

Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal)⁽¹⁾

Gérard Salem* , Thierry Lang**

Résumé : Les villes africaines sont le lieu d'émergence d'un phénomène de transition épidémiologique, marqué notamment par le développement de maladies cardio-vasculaires. L'étude réalisée sur Pikine, ville sénégalaise de 630 000 habitants, porte sur les représentations de l'hypertension chez les guérisseurs traditionnels. Cette recherche met en évidence l'absence du concept de chronicité dans ces savoirs, souligne les contradictions entre les thérapeutiques de la biomédecine et celles des tradipraticiens et montre les implications sociales de cette situation.

L'extrême brutalité du phénomène d'urbanisation dans les pays du Tiers-Monde et ses répercussions sur la santé des populations sont au centre des travaux d'un nombre croissant de chercheurs (Salem, 1989 ;

(1) Les auteurs tiennent à remercier Abdoulaye Traoré, assistant de recherche au centre ORSTOM de Dakar qui a bien voulu assurer les traductions des entretiens, ainsi que E. Corrin pour ses critiques et suggestions.

Le présent texte a fait l'objet d'une conférence à l'hôpital psychiatrique de Cery à Lausanne.

* G. Salem, géographe, ORSTOM, Maison de la géographie, 17, rue Abbé de l'Epée, 34000 Montpellier.

** T. Lang, médecin, Unité INSERM, Hôpital de la Pitié, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris.

Phillips, 1990) et d'organisations internationales. Le milieu urbain pose en effet des problèmes originaux, théoriques et méthodologiques, aux chercheurs et praticiens de la santé plus habitués à traiter des problèmes des zones rurales. Les concepts et méthodes de la santé publique en Afrique, notamment la philosophie des Soins de Santé Primaires, ont été conçus pour les campagnes (Jeannée et Salem, 1986).

L'émergence de pathologies dites de surcharge est un des aspects nouveaux des problèmes sanitaires de l'Afrique urbaine. À ce premier caractère spécifique des villes, s'ajoute la coexistence en milieu urbain de plusieurs systèmes de soins : l'offre thérapeutique est variée dans les registres tant biomédicaux que traditionnels. Ainsi, des populations culturellement déracinées, le plus souvent sans réelle tradition urbaine, aux modes de vie et aux formes d'organisation sociale en pleine redéfinition, sont confrontées à de nouveaux problèmes de morbidité et de nouvelles alternatives de soins.

Une approche de type anthropologique devrait permettre d'éclairer les relations entre ces deux aspects du « changement urbain » au double plan :

- des représentations de la maladie : comment les systèmes de représentation traditionnels de la maladie et de la santé évoluent-ils en ville ? Comment peut-on se soigner en ville ?
- des enjeux sociaux de la maladie : quels sont les nouveaux rapports entre les systèmes de santé moderne et traditionnel ; contraignent-ils à réviser la philosophie des Soins de Santé Primaires ; introduisent-ils de nouveaux éléments pour la définition d'une santé communautaire ?

Dans le cadre d'une recherche plus large sur les relations entre urbanisation et santé en Afrique (Salem, 1989), nous avons choisi de mener une recherche sur les représentations de l'hypertension artérielle (HTA) chez les guérisseurs traditionnels connus de la population de Pikine. Cette ville, créée *ex nihilo* en 1952, compte aujourd'hui 700 000 habitants, environ. Elle est le lieu d'un projet original de Soins de Santé Primaires animé par une équipe belgo-sénégalaise.

Il peut sembler paradoxal de mener une recherche anthropologique sur des pathologies définies selon les critères de la biomédecine et non selon les grilles nosographiques locales. Prétendre travailler sur les représentations, dans les systèmes diagnostics et thérapeutiques des différentes cultures locales, d'une maladie définie par la médecine occidentale (donc *a priori* non nommée par elles), vouloir étudier sa place dans des systèmes de pensée variés que l'on n'étudiera que de façon partielle, conduit le chercheur à une méthodologie auto-mutilante et peu satisfaisante.

Volens nolens, la situation d'entretien semi-directif, méthode choisie, impose à l'interlocuteur une cohérence forcée, étrangère au discours non scientifique. On ne s'étonnera donc pas des contradictions ou des sauts logiques dans l'exposé de nos interlocuteurs. Le modèle explicatif sanitaire courant (« health belief model ») est en fait un assemblage de plusieurs modèles explicatifs se rapportant à la même maladie, non nécessairement cohérents entre eux, utilisés à différents stades de la maladie, devant différents symptômes, à chaque étape diagnostique et thérapeutique (Blumhagen, 1980). En outre, les travaux menés au Zaïre par E. Corrin et G. Bibeau dans le domaine de la santé mentale (Corrin, 1975 ; Corrin, 1980) montrent les décalages considérables entre les réponses formelles à des questions générales et le fonctionnement réel des systèmes de soins. Cette situation est d'ailleurs valable pour les patients comme pour les experts !

En dépit de ces difficultés, le choix de travailler sur l'hypertension artérielle se justifie par le souci de travailler à l'interface épidémiologie/ anthropologie/santé publique.

Au plan épidémiologique, les villes semblent être par excellence les lieux des transitions démographique et épidémiologique (Noin, 1985 ; Omran, 1971) : on y observe à la fois la persistance des classiques maladies infectieuses et l'émergence de maladies chroniques. Les maladies infectieuses et parasitaires sont responsables d'un décès sur deux dans les pays sous-développés. Cette proportion exprime bien l'importance de ces pathologies mais aussi celle, numérique, des classes d'âge jeunes, premières victimes de ces affections. À classe d'âge égale, les taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires dans les pays sous-développés et les pays développés sont peu différents ; ils sont même légèrement supérieurs dans les premiers pour la mortalité prématurée entre 35 et 64 ans (Hakulinen, 1986 ; Garros *et al.*, 1980). Ce cumul de pathologies, qui définit un premier stade de la transition épidémiologique, est particulièrement avancé dans les zones urbaines. La baisse rapide de la mortalité infanto-juvénile laisse prévoir la part croissante d'une morbidité chronique que l'on croyait jusqu'alors réservée aux pays riches. Les études épidémiologiques réalisées sur Pikine (Lang *et al.*, 1988 ; Delaroque *et al.*, 1989 ; Astagneau, 1989) ont révélé l'importance de ce problème de santé, confirmant ainsi les recherches menées dans d'autres villes africaines. Globalement, les prévalences d'hypertension artérielle des adultes apparaissent plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural : respectivement, 23 % et 8,7 % chez les Zoulou (Sever *et al.*, 1980), 10/15 % et 5,5 % au Sénégal (Koaté, 1978). Les études longitudinales ont montré que la pression artérielle de nomades kenyans augmentait avec l'urbanisation (Poulter *et al.*, 1990), que celle de citadins

ghanéens augmentait avec l'ancienneté urbaine (Pobee, 1983). Dans l'agglomération de Dakar-Pikine, les prévalences enregistrées sont du même ordre et touchent électivement les citadins en situation précaire.

Au plan anthropologique, l'hypertension artérielle, maladie récemment diagnostiquée et liée à un nouvel environnement et à des changements dans les modes de vie, peut être aussi considérée comme le révélateur des rapports nouveaux qui se nouent en ville entre des systèmes thérapeutiques traditionnels en pleine mutation et des systèmes biomédicaux confrontés à des problèmes de morbidité originaux. Dans le contexte urbain, la coexistence de groupes sociaux et culturels différents – tous détenteurs de systèmes propres d'interprétation de la maladie – définit des rapports nouveaux de la population aux systèmes traditionnels de soins. En soignant des patients de cultures différentes, les thérapeutes traditionnels ont un exercice transculturel qui conduit, paradoxalement, à une uniformisation syncrétique des modèles explicatifs de la maladie et à une prolifération des systèmes de soins (Gruesnais, 1989). Cette uniformisation est particulièrement manifeste au Sénégal, avec le phénomène de « wolofisation » du pays (Tall, 1989) particulièrement dans les centres urbains où la langue wolof est devenue la langue quotidienne. Il va sans dire qu'un tel projet de recherche va poser question sur la validité des matériaux recueillis et sur les limites d'une interprétation anthropologique.

Au plan de la santé publique, le souci d'une recherche débouchant sur l'action impose de reconnaître la démarche opérationnelle du Projet de Soins de Santé Primaires, centrée sur une classification nosologique occidentale et contrainte à une approche différente de celle de l'ethnologie classique. L'objet d'étude est ici l'ensemble des représentations et des comportements induits par la confrontation d'un système de soins traditionnels à une entité étrangère, la tension, qu'il ne peut ignorer du fait d'une demande forte des patients. On peut émettre l'hypothèse que des rapports nouveaux se nouent autour des enjeux diagnostiques et thérapeutiques de la maladie : maladie asymptomatique, l'hypertension ne peut être diagnostiquée que par une technologie précise (le manomètre) et donc par le réseau de soins de la médecine occidentale. Maladie nouvelle dont le traitement n'apporte aucun bénéfice immédiat pour le patient (ce bénéfice est théorique et ne vise qu'à réduire la probabilité de survenue ultérieure d'un accident cardio-vasculaire), elle est de surcroît une maladie chronique dont le traitement devra être continu... sans autres conséquences appréciables pour le patient que la survenue, non rare, d'effets secondaires qui peuvent perturber, parfois profondément, la qualité de vie. En outre, ces traitements sont coûteux. Ainsi, si l'hypertension artérielle confronte le système traditionnel à son incapa-

cité diagnostique, elle souligne les limites thérapeutiques de la médecine occidentale quand elle est confrontée à des problèmes chroniques.

Méthodologie et éléments d'enquêtes

Afin de saisir les termes d'éventuelles convergences/divergences entre les différents systèmes diagnostiques et thérapeutiques, et d'en déterminer les possibles enjeux sociaux, une trentaine d'entretiens – en français, wolof, sonink  ou pulaar – avec des thérapeutes traditionnels connus dans leurs quartiers, ont été menés en 1986 et 1989 selon le guide d'entretien suivant : après présentation des travaux de l'équipe sur les problèmes de santé à Pikine, notre visite était présentée comme une visite auprès de « savants » (*borom xam xam*, littéralement détenteur d'un savoir) consultés par les Pikinois, avec qui nous souhaitions nous entretenir des problèmes de santé de la cité. Les items suivants étaient abordés : « profil » du guérisseur ; problèmes sanitaires particuliers en zone urbaine ; le guérisseur était alors interrogé sur le problème de l'hypertension artérielle – ses symptômes, ses complications, son traitement, ses éventuels équivalents dans la nosographie traditionnelle – si ce thème n'avait pas été abordé spontanément. Enfin, des questions étaient posées sur l'existence de maladies chroniques.

Ce canevas d'entretien révèle tous les défauts d'une approche anthropologique centrée sur une maladie : comme le souligne à. Corrin (Corrin, 1990), la troisième série de questions relève « d'une démarche biomédicale occidentale supposant que les interprétations et les traitements sont automatiquement associés à une certaine entité clinique définie par son nom ou par ses symptômes » et la quatrième question traite « la notion de maladie chronique en fonction d'entités nosographiques et ne permet pas nécessairement de rendre compte de la manière dont est perçue traditionnellement la notion de chronicité dans le domaine de la santé et de la maladie ». Menés dans des langues différentes, ces entretiens ne peuvent faire l'objet d'analyse de texte proprement dite. Ils ont été transcrits tels que traduits par l'enquêteur quand les entretiens étaient en pulaar, sonink  ou wolof, et reproduits dans leur texte littéral quand l'entretien était en français. Soulignons toutefois qu'une telle transcription ne va pas, même avec une bonne connaissance du wolof, sans une large part d'interprétation par le chercheur, ne serait-ce que par la nécessaire ponctuation d'un discours oral.

Notre étude proc dera donc davantage à la mise en évidence des points communs aux discours recueillis auprès des différents guéris-

seurs, d'origines géographiques et de cultures différentes, qu'à resituer l'hypertension artérielle, ou ce qui s'y associe, dans la cohérence d'ensemble de chacun des systèmes nosographiques traditionnels.

Représentations de l'hypertension artérielle chez les guérisseurs pikinois

Il ressort des entretiens que la maladie hypertension n'existe pas en tant que telle dans les systèmes locaux et nous n'avons trouvé dans les différentes langues locales aucun mot se rapprochant de notre définition de la tension. On dit « la tension », ce qui n'est pas sans évoquer une autre expression française wolofisée « (at) tention » qui exprime une réserve sur un sujet complexe, un risque, un danger ...le plus souvent prononcée après la chute. Les seules expressions vernaculaires utilisées, jamais spontanément, sont celles de « *xorom, da fa diep* », « *dereet bu baré* » (en wolof, « le sel l'a pris » ; « trop de sang »), « *saxat bubone* », (en sérère, la « mauvaise toux »)

L'identification de l'hypertension artérielle pose problème aux thérapeutes traditionnels et deux systèmes diagnostiques interviennent. L'un est de type occidental : il s'agit du diagnostic posé par un médecin ou un infirmier et rapporté par le malade au tradipraticien. L'autre, pour la plupart des guérisseurs interrogés, est traditionnel, faisant appel à des signes cliniques et parfois aussi à d'autres techniques, telles que celle des cauris, coquillages classiquement utilisés dans les techniques de divination (Zempléni, 1968).

« Ce sont les docteurs qui le savent mieux que les autres ; celui qui peut guérir la tension, celui qui a les plantes, si tu lui dis j'ai la tension, il va te guérir, mais la tension, ce n'est pas contagieux. La tuberculose oui, la fièvre jaune oui. La tension, c'est l'individu qui dit : j'ai la tension ; pour la fièvre jaune, tu vois ça sur l'individu ; pour la tension tu ne vois pas ça ; on ne peut pas savoir, il faut que la personne dise "j'ai mal au foie, et ça me monte à la tête", c'est la tension ».

« À force de recevoir des gens, tu deviens forgeron, le gars te dit : « j'ai souvent des maux de tête, j'ai la vision qui se brouille », s'il a les oreilles qui bourdonnent, les maux de tête, je vérifie d'abord s'il n'est pas constipé. Puis je l'envoie chez l'infirmier pour prendre la tension ».

« La tension, c'est dans le foie, et ce qui est plus fréquent, c'est chez ceux qui ont un gros ventre ; c'est ceux qui mangent beaucoup et ne travaillent pas beaucoup. »

« La tension, tu as les jambes et le visage gonflés et le corps chaud ; enfin, c'est comme ça que les toubibs reconnaissent ça. Certains ont le ventre

gros, les lèvres sont sèches, les mains sont trop sèches, pas humides, ça devient blanc. Certains qui ont la tension toussent, les gens qui ont la tension transpirent quand ils s'assoient, certains ont même des vertiges. Quand on a la graisse jusqu'au cou, on peut pas respirer profondément ; la graisse, ça le fait suffoquer, ça peut le tuer rapidement.(...) Celui qui n'est pas gros ne peut pas avoir de tension. »

Dans ces cadres, la nosologie occidentale reconnaît d'autres types de pathologies, qui, hasard ou non, sont dans le modèle probabiliste utilisé pour les signes liés à cette pathologie : hémiplégie, oedèmes, dyspnée, voire un gros ventre, où l'on pourra reconnaître l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque, voire l'hypertension artérielle gravidique. D'autres descriptions ont des rapports plus lointains et évoquent des maladies infectieuses chroniques par le contexte de toux, d'altération de l'état général, d'asthénie et de fièvre. Le diagnostic sera parfois fait de façon empirique et la maladie n'est tout à fait identifiée que si elle cède au traitement, si elle est expulsée.

« Si quelqu'un vient me voir et qu'il sait qu'il a la tension, je vérifie moi-même. Pour le soigner, si on m'amène le malade, je vais lui faire boire quelque chose qui va faire baisser la tension, mais ça ne veut pas dire qu'il est guéri. Il devra suivre mon traitement un mois ou peut être deux mois. Ça va lui donner la diarrhée et le faire pisser beaucoup, là, la maladie va sortir. S'il boit (un médicament) il va vomir quelque chose de gluant qu'il avait dans le foie. »

La quasi-totalité des guérisseurs, de toutes ethnies et de tous profils, définissent l'hypertension artérielle comme une maladie terrestre, voulue par Dieu, qui n'est pas due à une action en sorcellerie et ne relève pas d'un univers magique.

« La tension, c'est grave. C'est Dieu qui apporte la tension, c'est pour les vieux, hommes et femmes. Ça touche les femmes comme les hommes. Ça commence vers 20 ans, mais les très vieux n'ont pas de tension parce qu'ils sont trop maigres. La tension, c'est pour celui qui est au milieu de sa force. »

« La tension est une maladie de Dieu, pas un travail. C'est le repos qui fait la tension. C'est le sel qui empêche le sang de circuler et qui empêche la transpiration. »

« C'est maintenant que la tension est une maladie très répandue parce que les campagnards sont venus en ville et qu'ils ne suent plus. Avant, c'était une maladie qui existait mais dont les gens se débarrassaient. (...) Les gens qui travaillent en brousse ont le sel qui va sur les vêtements : si tu les mets à sécher et qu'une chèvre passe, elle va les lécher. Si tu as beaucoup de sel dans le corps, tes oreilles bourdonnent, tu as des vertiges et tu as une mauvaise vue. »

L'hypertension artérielle est une maladie importée (« Ce sont les toubibs qui nous ont donné des maladies qu'on ne connaissait pas »),

liée à un mode de vie non naturel (un guérisseur souligne que les animaux n'ont pas cette maladie), à la sédentarité, à la graisse, au manque d'exercice et de sudation. Cette dernière est réputée évacuer le sel, que viennent ensuite lécher les animaux sur les vêtements. Cette notion semble regrouper les messages de la médecine « scientifique » qui a survalorisé le rôle du sel et une conception rapportée par Snow (1974) selon laquelle la sueur permet d'éliminer le mauvais sang utilisé. Le malade a un excès de sang, les poumons bloqués, le cœur entouré de graisse, le foie qui rétrécit, « tout monte à la tête ». Lorsque le sang monte brutalement à la tête, il est responsable de paralysie, modèle semblable à celui décrit par Snow chez des Noirs de l'Arizona pour qui l'attaque cérébrale est cet afflux brutal de sang à la tête. La tension est perçue comme un mal extérieur au corps qu'il faut évacuer (d'où les traitements laxatifs et diurétiques); à l'extrême, l'un des guérisseurs assimile la tension à des vers. Les traitements thérapeutiques correspondent aux descriptions faites de la maladie et au modèle thérapeutique de type soustractif (Laplantine, 1986) : on purge, on fait uriner et vomir.

« Il faut jouer 100 % sur la digestion de l'individu ; s'il est constipé, on ne peut pas régler ça, la tension revient. Je fais mon ordonnance et si le gars prend ça matin, midi et soir, le lendemain c'est fini. Je donne des liquides, des poudres, des sachets qui font pisser l'ancien sang, les impuretés du sang malade ; après le sang redevient bien. Il y a une plante, le laïdur en wolof, qui soigne le toye ; c'est-à-dire une fatigue générale qui est très rare à la campagne. La majorité des maladies, c'est à cause du toye, c'est la fatigue générale, ça serre les côtés du ventre, le gars est constipé, il a mal à la tête, quelquefois la diarrhée qui finit par faire du sang. C'est la même chose pour la tension. Le laïdur, on y ajoute du sucre et de la gomme, on transforme le tout en poudre. Si tu prends ça le matin, le sucre va rassembler les vers qui se précipitent pour bouffer, la gomme les colle ensemble et le laïdur donne la diarrhée. C'est pour ça que c'est le même traitement pour la tension et les vers. »

Les traitements sont efficaces quasiment instantanément et assurent une guérison définitive ; ils ne comportent pas de recommandations d'hygiène de vie particulière ni de régime alimentaire, pourtant suspectés d'être à l'origine de la maladie. Le traitement est radical et supprime la nocivité potentielle ultérieure de ces facteurs pour tous les guérisseurs sauf deux qui soulignent :

« L'homme est fait pour que les neuf trous de l'homme servent à faire sortir les maladies. On ne peut pas soigner jusqu'à guérison complète, on peut seulement équilibrer si la maladie est trop descendue ou trop montée, on ne peut pas vraiment guérir. En brousse il ne peut y avoir de tension et de diabète parce que les gens mangent mais travaillent aussi. Les gens en brousse travaillent dur et comme ça ils éliminent bien. »

Le concept de chronicité n'existe pas au sens que lui donne la médecine occidentale et n'est repris par aucun des guérisseurs. La durée de traitement est généralement brève, atteignant au plus deux à trois mois et correspond à des chiffres magiques. Même si les causes qui ont produit l'apparition de la maladie se renouvellent (sel, nourriture, sédentarité...), une fois le mal chassé, il ne peut se réinstaller.

« Les docteurs disent qu'il faut stopper le sel mais moi je guéris ça en un jour. La tension avec le sucre, je soigne ça avec une plante bouillie de brousse. Ça élimine avec les urines et les selles. On ne guérit pas tout de suite, il faut un traitement en 4 fois, après, ça ne revient plus. La tension avec le sel, ça se soigne beaucoup plus facilement : c'est une tisane. On fait cuire la plante et tout est pissé en 5 ou 6 jours. Après ça la tension ne revient pas, même si le gars se remet à manger beaucoup, si le mal a été éliminé une bonne fois, la tension ne reviendra pas. »

L'idée d'une pathologie installée avec laquelle on compose, en se contentant de la maintenir quiescente, semble largement étrangère au système traditionnel ; cette idée amène un des guérisseurs à accuser la médecine occidentale de laisser trop de place à la maladie, de ne pas la combattre avec suffisamment de vigueur. (*« Vous les intellectuels vous donnez trop d'importance à la maladie, vous ne soignez pas assez fort. Dieu a donné deux choses au toubib : ouvrir quelqu'un et sortir la maladie et faire les transfusions »*).

L'idée d'avoir à composer avec un mal, de rester porteur d'un mal, étranger et nuisible, ne semble pas acceptable dans le système traditionnel. La maladie est dans quelque chose et doit, comme un corps sale et étranger, être expulsée. Pour les guérisseurs, la tension ne fait pas partie de ces maladies dont on ne guérit pas ; à l'inverse de la lèpre, de la cécité ou de la tuberculose qui sont citées parmi les maladies chroniques non curables. Seuls l'asthme et l'épilepsie sont déclarés, dans nos entretiens, comme chroniques mais curables. L'hypertension artérielle ne met en jeu aucune des qualités reconnues à la médecine occidentale : interventions chirurgicales et transfusions qui les caractérisent ne sont d'aucun secours dans le cas de l'hypertension artérielle (*« Contre la sorcellerie, les Blancs ne peuvent rien faire ; le Blanc est plus fort quand il faut faire des injections, quand il faut opérer ; les autres maladies, c'est le guérisseur le plus fort. »*)

Il y a donc pour la « biomédecine » une situation d'échec. L'absence apparente du concept de chronicité a été retrouvée par Snow chez les Noirs américains, fondée sur une conception duale du monde, le bon s'opposant au mauvais, le naturel au culturel, traduite en matière de santé par la conviction qu'à chaque naissance correspond une mort, à chaque poison son antidote, à chaque maladie son traitement.

Pour les épidémiologistes, le milieu est un lieu de stress favorisant l'hypertension artérielle ; pour les guérisseurs, la ville n'est pas synonyme de stress mais plutôt d'abondance où les gens feraient leur propre malheur, par leur mode de vie, une alimentation trop riche, une absence d'exercice physique impliquant l'absence de sudation. Globalement les citadins seraient moins solides que les ruraux, en moins bonne santé, plus penchés sur leurs petites misères... ou plus jaloux de leurs privilèges.

« En ville les gens sont plus inquiets, ils ne trouvent pas le sommeil ; en brousse tu vois peu de gens. En ville ici les gens qui ont un salaire, les commerçants, les fonctionnaires ont beaucoup plus de soucis que ceux qui sont à la campagne. »
« Les maladies ne peuvent se développer en brousse, en ville les maladies grandissent. En ville, les gens peuvent avoir la honte de dire leur maladie. Tout le monde ne se connaît pas et la même personne peut avoir des rapports avec beaucoup de personnes. Les maladies qui se développent en ville existent à la campagne, mais il y a une différence, parce qu'il y a beaucoup de monde en ville et ça va d'une personne à une autre personne. La tension, c'est parce que les gens se reposent beaucoup en ville et ne travaillent pas. »

Mais la ville est aussi décrite comme un lieu anonyme et solitaire, fait de conflits, d'agressivité et d'égoïsmes. De multiples façons, l'hypertension artérielle est associée au mode de vie urbain et rentre même pour l'un de nos interlocuteurs dans la catégorie du « fatigument ». Ce problème de l'asthénie est une plainte très fréquente et souvent décrite comme spécifique du milieu urbain ; notion d'autant plus intéressante que « la fatigue », « le fatigument » expriment tout autant une fatigue physique que les soucis de tous ordres financiers, familiaux, psychologiques, etc.... L'expression consacrée, « le fatigument général », évoque l'asthénie dépressive. Les représentations occidentales de l'hypertension artérielle comme une maladie du stress d'origine psychologique coïncident avec ce concept central de « fatigument ». Cette rapide évocation des représentations de l'hypertension artérielle invite à se pencher sur la dimension sociale de ce problème, à savoir les implications en santé publique et les rapports entre les systèmes de santé traditionnel et moderne.

Dimensions sociales des représentations de l'hypertension artérielle

Les éléments recueillis sur les représentations de l'hypertension artérielle ont quelque chose de paradoxal : d'une part, la grande

pauvreté de la sémiologie décrite - largement induite par le type d'entretien choisi - surprend quand on est habitué à la richesse des constructions faites autour des maladies courantes ; d'autre part, ces explications sont raccrochées à un certain nombre de principes anatomiques et d'énergie vitale fondamentaux. Le « blocage » d'organes essentiels, notamment le foie, prive l'individu des sources de son énergie vitale (*fit*) et de ses capacités d'excrétion.

L'intégration aisée de cette maladie nouvelle dans les schémas « traditionnels » montre, s'il en était besoin, la capacité de création de systèmes trop souvent vus comme archaïques et figés : la ville est un lieu de « création de traditions » qui se définissent à bien des égards contre ou en référence aux logiques de la médecine occidentale et de la santé publique. Aux médecines savantes capables de diagnostiquer une maladie mais incapables de la soigner définitivement, sans coûts excessifs et sans effets secondaires, répondent les anciens et nouveaux savoirs des guérisseurs qui proposent des traitements définitifs, adaptés aux mode de vie (notamment pour le régime alimentaire) et à certains signes extérieurs de réussite sociale comme l'embonpoint.

Les relations étroites qu'entretiennent les systèmes thérapeutiques biomédicaux et traditionnels prennent sur le concept de chronicité un aspect concurrentiel et mutuellement exclusif qui n'est pas la règle pour les maladies aiguës. Cette relation ne s'exprime pas sur l'étape diagnostique, pour laquelle le système traditionnel emprunte le savoir-faire du personnel de santé, mais apparaît au niveau du traitement entre une médecine moderne suspecte de complaisance et/ou d'impuissance face à certaines maladies et un exercice traditionnel efficace, rapide et surtout définitif. Ce système de soins rend, de plus, caduc tout conseil de modification diététique dans la mesure où il supprime même toute possibilité d'action néfaste de ces mêmes facteurs. Il semble que la coexistence et l'utilisation simultanée de plusieurs modèles ne soient dans le cas de l'hypertension artérielle que partielles. À un modèle étiologique biomédical complexe, multifactoriel, endogène et exogène qui développe l'idée d'une cohabitation avec un écart à la norme porteur d'une menace de maladie répond un modèle thérapeutique soustractif radical.

On sait quels rapports complexes se nouent entre les médecines scientifiques et traditionnelles quand elles cherchent ensemble à définir leurs domaines de compétence. Les collaborations entre guérisseurs et médecins développées au Zaïre et à l'hôpital psychiatrique de Dakar (Collomb, 1965) dans les domaines de la santé mentale ont montré les risques de dérapages institutionnels créant, à l'image des Conseils de l'Ordre des Médecins, un ordre des tradipraticiens. Précisément, l'impuissance de la médecine occidentale à soigner des maladies chro-

niques en nombre croissant n'est pas sans suggérer ses difficultés à traiter, dans un contexte culturel différent, les maladies mentales. Le discours tenu par les guérisseurs visait explicitement une légitimation scientifique. Cela était particulièrement évident pour ceux qui ne bénéficiaient pas d'une réelle légitimité traditionnelle, cas bien fréquent en ville. Ce désir de reconnaissance trouve un écho certain dans les organismes internationaux, l'appareil d'État mais aussi chez les personnels soignants dont les conceptions de la maladie et de la thérapeutique restent ambivalentes.

Conclusion

L'idée selon laquelle l'hypertension artérielle serait un mal, une saleté à extirper et extirpable - conception proche de l'ancienne médecine des humeurs - en partie liée au mode de vie urbain décrit par sa sédentarité et son alimentation trop riche en calories et en sel, n'est pas en contradiction avec certaines des conceptions occidentales de l'hypertension artérielle. En revanche, une série de contradictions apparaissent entre les stratégies de traitements traditionnels et modernes. Au traitement chronique requis par la médecine occidentale, les tradipraticiens reprochent « de laisser trop de place à la maladie, de ne pas soigner assez fort », de composer avec elle quand il s'agit de « s'en nettoyer ». Les médecines traditionnelles ne sont pas, en Afrique, des médecines douces ! Leur propos est d'extirper la racine de la maladie, allant jusqu'à empêcher les facteurs d'environnement à l'origine de l'hypertension artérielle de produire leurs effets. Bien que reprenant un discours causal sur leur responsabilité, les guérisseurs n'indiquent pas par exemple de régimes alimentaires à leurs consultants, ceux-ci étant guéris.

Ces informations soulignent toute la difficulté d'un programme communautaire de lutte contre l'hypertension artérielle lorsque le principe de celui-ci est retenu. Aux arguments épidémiologiques - fréquence de la maladie - s'ajoute une demande de soins, qui, à Pikine, est déjà forte, probablement motivée par les campagnes radiophoniques et le symbolisme que représentent le stéthoscope et le tensiomètre pour le personnel de santé. Mais aux difficultés techniques et financières s'ajoutent, on le voit, plusieurs obstacles qui vont venir renforcer les motifs de non-observance des traitements prolongés, dont on sait qu'ils sont nombreux. L'obstacle financier prévisible va conduire les patients à la recherche de traitements radicaux. Une fois le traitement traditionnel mené à terme, le risque de rechute est écarté puisque la maladie a été extirpée ; l'idée même de suivi au long cours en est ainsi contrariée par le

caractère préventif du traitement traditionnel. Si les tradipraticiens, reprennent les explications de l'hypertension artérielle par le mode de vie, ils ne donnent pas pour autant une valeur opérationnelle au traitement non médicamenteux, dont on pourrait pourtant penser que le rôle est essentiel dans un contexte de contraintes financières majeures.

Dans un contexte urbain africain, le modèle thérapeutique concurrent proposé par le secteur traditionnel est en opposition radicale et offre une solution rapide aux lourdes contraintes imposées par le traitement de la biomédecine. Cela souligne l'importance d'une évaluation précise du suivi thérapeutique obtenu par une structure de soins consacrée aux maladies chroniques avant sa généralisation. Mais, s'il est clairement apparu dans ce travail que la notion de chronicité n'existait pas dans les systèmes traditionnels dans son acceptation occidentale, l'hypothèse d'un concept de chronicité dans les systèmes traditionnels, organisé autour d'un système de sens bien décrits par les guérisseurs, reste permise. Une telle recherche appelle une comparaison avec le concept occidental mis en cohérence dans un système de signes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Astagneau P., 1989, *Epidemiologic study of arterial hypertension on a representative sample of the inhabitants of an african suburb: Dakar-Pikine*, Sénégal, Communication présentée au colloque « Epidemiology of hypertension in Black Africa », Nairobi.
- Blumhagen D., 1980, Hypertension: a folk illness with a medical name, *Culture, Medecine and Psychiatry*, 4, 197-227.
- Collomb H., 1968, Assistance psychiatrique en Afrique, expérience sénégalaise. *Psychopathologie Africaine*, 1, 11-84.
- Corrin E., Bibeau G., 1975, De la forme culturelle au vécu des troubles psychiatriques en Afrique. Propositions méthodologiques pour une étude interculturelle du champ des maladies mentales, *Africa*. Vol. XLV, n° 3, 280-315.
- Corrin E., 1990, *Commentaires sur « Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines: approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal) »*. Montréal, mult, 4 p.
- Corrin E., Bibeau G., 1980, Psychiatric perspectives in Africa. Part II: the traditional viewpoint, *Transcultural psychiatric research review*, 17, 205-233.
- Delaroque E., et al., 1989, *Prevalence and consequences of arterial hypertension during pregnancy in an african suburb: Pikine Sénégal*, Communication présentée au colloque « Epidemiology of hypertension in Black Africa », Nairobi.

- Garros B., Cantrelle P., Hatton F., 1980, La mortalité cardio-vasculaire dans les pays industrialisés et dans les pays en développement, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 28, 69-79.
- Gruesnais M. E., 1989, Situations de maladies à Brazzaville: causes urbaines du désordre social, in Salem. G, Jeannée. E (eds): *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Orstom, Collection Colloques et Séminaires, Paris, 313-318.
- Hakulinen T. *et al.*, 1986, Global and regional mortality patterns by cause of death in 1980, *International Journal of Epidemiology*, 15, 2, 226-233.
- Jeannée E., Salem G., 1986, Soins de santé primaires en ville: l'expérience de Pikine au Sénégal, *La santé dans le Tiers Monde, Prévenir*, 81-87.
- Jeannée E., Salem G., *et al.*, 1987, Participation et développement sanitaire en milieu urbain africain, in *Enfants et Femmes d'Afrique occidentale et centrale. Le difficile accès à la santé*. Abidjan, Unicef, 37-43.
- Koaté T., 1978, L'hypertension artérielle en Afrique Noire, *Bulletin O.M.S.* 56, 841-848.
- Lang T., Pariente P., Salem G., 1988, Social professional conditions and arterial hypertension : an epidemiologic study in Dakar, Sénégal, *Journal of Hypertension*, 6, 271-276.
- Laplantine F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- Noin D., 1985, *La transition démographique*, Paris, PUF.
- Omran A. R., 1971, The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Fund Quaterly*, 49, 509.
- Phillips R.D., 1990, *Health and Health care in the Third World*, Londres, Longman.
- Pobee J., 1983, Epidemiological report from West Africa in *Mild Hypertension: recent advances*, F Gross, Strasser, T, eds. New York, 33-54.
- Poulter N., Khaw K., Hopwood B., Mugambi M., Peart W., Rose G., Sever P., 1990, The kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in a blood pressure, *British Medical Journal*, 300, 967-972.
- Salem G., Jeannée E., 1989, *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Orstom, Collection Colloques et Séminaires, Paris, 548p.
- Sever P., Gordon D., Peart W., Beighton P., 1980, Blood pressure and its correlate in urban and tribal africa, *Lancet*, II, 60-64.
- Snow L., 1974, Folk medical beliefs and their implications for care of patients. A review based on studies among black americans, *Ann Int Med*, 81, 82-96.
- Tall K.E., 1989, Thérapeutiques islamiques et vodouistes. Points de rencontres: Cotonou, Pikine. in Salem G., Jeannée E., (eds): *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Orstom, Collection Colloques et Séminaires, Paris, 305-313.
- Zempléni A., 1968, *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse de 3ème cycle en ethnologie, Paris, 543 p.

Salem Gérard, Lang T. (1993).

Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal).

In : Aspects des systèmes de santé dans les pays du Sud.

Sciences Sociales et Santé, 11 (2), 27-40.

ISSN 0294-0337