio-sanitaire dans le cercle de Bandiagara, 1989-1990* (rapport à paraître, Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako).

prévention et de cures. Mais, que le soignant le sache ou non, qu'il l'accepte ou non, les actes qu'il pose se doublent d'une efficacité symbolique capable, par rapport à la clientèle, soit de renforcer, soit de contrarier les effets attendus. Pour celle-ci, la couleur d'un médicament, sa forme, ses modalités d'absorption comptent peut-être autant que le prix à déboursier pour l'obtenir. Il en va de même pour la qualité de l'accueil, la manière de se conduire avec un patient...

S'il s'agit de séances d'éducation sanitaire, l'ordre dans lequel seront conviés des groupes de statut différent, le lieu, le temps et le rythme des réunions, le type oral d'un exposé ou d'un échange ne signifient pas moins, pour l'efficacité de cette action, que le contenu des propos mis à l'ordre du jour.

LES FONCTIONS DU LANGAGE ARTICULÉ

Quand je prends la parole et, *a fortiori*, lorsque j'entends la transmettre par écrit, c'est en général pour énoncer un message significatif dans un langage accessible au(x) destinataire(s). Mais il peut arriver que, m'étant méchamment brûlé, je me mette à crier « Oh là là! » ou bien « ouille, ouille ouille! ». Dans ce cas, mon énoncé consiste seulement à exprimer la douleur que je ressens. Autrement dit, toute sa *signification* est passée dans une pure *expression* de ma subjectivité. Au contraire, une fois la douleur calmée, si je reviens à mon travail de mathématicien et si je procède — par oral ou par écrit — à une démonstration géométrique, il ne reste plus rien d'expressif dans mon langage, désormais tissé de pure signification : n'importe quelle autre personne compétente peut en faire autant, sans que la démonstration perde une once de son sens, qui doit être strictement objectif.

Hormis ces cas limites, les mots et les phrases articulent un sens où signification et expression se mélangent à doses très variables, selon les circonstances et la nature du message émis. En outre, dans l'usage d'une langue donnée, les normes linguistiques de l'expression ne sont pas moins culturelles que les règles lexicales et grammaticales de la signification, et dans le cas où cette langue se pratique surtout en situation d'oralité, la fonction expressive pénètre d'autant plus le procès de signification. En clair, un éducateur pour la santé qui parle d'expérience, c'est-à-dire en raison de *son* expérience, a toutes chances de faire entendre ce qu'il veut dire. Tel ne sera certainement pas le cas de quelqu'un dont le discours ressemble à une leçon apprise et récitée, si juste soit objectivement ce discours.

À la fois expressif et significatif, le langage articulé est appelé à fonctionner comme médium privilégié de *communication*. C'est là

une assertion apparemment banale, mais il vaut la peine d'en interroger l'évidence, car il arrive souvent que le « bien connu » soit en réalité négligé. Les remarques qui suivent, à ce sujet, prennent leur départ dans quatre expériences récentes ou en cours au Mali.

À l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) (6) de Bamako, une équipe de recherches en sciences sociales de la santé a entrepris, au début de 1988, une enquête socio-économique portant sur Bankoni, un gros quartier périphérique de la capitale où la langue d'emploi dominant est le bambara. Pendant un an (mars 1988 - février 1989), sept enquêteurs se sont réparti la tâche de visiter, une fois tous les quinze jours, la population de 250 concessions, aléatoirement choisies parmi les 5 354 recensées dans ce quartier. À la suite et en complément de cette enquête longitudinale, le même échantillon a fait l'objet d'une évaluation sanitaire ponctuelle, effectuée par une équipe médicale. Dans l'une et l'autre enquête — dont l'exploitation est en voie d'achèvement —, une question posée concernait la ou les maladies récemment subies par les individus habitant chaque concession visitée.

La comparaison des données ainsi recueillies de part et d'autre a conduit à remarquer ce qui suit :

« On est tout de suite frappé par la médicalisation des termes sur la liste d'affections donnée par l'équipe médicale. En effet, excepté quelques rares cas (5 sur 258) où les termes employés par l'interlocuteur ont été transcrits tels quels dans sa langue, toutes les plaintes y ont été rapportées en termes plus ou moins bio-médicaux (7). On peut donc en déduire que, lorsqu'on veut dégager dans toute leur signification socio-culturelle les problèmes de santé déclarés par une population, il est plus intéressant de faire exécuter le travail par une équipe non médicale, car il existe chez les agents de santé une déformation professionnelle consistant à vouloir classer systématiquement dans l'encyclopédie médicale tous les termes entendus. »

L'auteur de cette remarque la conclut ainsi :

« Pour éviter une déformation des termes utilisés dans un groupe social donné, et par conséquent une altération de leur portée, il semble préférable de faire exécuter ce genre d'enquête par une équipe non médicale, tout en prévoyant que celle-ci se compose d'hommes et de femmes, pour que les hommes soient interrogés par des hommes, et les femmes par des femmes. » (8)

- (6) La section Sciences sociales de la santé effectue ses travaux dans le cadre d'une Division santé communautaire de cet institut.
- (7) Document de travail préparé par le Docteur Sidy Traoré.
- (8) La consigne donnée était cependant explicite : ces plaintes devaient être relevées *comme* les interlocuteurs les exprimaient...

Supposant maintenant, au titre de pure hypothèse, que le travail entrepris à Bankoni se prolonge, l'an prochain, par la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé, essayons d'imaginer l'usage qui pourrait être fait des données rapportées par les équipes dont il vient d'être question.

Premièrement, les indications fournies par l'*équipe médicale* (suite à un seul passage) permettront d'identifier des thèmes dits prioritaires, tels que mauvaise qualité de l'eau de boisson, élimination anarchique des ordures ménagères, paludisme, maladies diarrhéiques, etc., — ces thèmes étant jugés « prioritaires » d'après la fréquence des faits observés par les membres de l'équipe, et des déclarations immédiatement converties par eux en diagnostics médicaux.

Moyennant quoi, on pourra doter les « éducateurs pour la santé » de manuels ou de guides traitant spécifiquement ces thèmes, et les former à leur utilisation sur le terrain. De tels documents didactiques existent aujourd'hui à foison, et leur qualité technique est parfois excellente (9).

Au cours et au terme de la campagne d'éducation, on procédera régulièrement (tous les mois, par exemple), à une évaluation bâtie sur des indicateurs quantifiables, tels que nombre de filtres à eau mis en service, nouveaux modes d'évacuation des ordures, consommation de Nivaquine, usage des solutions de réhydratation orale, etc. On pense se donner ainsi un bon moyen d'estimer l'impact de la campagne.

Voici, en somme, une manière de faire assez classique.

Deuxièmement, les informations collectées par l'*équipe non médicale* (au cours de 24 passages effectués sur une année entière) consistent en un certain nombre d'observations qui peuvent recouvrir les précédentes (eau de boisson délétère, dangereux éparpillement des ordures, etc.) et en une énumération nosologique qui, elle, est dénuée de technicité médicale. Par exemple, l'indication « mal aux yeux » peut désigner une conjonctivite, une cataracte ou même une cécité...

Or, si vague qu'apparaisse à des agents de santé une terminologie du genre « mal à la tête », « mal au ventre », « mal aux os », etc., il s'agit là du vocabulaire qui est celui de la population cible, c'est-à-dire le seul qu'elle emploie, et, par conséquent, qu'elle comprend. D'où l'importance de partir de ce vocabulaire.

(9) On dispose même d'un ouvrage pertinent et détaillé sur la manière de composer de tels documents : cf. Étienne LÉVY-LAMBERT. *Les manuels de santé. Conception et réalisation*. OMS/ACCT, deuxième édition 1988, diffusion Librairie Karthala, 22, Boulevard Arago, 75013 Paris, 340 pages (la bibliographie des pages 323 et suivantes manifeste l'abondance des manuels publiés).

Autrement dit, et pour revenir au cas du « mal aux yeux », les thèmes de la conjonctivite, du trachome ou de la cataracte ne seront abordés, avec quelque chance de succès, qu'après un long préalable maïeutique où l'éducateur pour la santé aura permis à ses auditeurs de découvrir par eux-mêmes la polyvalence du « mal aux yeux ». Jamais, cependant, l'importance d'un tel préalable n'aurait pu être ainsi prise au sérieux si les enquêteurs ne s'étaient pas attachés à recueillir les dires de la population, tels que formulés par elle (10). Sur l'assimilation de ce préalable, il incombera à l'éducateur lui-même de pratiquer une première évaluation interne.

On se tromperait en opposant purement et simplement l'une à l'autre les deux manières de faire ci-dessus esquissées. Elles sont, pensons-nous, obligatoirement complémentaires, la deuxième constituant à l'égard de la première une introduction trop aisément négligée ou considérée comme « allant de soi », alors que, selon nous, elle équivaut à une phase primordiale qui demande une élaboration attentive.

Concluons ces considérations sur un programme hypothétique d'éducation pour la santé à Bankoni, par trois observations élémentaires :

- une éducation pour la santé ne peut partir d'un apprentissage à base de manuels et d'outils, si réussis « pédagogiquement » ou « didactiquement » qu'ils se présentent, mais de l'analyse communautaire des affections déclarées (*cf.* le « mal aux yeux ») ;
- pour que cette base de données soit assurée, une véritable (11) enquête est d'abord nécessaire auprès du groupe social que l'on entend éduquer à la santé. Faute de quoi, la *communication* indispensable entre « éducateurs » et « éduqués » ne saurait s'établir ;
- la charge d'une telle enquête ne revient pas de droit aux agents de santé. Le cas de Bankoni montre plutôt le contraire.

*

**

L'Aide de l'Église norvégienne (AEN) est une importante organisation non gouvernementale qui travaille, depuis 1984, dans la zone du Gourma très éprouvée par les périodes de sécheresse et la désertification. Aux termes d'une convention signée, le 19 décembre 1987, par le ministre de la Santé publique et des Affaires sociales,

- (10) Soulignons, au passage que, dans le cas des deux types d'enquêtes ici évoquées, l'une présentait l'avantage d'être longitudinale (durée d'un an), ce qui donnait le temps de procéder à une riche collecte d'observations et de discours natifs.
- (11) Une « véritable enquête » suppose non seulement *savoir*, mais *savoir-faire* (l'enquêteur doit être conscient de la convenance des gestes à faire ou à ne pas faire, des connotations du vocabulaire qu'il emploie, etc.).

l'AEN est notamment chargée de mener une action pour la santé dans trois arrondissements du cercle de Gourma Rharous (Région de Tombouctou). On imagine la difficulté de la tâche. Mettre en place des « soins de santé primaires » n'est jamais une entreprise simple, mais celle-ci se complique encore dans le cas de populations non sédentaires — comme celles du Gourma. Ayant d'abord procédé à de nécessaires aides d'urgence (équipe mobile de soins, dons de nourriture et de médicaments, etc.), les responsables de l'AEN eurent vite la pénible impression de ne faire plus que du travail de substitution : de leurs efforts, en tout cas, rien ne subsisterait après leur départ...

D'où la demande, adressée par l'AEN, d'une enquête sociosanitaire devant aboutir à des recommandations valables pour une stratégie des actions de santé. Le travail, dont la phase de terrain a occupé trois mois (décembre 1988 à février 1989), a mobilisé le concours de quatre chercheurs, assistés de deux enquêteurs et de deux enquêtrices tamacheq.

Voici quelques lignes extraites du rapport final (12) :

« L'ensemble des interventions recommandées se place en amont de celles que le système de santé publique peut fournir. L'objectif assigné est que toute la population puisse formuler de manière bien fondée ses propres décisions, puis les exécuter, de telle sorte qu'à long terme la prise en charge de la santé soit entièrement partagée entre les ressources locales et celles de l'État malien. À court terme, l'AEN doit alors investir et dans le domaine des informations à donner, et dans un supplément d'agents de soins de santé primaires. L'efficacité d'une telle stratégie postule son intégration parmi d'autres actions économiques de développement, s'il est entendu que, d'une part, les actions de santé isolées réussissent rarement, et que, d'autre part, améliorer la prévention et les soins va de pair avec une sécurité économique mieux assurée [...] *L'action majeure proposée consiste dans une campagne d'information-formation de masse* ». (Nous avons souligné ici la dernière phrase pour insister sur le fait qu'une enquête, non demandée au départ en vue d'un programme spécifique d'éducation pour la santé, a abouti par elle-même à recommander une « information-formation de masse ».)

Par où l'on voit que :

— le préalable d'une communication authentique est nécessaire à la détermination d'une action durable en matière de santé publique (sur le terrain, RANDALL et quatre enquêteurs ou enquêtrices parlaient tamacheq dans les campements visités) ;

(12) Voir RANDALL (S.), DIAKITÉ (B. D.), PAIRAULT (C.), *Enquête socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, Bamako, INRSP, 1989, 80 p + annexes.

— non seulement, l'«éducation pour la santé» fait partie intégrante des actions de santé, mais, dans le cas présent, elle est finalement retenue comme «action majeure» à entreprendre.

*
**

En accord avec les services de la santé publique, le diocèse catholique de San assume dans son territoire la charge de plusieurs formations sanitaires privées. Perplexes devant le très faible impact des efforts tentés depuis une génération en matière d'éducation pour la santé, les responsables ont réuni, en février 1990, une quinzaine d'animateurs et animatrices (réels ou potentiels), et leur ont tenu en substance le discours suivant :

« Depuis bien des années, nous avons essayé de faire passer des messages sanitaires dans les villages de la zone. C'est, en pratique, un échec. Les villageois et villageoises nous ont écoutés avec sympathie, mais sans aucunement changer leur conduite à l'égard des problèmes de santé dont nous traitons. Aussi vous proposons-nous maintenant de vous transformer pendant plusieurs mois en enquêteurs. Au lieu de vous fatiguer à transmettre des messages, vous allez vous fatiguer à *écouter* ce que les ruraux disent, vous exercer à regarder ce qu'ils font et entendre ce qu'ils pensent. »

Il s'en est ensuivi, à Zura (localité proche de Tominian), une session intensive de deux semaines, durant lesquelles le groupe a été invité à élaborer lui-même non pas des «questionnaires», mais une série de huit fiches concernant les thèmes des entretiens à mener dans les villages choisis pour cette expérience : trois fiches A (malades et maladies, itinéraire de soins, idées sur la santé), trois fiches B (alimentation, nourriture des femmes enceintes, eau et bière de mil), une fiche C (grossesse, accouchement et fécondité), une fiche D (hygiène et habitat).

Le travail de terrain, exécuté *avec* les villageois par des non-professionnels de la santé ou de la recherche scientifique (13) dans une quinzaine de localités, a pris fin au mois de mai. Le coordinateur sociologue se charge actuellement d'en tirer un rapport de synthèse, dont l'utilisation sera double :

- restituer aux enquêté(e)s et aux enquêteurs-animateurs/trices le résultat de leurs investigations communes ;
- préparer, pour l'année suivante, un programme pertinent d'éducation pour la santé.

*
**

(13) Sauf exception, leur niveau de formation est celui de l'école fondamentale.

Un étudiant en médecine, devenu aujourd'hui le Docteur Djigui DIAKITÉ, a préparé en 1987-88, une thèse intitulée « Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Belédougou » (14). Elle présente, en deuxième partie, un tableau de 506 termes bambara désignant des affections identifiées dans 37 villages de la région.

L'auteur de cette thèse s'est tellement intéressé à l'étude des pratiques et des représentations locales que, dans le cadre de l'INRSP, il poursuit aujourd'hui une recherche anthropologique sur les composantes de la personne humaine et sur les modalités diagnostiques des procédés divinatoires en usage dans le Belédougou. Voici donc le cas d'un médecin qui, sans rien renier de sa formation, a décidé pour un temps de se transformer en ethnologue, dans le but d'aboutir à de meilleurs rapports de communication entre une population donnée et les agents responsables de ses problèmes de santé.

Du reste, ayant accepté, en octobre 1989, d'intervenir dans une courte session de recyclage d'aides-soignants, Djigui DIAKITÉ fut le premier étonné de l'intérêt et des nombreuses questions que son exposé suscitait chez les auditeurs : comme s'il était le premier à traiter avec eux de réalités que ceux-ci rencontrent tous les jours, sans qu'ils aient été formés à communiquer avec les acteurs quotidiens de ces réalités.

Cet exemple nous permet de préciser le sens d'une remarque précédente, à savoir qu'une enquête destinée à introduire l'éducation pour la santé « ne revient pas de droit aux agents de santé ». Ajoutons maintenant : elle peut revenir de fait à des agents de santé, sous la condition que ceux-ci aient été sérieusement formés à l'écoute des personnes et des groupes cibles, c'est-à-dire à communiquer effectivement avec eux.

*

**

En nous référant à quelques expériences bien différenciées, nous espérons avoir illustré la nécessité d'une communication qui, en vue de l'éducation pour la santé, ne doit pas seulement accompagner l'exécution d'un programme, mais prélude à sa conception et à sa mise en œuvre. Dans les quatre cas mentionnés, cette communication antécédente s'est réalisée sous forme d'enquêtes scientifiquement conduites. Faut-il en conclure que, tout comme la guerre est trop sérieuse pour qu'on la confie aux militaires, l'éducation pour la santé est trop sérieuse pour qu'on la confie aux agents de santé ? Tout d'abord, l'exemple du Docteur Djigui DIAKITÉ s'inscrit en faux contre le simplisme d'une telle conclusion. Ensuite, il resterait

(14) Bamako, École nationale de médecine et de pharmacie, 1988, xvi-234 p. *multigr.*

beaucoup à dire sur la formation possible et souhaitable des agents de santé (et des agents de service social, ou d'hygiène...) à la communication. Cette formation est possible à condition de recourir aux moyens appropriés pour, d'une part, les aider à inventorier et à utiliser les canaux de communication locaux, et, d'autre part, leur proposer des exercices de groupe, du genre micro-enseignement (autocritiques collectives d'entretiens ou d'exposés *in vivo* et *in vitro* enregistrés en vidéo). Cette formation est souhaitable dans la mesure où la légitimité reconnue au « docteur » lui confère *a priori* (15) une autorité certaine auprès de la population : pour peu qu'il donne *a posteriori* la preuve d'une réelle compétence en communication, sa parole peut évidemment faire des merveilles au service d'une éducation pour la santé.

Au bout du compte, il s'agit de faire en sorte que l'éducation pour la santé cesse d'être conçue d'abord comme une entreprise de fabrication et de distribution de *messages*. Pour pasticher Marshall McLuhan, disons qu'il faut enfin travailler le *message*, ce qui suppose non seulement une grande attention donnée aux fonctions d'expression et de communication, mais, en même temps qu'un usage pertinent du langage articulé, le recours indispensable aux langages des gestes, des œuvres et des actes.

REMERCIEMENTS

Le texte de cet article doit beaucoup aux remarques et aux commentaires de quelques collègues bamakois : le Professeur J. Brunet-Jailly (Orstom-INRSP), le Docteur Djigui Diakitè (INRSP), le Docteur H. Balique (École nationale de médecine et de pharmacie). Ils en sont vivement remerciés.

Bamako, juin 1990.

- (15) Ceci vaut très particulièrement dans le cas où le « docteur » est médecin, voire médecin chirurgien.