

WERNER J.F.

ORSTOM

B.P. 1386

Daka.

1986

(2)

LE TRAITEMENT BIOMEDICAL ET TRADITIONNEL DES DIARRHEES DU JEUNE

Une étude comparative à Pikine

Ce texte est un compte rendu du deuxième volet de la recherche entreprise à Pikine, pendant l'hivernage 85, sur le problème des diarrhées du jeune. En parallèle à une enquête longitudinale effectuée dans un échantillon restreint de la population et visant à décrire les processus de thérapie, il m'a paru nécessaire d'investiguer ce qui se passait lorsque la mère d'un enfant diarrhéique allait consulter dans un dispensaire ou chez un praticien traditionnel.

I. METHODOLOGIE

Le principe au fondement de la méthode consiste à se focaliser d'avantage sur les pratiques que sur les discours. Une large place a donc été faite à l'observation participante complétée par des entrevues avec des soignants et des consultantes.

A l'intérieur des limites d'un territoire englobant 14 quartiers de Pikine, il m'a fallu, dans un premier temps, sélectionner un praticien traditionnel et un soignant biomédical.

Le choix de ce dernier a été grandement facilité par un travail de terrain préalable qui m'avait permis d'établir une relation privilégiée avec un infirmier exerçant dans le poste de santé desservant cette zone. L'existence au même endroit d'une PMI dirigée par une sage-femme me permettait d'élargir le champ de mes observations.

Par contre le processus de sélection du praticien traditionnel a été plus compliqué et a débuté par un recensement (cf. instrument 01 en annexe) de l'ensemble des guérisseurs ("fajkat") et marabouts ("sériñes") de notre zone d'étude (1). Cette tâche a pu être menée à bien (une trentaine de ces praticiens ont été inventoriés) grâce à la collaboration d'un soignant biomédical sénégalais particulièrement concerné par la valorisation des médecines traditionnelles.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé par élimination pour retenir finalement une guérisseuse spécialisée dans le traitement des enfants diarrhéïques qui a accepté de collaborer avec nous.

Après une période de tâtonnements nous avons opté pour une méthode de travail relativement lourde mais qui offrait l'avantage de ne pas trop bouleverser le milieu observé : attente des clientes en compagnie de la guérisseuse, observation des consultations puis une première entrevue avec la mère, à domicile, dans les heures suivantes. A cette occasion, je cherchais à reconstituer l'histoire de la maladie, à évaluer sommairement l'état de santé de l'enfant selon la méthode clinique et à retracer l'itinéraire thérapeutique antérieur (cf. instrument 02). Une deuxième entrevue, à huit jours d'intervalle, toujours à domicile, me permettait d'apprécier l'évolution de l'état de santé de l'enfant et de noter éventuellement la suite du processus de recherche de thérapie.

Une méthode similaire a été appliquée au niveau du poste de santé avec observation participante aux consultations des soignants et deux entrevues successives à huit jours d'intervalle avec les consultantes (cf. instrument 03). Au total, ce sont quinze enfants

diarrhéïques qui ont été vus chez la guérisseuse et 23 au niveau du poste de santé.

II. LES SOIGNANTS (Portraits et description du contexte dans lequel ils pratiquent).

La guérisseuse dont il est question est âgée de 67 ans. née à Saint-Louis, avec pour langue maternelle le wolof, elle réside à Pikine depuis trente ans. Mariée, elle vit avec son mari (artisan à la retraite), des enfants et petits-enfants dans une maison qui leur appartient. Non scolarisée, elle ne parle pas le français ; elle a fait l'apprentissage de son savoir auprès de sa mère et a commencé à pratiquer à la mort de celle-ci en 1946. Très connue dans le quartier et aux alentours, elle voit venir à elle aujourd'hui les enfants des fillettes soignées autrefois. Elle est spécialisée dans le traitement de deux syndromes diarrhéïques et accessoirement dans celui des vomissements.

Elle est installée, à la porte de son domicile, assise en tailleur sur une natte disposée sur le sable de la rue, abritée des intempéries par un auvent de fortune. Elle associe à ses activités de soins un petit commerce (fruits de saison, petits sachets de lait en poudre, batonnets à frotter les dents...) qui attire surtout les enfants du voisinage. Elle est à son poste pratiquement chaque jour le matin et l'après midi. Ses consultations se déroulent au vu et au su des passants et des voisins, au milieu des enfants qui jouent et se battent et des brebis attirées par son étalage. Ses activités thérapeutiques sont ainsi insérées dans le trame de ses activités quotidiennes (prières, commerce, surveillance des petits enfants...)

et se déroulent dans un climat détendu. Enfin, elle est payée à l'acte ("pour que le traitement soit efficace il ne faut pas se montrer trop gourmand") et ne bénéficie d'aucune reconnaissance officielle. Elle a conscience de sa réputation et pratique avec beaucoup de sérieux.

Les choses se présentent tout autrement du côté du poste de santé qui est une structure complexe, hiérarchisée elle même incluse dans une organisation plus vaste regroupant 22 postes de santé et 2 centres de santé disséminés dans l'ensemble de l'agglomération pikinoise (projet belgo-sénégalais de soins de santé primaires). Ce poste de santé regroupe un dispensaire et une PMI : il suffit d'y passer quelques heures pour s'apercevoir qu'il existe un clivage entre ces deux unités de soins. le dispensaire est dirigé par un infirmier qui se consacre à des tâches curatives alors qu'à la PMI, avec à sa tête une sage-femme, ce sont les activités préventives (vaccinations, consultations pré et post-natales) qui prédominent. En théorie, l'infirmier a autorité sur l'ensemble du personnel, en pratique dispensaire et PMI fonctionnent de façon autonome.

Le personnel du poste peut être classé grosso-modo en 3 catégories : au sommet l'infirmier et la sage-femme qui sont assistés par des agents sanitaires, auxiliaires médicaux et "infirmiers" divers avec au bas de l'échelle des agents de santé communautaires (ASC) jeunes, peu ou pas qualifiés, peu ou pas rémunérés. Chacun de ces soignants prend en charge une fraction du processus de soins selon le principe d'une division poussée du travail : l'infirmier et la sage-femme diagnostiquent et prescrivent, les autres pèsent les nourrissons, distribuent les médicaments, pratiquent les injections,

assurent les soins infirmiers ou expliquent comment préparer un litre de solution RV0...

Le chef de poste est un homme d'une trentaine d'années, marié (monogame), scolarisé jusqu'au niveau du bac, maîtrisant bien le français et le wolof. Il a étudié 3 ans à l'Ecole des Infirmiers de Dakar avant de pratiquer en zone rurale et dans différents dispensaires pikinois. Dans son discours, il exprime à la fois une attirance pour la culture française et un attachement à des pratiques et valeurs considérées comme traditionnelles. C'est ainsi qu'il valorise la médecine traditionnelle en tant que "retour aux sources de la culture africaine" et témoin de la "puissance" de l'africain perdue au cours de son acculturation (2). Mais cette valorisation des valeurs et pratiques traditionnelles est ambivalente et partielle. Par exemple, le devoir d'hospitalité est valorisé d'un côté mais remis de l'autre en pratique à cause du parasitisme social qu'il favorise. Enfin ce soignant se présente comme un croyant convaincu et fait souvent référence aux textes sacrés de l'islam. Par rapport à sa pratique professionnel, il fait montre d'une attitude désabusée : il se plaint d'une charge de travail jugée excessive et du caractère répétitif et peu gratifiant de sa pratique.

III. LES SOIGNES

3.1. Les consultantes (les données passées en revue ci-dessous sont rassemblées dans le tableau I).

Du point de vue de l'âge et du niveau de scolarisation, on note des différences minimales entre les deux échantillons : ce sont des femmes jeunes et peu scolarisées. A ce propos, il faut signaler que

les consultantes du poste de santé sont allées un peu plus loin dans leurs études (dans deux cas, jusqu'au secondaire).

Si on considère le lieu de résidence de ces femmes, on constate que la guérisseuse recrute sa clientèle dans une zone plus étendue, ce qui est à mettre en rapport avec le caractère spécialisé de sa pratique.

Par contre, les différences sont plus importantes lorsque l'on considère l'appartenance ethnique et le niveau socio-économique. Du point de vue ethnique la clientèle de la guérisseuse est plus diversifiée que celle du poste de santé. Ce qui est en faveur d'un processus peut être ancien, d'homogénéisation culturelle avec une large diffusion des modèles explicatifs traditionnels (3).

En fonction de la catégorie socio-professionnelle du mari, j'ai distingué deux groupes selon le caractère régulier ou irrégulier (voire aléatoire) des revenus. D'un côté sont regroupés les salariés de la fonction publique et du privé (fonctionnaires, ouvriers, employés) et les retraités et, de l'autre, ceux qui appartiennent au secteur dit informel (petits artisans, journaliers, petits commerçants) et les chômeurs. Il apparaît à la lecture des résultats que cette dernière catégorie est sous-représentée dans la clientèle du poste de santé par rapport à un échantillon de la population des quartiers environnants où l'on trouve 45 % des ménages avec des revenus irréguliers (4). Par contre le profil de la clientèle de la guérisseuse est identique à celui de cet échantillon.

3.2. Les enfants

Il apparait une différence notable lorsque l'on compare l'âge moyen des enfants amenés chez la guérisseuse et au poste de santé.

	Age moyen (mois)	SEXE	
		M	F
n = 15 Praticien traditionnel	10	54 %	46 %
n = 12 Dispensaire	18)	58 %	42 %
n = 11 PMI	14) 16	10 %	90 %

Comme nous le verrons plus loin, l'âge moyen moins élevé des enfants amenés chez la guérisseuse est à mettre en rapport avec une explication largement répandue de la diarrhée des nourrissons : la poussée dentaire. Par contre l'âge moyen des enfants vus au poste de santé correspond grosso-modo à la délicate période du sevrage.

La ventilation des enfants diarrhéiques selon le sexe montre peu de différences entre la guérisseuse et l'infirmier. Curieusement la majorité des nourrissons diarrhéiques amenés à la PMI sont des filles.

3.3. La symptomatologie présentée

L'analyse des symptômes présentés par les enfants met en évidence des similitudes remarquables entre les deux échantillons.

Pathologie	Diarrhée+ Paludisme	Diarrhée isolée	Diarrhée+ malnutrit.	Diarrhée+ Infec.V.R.
Praticien traditionnel	40 %	20 %	13 %	27 %
Poste de santé	40 %	17 %	13 %	30 %

Ce tableau montre à l'évidence que ce n'est pas en fonction d'une symptomatologie particulière que les mères choisissent un soignant plutôt qu'un autre.

Il montre aussi que 40 % des enfants présentent, pendant la saison des pluies, l'association d'une diarrhée avec des signes évoquant un accès palustre (fièvre à recrudescence nocturne accompagnée de vomissements et de transpiration).

IV. LES SOINS

Confrontés à une symptomatologie identique les divers soignants vont réagir de façon très différente en fonction de leurs modèles explicatifs et des ressources thérapeutiques dont ils disposent.

En premier lieu les contextes dans lesquels prennent place les processus de soins et le déroulement de ces derniers vont différer sur bien des points.

Il est difficile d'évaluer avec précision le volume de consultations effectuées par cette guérisseuse du fait de sa grande variabilité. Durant la période de notre enquête, qui correspondrait selon ses dires à une plus grande fréquence des diarrhées, j'ai estimé le nombre moyen de consultations entre 4 à 5 par jour. C'est un chiffre du même ordre de grandeur qui est relevé au niveau du poste de santé durant cette même période. Chez la guérisseuse, la consultation se déroule à peu près de la même manière : après les salutations d'usage et l'échange de patronymes, la mère évoque brièvement les symptômes présentés par l'enfant. En général l'échange verbal s'arrête là, et, en particulier, aucune référence n'est faite à la fréquence des selles ou à la durée de la maladie. Le diagnostic sera porté au moment de l'examen de l'enfant, dévêtu en partie et posé sur les genoux de la guérisseuse. Elle inspecte d'abord la région anale à la recherche d'une inflammation ou d'une fissuration. Cette phase de contact corporel entre la guérisseuse et l'enfant va se poursuivre sans interruption avec la mise en oeuvre d'un traitement associant des attouchements légers et la récitation de paroles sacrées (le "mooc") dont il sera question plus loin.

En général, ces consultations sont entrecoupées de périodes plus ou moins longues d'inactivité mais il peut arriver que deux ou même trois femmes se présentent simultanément. Il faut souligner la grande disponibilité de cette "yaay u xale" ("mère des enfants" comme on l'appelle familièrement) et le caractère détendu et familial de sa pratique. La consultation va durer de cinq à dix minutes et se déroule

sur un rythme lent et régulier qui contraste avec le caractère expéditif des actes pratiqués au poste de santé.

A ce propos, il faut rappeler le nombre d'actes beaucoup plus important pratiqués par les soignants biomédicaux. En effet, le nombre de consultations journalières au dispensaire varie entre 30 et 70, la majorité de ces actes étant effectuée le matin pendant une période de travail d'une durée de quatre heures environ.

De plus, si les soignants de la PMI ont une clientèle exclusivement composée d'enfants jeunes et de femmes, le chef de poste effectue une véritable consultation de médecine générale intéressant des adultes des deux sexes et une majorité d'enfants. Ces derniers présentent une pathologie diverse, avec beaucoup de dermatoses, de fièvres d'origine palustre, d'affections des voies respiratoires, et de plaies d'origine traumatique... Le pourcentage de consultations avec pour motif principal la diarrhée chez les enfants de 0-5 ans est de l'ordre de 10 % (5).

Le poste de santé représente un lieu important de sociabilité pour les femmes qui constituent la majorité de la clientèle avec leurs enfants. En attendant leur tour, elles échangent des informations qui peuvent concerner les différentes ressources thérapeutiques (aussi bien médicales que traditionnelles) disponibles dans le milieu. A ce propos il est à noter que le vendeur de tickets, qui veille en même temps à maintenir la discipline (les femmes passent dans l'ordre d'arrivée) se présente comme un soignant traditionnel. Une fois dans le cabinet de consultation, l'intimité de la relation soignant-soigné est très relative et il existe une circulation incessante de personnes

(autres soignants, visiteurs médicaux, membres du comité de santé, amis et connaissances du chef de poste...). Le caractère public des consultations pour les enfants est encore plus affirmé à la PMI où elles se déroulent dans une grande pièce qui sert à la fois de salle d'attente et de salle d'examen. De façon générale, l'ambiance est tendue et les femmes apparaissent stressées. Le rapport soignant-soigné est de type autoritaire : ceux qui savent dominant celles qui sont censées ne rien savoir.

Après une attente plus ou moins longue, la consultation commence avec un interrogatoire rapide (les salutations sont réduites au minimum voire absentes) permettant d'identifier le patient (nom, âge, lieu de résidence) et de recueillir une information sur la symptomatologie ayant motivé la consultation. Celle-ci est évoquée brièvement par l'accompagnant de l'enfant (le plus souvent sa mère, parfois une grande soeur ou une tante, exceptionnellement le père). S'il s'agit d'une diarrhée ("biir buy daw") le soignant complète l'interrogatoire par la recherche de signes associés : fièvre, vomissements, rhume, toux... L'histoire de la maladie n'est pas reconstituée et, en particulier, aucune référence n'est faite à des démarches thérapeutiques antérieures. Suit un examen superficiel et bref : toucher pour évaluer la température, examen des conjonctives, palpation de l'abdomen et auscultation pulmonaire éventuellement. Ce n'est qu'à la PMI que l'enfant sera pesé systématiquement et sa température prise, par une auxiliaire qui inscrira ces données dans le carnet de santé. En général, la durée de la consultation est courte : deux à trois minutes, parfois moins.

V. LES MODELES EXPLICATIFS

5.1. Les modèles explicatifs de la guérisseuse

Cette dernière distingue deux sortes de diarrhée, le "saar" et le "xar".

Le "xar" fait référence à une lésion localisée au niveau de l'anus à type de fissuration (le lexique du CLAD propose le verbe fendre parmi d'autres sens possibles) en rapport avec une diarrhée prolongée. Ce serait la chaleur dégagée à l'émission de chaque selle qui en serait le mécanisme causal. En cas d'absence de fissuration, le diagnostic de xar peut être porté sur un aspect particulier des selles décrites comme liquides, blanchâtres et nauséabondes. Cette "fajkat" distingue deux sortes de xar : le "xar bu gor" (ou xar mâle) avec une diarrhée liquide d'aspect muqueux et le "xar bu jiggen" (ou xar femelle) avec présence de sang dans les selles.

Les autres symptômes fréquemment retrouvés dans le tableau du xar sont la fièvre et les vomissements. le xar est plus dangereux chez le garçon que chez la fille car cette dernière dispose de plusieurs "butitt" (tripes, entrailles). Enfin, cette maladie est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Le xar est causé par la présence d'un "ver" dans le ventre qui remonte et peut tuer l'enfant s'il atteint le coeur. En dernier ressort, c'est Dieu qui l'envoie.

Le "sar" (ou "yaq" ou "jafal" ou "jigel") est une diarrhée en rapport avec la poussée dentaire (ou Feeñal). On la reconnaît à l'existence d'un refroidissement localisé dans la moitié inférieure du corps et d'un réchauffement de la moitié supérieure (c'est l'inverse dans le xar). Ce diagnostic a été proposé dans la moitié des cas

observés. la référence au *feeñal* est extrêmement répandue dans tous les milieux y compris chez les soignants biomédicaux.

En fait, il serait vain de chercher à établir une distinction tranchée entre ces deux catégories qui se recouvrent partiellement : par exemple, un *saar* prolongé entraîne l'apparition du *xar*. L'analyse du petit nombre de cas observés (une quinzaine) ne permet pas de mettre en évidence (selon des critères médicaux) une relation entre chacun de ces syndromes et une symptomatologie particulière, et, dans la majorité des cas, la thérapeutique entreprise est identique. Ces deux appellations constituent plutôt que des catégories nosologiques des repères sémantiques autour desquels s'organise la communication entre la guérisseuse et ses clientes.

En effet ces deux modèles explicatifs sont largement répandus dans la population féminine : la moitié des mères qui consultent le font après avoir identifié la maladie de leur enfant de cette manière. Il est à noter que lorsqu'une explication est avancée d'emblée par la mère, elle sera presque toujours reprise par la guérisseuse.

Cette dernière est fréquemment sollicitée pour traiter les vomissements qu'ils soient associés (dans 50 % des cas) ou non à la diarrhée. Ils sont expliqués par un renversement de la lnette ("*lamiñ bu ndaw daanu*") qui est "redressée" à l'aide du manche d'une petite cuillère.

En général, cette soignante ne refuse de soigner aucun enfant excepté lorsque son état est manifestement trop. C'est ainsi qu'un cas de malnutrition grave, étiqueté "*yamp*" a été envoyé à une autre guérisseuse spécialisée dans le traitement de cette pathologie

tandis qu'un enfant à l'agonie (malnutrition + paludisme + deshydratation) m'était adressé en urgence.

5.2. Chez les soignants de l'appareil de soins biomédical

La diarrhée est mise en relation avec divers types d'explication au premier plan desquelles le paludisme (35 %) et les parasitoses intestinales (30 %), parfois associées. Un régime alimentaire inadéquat est rarement mis en cause (5 %) alors que l'explication populaire selon laquelle le lait d'une femme enceinte va provoquer une diarrhée chez l'enfant qu'elle allaite est proposée dans 15 % des cas. A ce niveau il y a une coïncidence entre les modèles explicatifs des mères et ceux des soignants. Enfin dans 15 % des cas, aucune explication n'est proposée et seul un traitement symptomatique sera mis en oeuvre.

VI. LES TRAITEMENTS

6.1. Le traitement traditionnel

Comme je l'ai déjà mentionné, le traitement mis en oeuvre par la guérisseuse est univoque. Il associe des procédés magico-religieux ("mooc" et "fas") et des poudres d'origine végétale ("sunguf"). Le "mooc" est pratiqué dès la fin de l'examen de l'enfant. Il consiste en passes manuelles accompagnées de claquement de doigts, effectuées au dessus de diverses parties du corps de l'enfant (tête, dos, ventre, thorax, pieds) et qui peuvent prendre la forme de caresses légères. Ces gestes sont accompagnés de la récitation (d'une voix à peine audible) de versets du Coran (ou "aaya") censés posséder un pouvoir thérapeutique.

Ensuite, ce traitement est complété par le "fas" qui désigne des chapelets de petits batonnets attachés sur du fil de couleur soit blanche soit noire qui sont noués au tour de la taille de l'enfant. C'est la vente de ces fas (au prix de 150 F pièce) qui constitue une source de profit pour la guerisseuse.

Enfin des pincées de deux poudres d'origine végétale (sunguf) sont remises à la mère : l'une est destinée à être consommée par l'enfant additionnée d'un jaune d'oeuf dur, d'une goutte de vinaigre et d'un peu de sucre, l'autre doit être mélangée à du beurre de karité et appliquée sur l'anus.

Plus rarement une infusion est prescrite (à base de gousses de "Neb-Neb") et les conseils diététiques se limitent à éviter une alimentation trop riche en graisses et à supprimer la viande.

6.2. Le traitement biomédical

Il est essentiellement fondé sur l'utilisation de médicaments. la RVO représente un traitement accessoire dont la promotion relève de la seule PMI.

Les médicaments les plus couramment utilisés sont les antipaludéens (en injectable ^{et per os}) et les vermifuges (sirop de pipérazine) associés à un traitement symptomatique de la diarrhée (charbon + parégorique) de la fièvre (aspirine) et des vomissements (sulfate d'atropine injectable). En général ces médicaments de base sont distribués gratuitement, au jour le jour, à moins qu'il y ait pénurie. Par exemple, le traitement typique d'une diarrhée isolée comprend : deux comprimés de charbon + deux cuillerées à café de sirop de pipérazine et un comprimé de parégorique.

Dans 40 % des cas des médicaments complémentaires sont prescrits sur ordonnance. Ce sont des antipaludéens, des antibiotiques, des antalgiques et des vermifuges. Le cout des ordonnances varie de 500 à plus de 3 000 F (en moyenne, 1800 F).

La solution RVO est utilisée uniquement à la PMI (9 fois sur 11) associée à des médicaments. Elle constitue même dans un tiers des cas le seul traitement mis en oeuvre. La solution est élaborée devant la mère par une jeune ASC qui lui remet le mélange (8 morceaux de sucre + une cuillerée à café de sel + une pincée de bicarbonate dans un litre d'eau) contenu dans un sac de plastique.

Enfin, toujours à la PMI, des indications diététiques sont transmises aux mères : interdiction de certains aliments (mangues, piments, salade, légumes) et complémentation de l'allaitement avec du "laax" (bouillie de mil + lait caillé + huile d'arachide).

6.3. L'observance des traitements

Elle est excellente dans le cas du traitement traditionnel et bonne dans le cas du traitement biomédical à base de médicaments. Dans tous les cas, les médicaments distribués sont donnés à l'enfant. Les médicaments prescrits sur ordonnance sont achetés dans les 3/4 des cas. Il semble donc que l'infirmier ait raison de se fier à son flair, comme il nous l'a avoué, pour savoir à qui il pouvait remettre une ordonnance. Cette évaluation intuitive du niveau socio-économique de ses clientes mériterait d'être analysée plus précisément.

Par contre l'observance du traitement par la RVO est médiocre. Parfois le sachet remis lors de la visite à la PMI n'est

même pas utilisé. Le plus souvent, cependant, il sera administré à l'enfant mais la mère ne préparera pas une quantité supplémentaire de solution par la suite. Ce n'est pas leur ignorance qui est en cause (interrogées à ce sujet, elles sont capables de donner la formule exacte) mais plutôt leur désintérêt pour un traitement jugé inefficace (il ne stoppe pas rapidement la diarrhée) ou bien mal toléré par l'enfant.

6.4. Le processus de recherche de thérapie

La lecture du tableau ci-dessous confirme le fait, déjà reconnu lors de l'analyse du profil des consultantes, que nous avons à faire à deux groupes aux comportements bien différenciés. Les femmes rencontrées chez la guérisseuse y ont recours, en première intention, dans 1/3 des cas alors que ce chiffre est inférieur à 10 % pour les clientes du poste de santé. De plus, ces dernières recourent plus souvent à l'autoprescription.

Premier recours thérapeutique	Lieu de recueil des données	
	Poste de santé n=23	Guérisseuse n=15
Biomédical	74 %	60 %
Traditionnel	9 %	34 %
Auto-prescription	17 %	6 %

Au total, il apparait nettement que l'appareil de soins biomédical (dispensaires publics et privés, médecins, pharmaciens) a

la préférence des mères une fois épuisées les ressources du traitement domestique (décoction de fruit du baobab essentiellement).

6.5. Evaluation comparée de l'efficacité des traitements traditionnel et biomédical

C'est au cours de la seconde entrevue effectuée au domicile de la mère huit jours après que j'avais la possibilité d'évaluer sommairement l'évolution de l'état de santé de l'enfant. Cette évaluation "objective" (i-e. selon des critères biomédicaux) était alors confrontée à l'évaluation faite par les mères.

J'ai distingué trois niveaux d'efficacité. Une efficacité nulle correspondait à une persistance de la symptomatologie voire à l'apparition de nouveaux signes annonçant une aggravation. Une efficacité relative signifiait une amélioration modérée des symptômes et une continuation de l'état morbide initial. Enfin l'efficacité complète s'accompagnait d'une guérison symptomatique.

	Efficacité nulle	Efficacité relative	Efficacité complète
Traitement traditionnel	70 %	25 %	5 %
Traitement biomédical	25 %	40 %	35 %

En ce qui concerne le traitement traditionnel, il s'avère inefficace dans 70 % des cas avec, en règle, un recours à l'appareil de soins biomédical par la suite. C'est au niveau des 25 % des cas présentant une amélioration relative que la discordance entre mon

évaluation et celle des mères s'est révélée la plus importante. En effet, tout en reconnaissant la persistance de l'état morbide, elles s'estimaient satisfaites et aucune autre démarche thérapeutique n'avait été entreprise alors que l'état de santé de l'enfant continuait à poser problème. Comparativement, le traitement biomédical s'avère plus efficace avec 35 % de guérisons symptomatiques. En cas d'efficacité relative (40 %) ou nulle (tout de même 25 % les mères se montrent plus dynamiques avec un recours quasi-systématique à d'autres moyens thérapeutiques (dispensaires, mais aussi praticiens traditionnels ou autoprescription).

VII. DISCUSSION

Je voudrais terminer en discutant trois points qui me paraissent essentiels : le problème de l'efficacité thérapeutique, celui posé par la RVO et l'adaptation culturelle du système biomédical.

7.1. L'efficacité thérapeutique

Malgré son inefficacité objectivement reconnue dans le traitement des diarrhées du jeune, le recours aux praticiens traditionnels est encore fréquent puisqu'il représente la première démarche thérapeutique pour 18 % de l'ensemble des mères de mon échantillon. Compte tenu de mes observations et de l'analyse des données, au moins deux facteurs me paraissent expliquer cet état de fait.

En premier lieu, il semble lié au dysfonctionnement de l'appareil de soins biomédical. En effet, 60 % des femmes vues chez la

guérisseuse avaient déjà consulté au préalable un soignant biomédical. Encore faut-il tenir compte, pour interpréter correctement ce chiffre, de ces femmes qui nous ont avoué vouloir mettre toutes les chances de leur côté et qui ont recours, parfois simultanément aux deux sortes de traitements appelés pour l'occasion "faj u wolof" et "faj u tubaab" (respectivement "soins wolof" et soins européens").

Ce dysfonctionnement de la biomédecine est flagrant lorsqu'on considère les cas des enfants vus au cours de notre enquête et décédés par la suite (au nombre de 3). Dans chacun de ces cas dramatiques, les mères avaient consulté à plusieurs reprises dans différents dispensaires (publics et privés) de Pikine et Dakar avant d'aller trouver la guérisseuse. Après l'échec du traitement traditionnel, ces enfants avaient tous été présentés de nouveau à divers soignants biomédicaux qui n'ont pu faire face à la gravité de la situation.

En deuxième lieu, outre ces bavures techniques, c'est bien une appréciation erronée du rôle des mères qui me semble à l'origine de l'inefficacité relative des soins biomédicaux et qui expliquerait l'attrait exercé sur les femmes par les soins traditionnels. En effet en se plaçant dans une perspective psychologique il me paraît nécessaire d'appréhender la dyade mère-enfant en tant qu'objet de soins plutôt que l'enfant considéré isolément en dehors de la relation que sa mère peut entretenir avec lui.

A ce niveau là, le traitement traditionnel a un impact bénéfique sur la mère par l'intermédiaire du réconfort psychologique qu'il lui procure. En effet les modalités du traitement traditionnel

fournissent une valorisation de la mère en lui permettant de se situer au sein de sa propre culture. Ainsi, la remarquable coïncidence des modèles explicatifs permet à la mère de voir son savoir reconnu. De plus, en effectuant cette démarche vers cette "mère des enfants", elle fait appel à une solidarité féminine qui se manifeste de génération en génération : la plupart des femmes accèdent à la guérisseuse à travers la mobilisation de divers réseaux féminins. Valorisée en tant que femme, la consultante réaffirme, par le recours à une thérapeutique traditionnelle, son attachement à un ordre social et religieux au sein duquel le malheur peut être géré. Ceci expliquerait la discordance retrouvée, lors de l'évaluation seconde, entre leur satisfaction et l'inefficacité objective du traitement.

Ceci est en contraste flagrant avec ce qui se passe au niveau du poste de santé où les femmes sont le plus souvent dévalorisées. Considérées comme négligentes et incapables de s'occuper correctement de leurs enfants elles font des coupables toutes désignées. J'ai déjà signalé quel stress représente une consultation médicale pour ces femmes qui évoluent dans un milieu étranger à leur style de vie où elles sont manipulées notamment à la PMI sans ménagement par des soignants exaspérés de l'incompréhension et de l'ignorance qu'elles manifestent.

Une sensibilisation des soignants à cet aspect de l'action thérapeutique permettrait d'améliorer grandement un traitement dont l'efficacité par ailleurs ne fait pas de doute.

7.2. La promotion et l'utilisation de la RVO pose manifestement problème et ce à plusieurs niveaux :

D'abord à celui des soignants du poste de santé qui l'ignorent ou bien l'utilisent sans paraître convaincus de son efficacité, ce qui relève d'une information qui semble être passée à côté de la cible. mais un autre aspect du problème me semble résider dans une contradiction qui existe entre le statut social de ces soignants et l'utilisation de ce moyen thérapeutique. Il me paraît nécessaire de tenir compte du malaise exprimé dans le discours et les comportements d'individus en quelque sorte situés inconfortablement à la jonction entre deux cultures : détenteurs d'un savoir étranger qui va de pair avec certaines valeurs (compétitivité, individualisme) ils bénéficient d'un statut social ambigu au sein de la société pikinoise. Ces "transfuges" culturels tendent à valoriser les aspects les plus techniques de leur pratique (prescription de médicaments par exemple) qui sont susceptibles de leur apporter du prestige.

Dans cette perspective, la promotion d'un traitement à base d'eau, de sucre et sel n'est guère valorisante. C'est tout le problème, fréquemment posé dans la littérature sur la question, du statut qui devrait être conféré à la RVO : médicament (sous forme de sachets) ou traitement domestique élaboré par les mères.

D'un côté de ces dernières, l'insatisfaction est générale. Elle me semble en grande partie avoir pour origine une méprise quant à la nature de ce traitement considéré comme curatif par des femmes qui cherchent une solution rapide à leur problème. Dans une certaine mesure, joue aussi la dévalorisation d'une thérapeutique qui n'a pas le prestige d'un médicament et qui ressemble trop à un traitement de second ordre pour les pauvres.

Enfin, je voudrais aborder la question d'une "utilisation" éventuelle des praticiens traditionnels (en tout cas de ceux spécialisés dans le traitement des diarrhées) pour la promotion de la RVO et leur intégration par ce biais dans un système de soins de santé primaires. Cette question soulève de multiples problèmes. En particulier celui du hiatus important qui existe, du point de vue cognitif entre les modèles explicatifs traditionnels et biomédicaux. Visiblement, la guérisseuse accorde plus d'importance au contenant (le corps de l'enfant et ses orifices) qu'au contenu (la quantité et la consistance des selles) : ceci rendrait peut être plus difficile la compréhension de la notion de déshydratation associée à une perte de liquides. D'autre part, on a vu que les diarrhées isolées sont peu fréquentes et l'étroite spécialisation de la guérisseuse constitue un autre obstacle.

Ceci dit, et dans la mesure où ces praticiens traditionnels sont appelés à traiter un pourcentage appréciable (6) des enfants diarrhéiques il me semble opportun de les sensibiliser à l'usage de la RVO qui pourrait être incluse dans leur arsenal thérapeutique, par ailleurs respecté. En tout cas, une telle demande existe chez la guérisseuse avec laquelle nous avons collaboré qui aimerait améliorer l'efficacité de son traitement.

7.3. Pour conclure, je voudrais attirer l'attention sur un processus d'adaptation culturelle mis en oeuvre par les soignants biomédicaux.

La comparaison entre les attitudes et comportements de ces derniers avec ceux de la guérisseuse, au cours de la phase diagnostique du processus de soins, met en relief une grande similitude dans les modes de communication.

Nous avons vu que l'échange verbal est bref, centré autour de l'énonciation de la symptomatologie par la consultante. Les soignants ne posent pas ou peu de questions. L'examen est superficiel, hâtif. Le diagnostic est rarement évoqué par les soignants qui se contentent de mettre en oeuvre, sans explication, leur traitement. Visiblement, il existe des résistances à l'objectivation de l'autre et la communication entre soignant et soignés emprunte des voies propres à cette société, qui me semblent caractérisées par un ensemble de règles dont l'objectif est de mettre en exergue l'acteur social au détriment de l'individu. Dans cette perspective, le questionnement direct et approfondi, tel qu'il peut être mis en oeuvre dans un interrogatoire médical est écarté pour laisser la place à une approche plus intuitive. Il y'a une dimension du secret dans le savoir du soignant. De même la manipulation du corps du malade comme un objet me semble contraire aux rapports habituels que l'africain entretient avec le corps de l'autre et qui sont imprégnés d'une grande pudeur. Au fond on s'aperçoit que la sage-femme et l'infirmier fonctionnent, à ce niveau là, selon un registre qui leur est commun.

Ceci dit on peut se demander si la biomédecine peut fonctionner de la même manière qu'en Occident dans des cultures privilégiant d'autres modes de communication. Le problème posé est

relatif à la dimension culturelle de la biomédecine considéré trop souvent dans sa seule dimension scientifique.

En bref, on ne "transfère" pas seulement un savoir théorique et un ensemble de techniques mais aussi un certain type de rapport à l'autre qui privilégie une objectivation poussée. Les résistances d'ordre culturel à un tel processus doivent être prises en compte lorsqu'il s'agit d'établir, comme c'est le cas à Pikine, un appareil de soins biomédical orienté vers les Soins de Santé Primaires.

NOTES

1. En gros, la distinction entre ces deux catégories de praticiens traditionnels recoupe celle que l'on peut établir entre thérapies séculières et sacrées (ou magico-religieuses). Les marabouts se situant plutôt du côté de ces dernières alors que les guérisseurs associent souvent ces deux formes de traitement.
2. Il est à noter, au passage, que presque tous les soignants du dispensaire ont déjà eu recours à des praticiens traditionnels (guérisseurs ou marabouts) pour eux même ou un membre de leur famille.
3. La représentation des différentes ethnies sur un échantillon de 32 enfants diarrhéiques vus sur une période de 6 mois (enquête recueil des plaintes dans dix dispensaires témoin. Programme Urbanisation-Santé ORSTOM - Dakar) est la suivante :

% enfants diarrhéiques

Wolof- Lebou	Halpu- laar	Serer	Joola	Manjak	Autres	Total
70 %	13 %	7,5 %	0	5 %	4,5 %	100 %

Dans les deux cas on note l'absence de Joola alors qu'un certain nombre de ~~elles~~ sont installées dans le territoire desservi par le Poste de santé. ~~elles~~

4. Ce chiffre est tiré d'une enquête sur les processus de recherche de thérapie et les diarrhées du jeune effectué au sein d'une trentaine de familles.
5. Ce chiffre est du même ordre de grandeur que celui de 4,8 % correspondant à la proportion d'enfants diarrhéiques 0-4 ans vus au dispensaire seulement (PMI exclue) sur une période de 6 mois (Programme Urbanisation-Santé : enquête recueil des plaintes dans dix dispensaires temoins).
6. Nous avons identifié au voisinage du poste de santé au moins une autre guérisseuse spécialisée dans les traitement des diarrhées, sans compter les autres praticiens traditionnels qui interviennent accessoirement dans le traitement de cette pathologie. Si on extrapole à partir de nos données on constate que le nombre d'enfants diarrhéiques traités de façon traditionnelle est important.