



CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT



**FACTEURS CULTURELS ET SOCIAUX DE LA SANTÉ
EN AFRIQUE DE L'OUEST**

Pierre CANTRELLE

Thérèse LOCOH



**CENTRE FRANCAIS SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT
(CEPED)**
Groupement d'Intérêt Scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS VI

**FACTEURS CULTURELS ET SOCIAUX DE LA SANTE
EN AFRIQUE DE L'OUEST¹**

Pierre CANTRELLE²

Thérèse LOCOH³

LES DOSSIERS DU CEPED N° 10

PARIS, JANVIER 1990

-
- (1) Cet article a fait l'objet d'une communication au séminaire de Canberra (15-19 mai 1989), intitulé "Health transition workshop. Cultural, social and behavioural determinants of health : What do we know ?", organisé par l'Université Nationale Australienne. Il sera publié en anglais dans les actes du séminaire.
- (2) Démographe de l'ORSTOM, Institut Santé Développement
15, rue de l'Ecole de Médecine, 75 270, Paris Cedex 06.
- (3) Chercheur, CEPED-INED, conseillère scientifique, Unité de Recherche Démographique (Lomé, Togo).

Directeur de la publication : Francis GENDREAU

Comité de rédaction : Patrick GUBRY, responsable de la collection

Thérèse LOCOH

Jacques VERON

Diffusion : Claudine DEPASSE

Ce numéro a été dactylographié par Chantal SABARLY,
avec la collaboration de Claudine DEPASSE
et mis en forme par Patrick GUBRY

Copyright CEPED 1990
ISBN 2-87762-011-5
ISSN 0993-6165

RESUME

Dans tous les pays en développement, et notamment en Afrique de l'Ouest où les niveaux de mortalité restent très élevés, l'amélioration de la santé dépend autant, sinon plus, de l'application de connaissances acquises que de nouvelles découvertes (à l'exception, évidente, du SIDA). L'article explore les influences des facteurs culturels et sociaux sur la santé et la baisse de la mortalité. Les traitements, traditionnels et modernes de certaines maladies "classiques" (rougeole, tétanos, choléra) illustrent l'interférence entre facteurs culturels, comportements collectifs et maladies. On a ensuite analysé l'influence, sur la santé, des comportements liés à la reproduction au long du cycle de vie, des recours thérapeutiques et des représentations des maladies, de l'accès aux soins et aux médicaments et enfin de l'éducation maternelle. Les auteurs proposent, en conclusion des priorités de recherche pour mieux connaître l'impact des variables socio-culturelles afin de définir des politiques de santé plus efficaces.

MOTS-CLES : SANTE, MORTALITE, MORBIDITE, VARIOLE, ROUGEOLE, VACCINATION, CHOLERA, MEDECINE TRADITIONNELLE, SEXUALITE, ALLAITEMENT, EDUCATION, FACTEURS SOCIAUX ET CULTURELS DE LA SANTE, AFRIQUE DE L'OUEST

SUMMARY

[CULTURAL AND SOCIAL FACTORS RELATED TO HEALTH IN WEST AFRICA]

In developing countries and especially in West Africa where mortality levels remain very high, it is well known that improving health can be achieved more by implementation of basic knowledge and hygiene than by new medical findings (with the exception of AIDS). This paper studies socio-cultural factors and their impact on health. Modern and traditional treatments of some common diseases (measles, tetanos, cholera) are described to stress the interference of cultural representations and community behaviour on these diseases. The influence of reproductive behaviour in the life cycle, of therapeutic resources and representations of diseases, of accessibility to health services and medicine and finally of maternal education are examined. In their concluding comments, the authors suggest some research priorities to improve knowledge in the field of socio-cultural aspects of health status in West Africa, in order to implement more efficient health policies.

KEY-WORDS : HEALTH, MORTALITY, MORBIDITY, SMALLPOX, MEASLES, VACCINATION, CHOLERA, TRADITIONAL MEDICINE, SEXUALITY, BREAST FEEDING, EDUCATION, SOCIAL AND CULTURAL FACTORS OF HEALTH, WEST AFRICA

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. UN EXEMPLE HISTORIQUE : LA VARIOLE	8
2. UNE MALADIE BANALE : LA ROUGEOLE	10
2.1. LES DETERMINANTS AVANT LA VACCINATION	10
2.1.1. Contracter la maladie	10
2.1.2. Les facteurs de gravité	11
2.1.3. La représentation de la gravité dans les milieux médicaux	11
2.2. LES DETERMINANTS DEPUIS LA VACCINATION	12
2.2.1. Un exemple des vicissitudes de la vaccination : le cas du Sénégal	12
2.2.2. Nouvelles perspectives ?	13
3. UNE EPIDEMIE REVELATRICE : LE CHOLERA	14
4. SYSTEMES DE REPRESENTATION DES MALADIES ET RECOURS THERAPEUTIQUES	16
4.1. LA REPRESENTATION DES MALADIES ET LES RECOURS THERAPEUTIQUES	16
4.2. LES MEDICAMENTS	18
4.3. DIFFUSION DES CONNAISSANCES	19
5. SANTE, SEXUALITE ET REPRODUCTION	20
5.1. RITES D'INITIATION ET EXCISION	20
5.2. PRECOCITE DE L'UNION	21
5.3. MULTIPLICITE DES PARTENAIRES SEXUELS	21
5.4. MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLES	22
6. COMPORTEMENTS EN MATIERE D'ALLAITEMENT ET DE NUTRITION DES JEUNES ENFANTS	23
7. LE ROLE DE L'EDUCATION COMME FACTEUR DE SANTE	25
8. SUGGESTIONS POUR LA RECHERCHE	27
8.1. LES PRATIQUES ALIMENTAIRES CONCERNANT LES ENFANTS	27
8.2. PRATIQUES D'HYGIENE QUOTIDIENNE	27
8.3. EDUCATION DES MERES ET SANTE DES ENFANTS	27
8.4. LES PROBLEMES DE COMMUNICATION SUR LA SANTE	28
8.5. PRISE DE DECISION DANS LES MENAGES EN MATIERE DE SANTE	28
8.6. LES INEGALITES SOCIALES DEVANT LA SANTE	28
8.7. ORGANISATION ET STATUT DES INSTITUTIONS DE SANTE	29
8.8. COMPORTEMENTS SEXUELS ET LUTTE CONTRE LE SIDA	29
8.9. DEMARCHES METHODOLOGIQUES PRIVILEGIEES	29
VUE D'ENSEMBLE	30
REFERENCES	32

INTRODUCTION

Avec les remarquables progrès scientifiques de la médecine, la santé au 20ème siècle s'est fortement médicalisée dans les pays développés. Pourtant les facteurs non directement médicaux de la santé prennent maintenant de plus en plus d'importance dans la recherche sur la santé au sens large : les problèmes d'environnement, les comportements alimentaires les habitudes de vie sont reconnus comme d'importants facteurs de risque.

Dans les pays en développement, si les progrès médicaux sont bien présents, ils sont peu accessibles à une large fraction de la population dont la santé dépend essentiellement d'habitudes de la vie quotidienne, de normes en matière de fécondité, de soins des jeunes enfants, d'accès à l'eau potable, etc. Les facteurs socio-culturels qui déterminent les comportements, l'hygiène de vie et aussi l'accès aux moyens modernes de traitement sont donc au premier rang des facteurs de santé. Ceci est particulièrement vrai en Afrique de l'Ouest où les niveaux de mortalité, spécialement dans l'enfance, restent très élevés, en dehors de quelques îlots privilégiés, notamment des villes. L'influence des facteurs socio-culturels de la santé dans cette région est donc un élément déterminant d'une politique de santé.

Nous évoquerons ici les facteurs socio-culturels de la santé, mais non les facteurs socio-économiques, pour mieux circonscrire notre approche.

Par le terme "santé", variable critique examinée ici, on entend seulement le niveau ou l'état de santé, traduit généralement par des indicateurs de bien-être, de morbidité et de survie ou de mortalité, globale ou par cause. On ne les confondra pas avec le potentiel et les activités des systèmes de santé, qui sont eux des facteurs de santé.

Deux sortes de démarches seront utilisées, l'une à partir d'un état de santé, en remontant aux facteurs socio-culturels susceptibles d'y contribuer, que ces facteurs se situent à un niveau macro ou micro-social ; cette étude à partir de la pathologie est en quelque sorte une démarche ascendante. Cette démarche empirique se veut segmentaire ou par composantes. Un taux de mortalité est en effet la résultante, la somme des composantes, que sont les causes de décès. Une approche par ces composantes permet une analyse plus pertinente. A partir d'une maladie, une chaîne de causalité peut être dessinée, basée en général sur des observations concrètes, permettant une exploration systématique de différents facteurs, et une utilisation plus opérationnelle des conclusions.

L'autre démarche, à partir des facteurs socio-culturels eux-mêmes, ou de situations au cours des âges de la vie où les facteurs socio-culturels s'expriment, en essayant de dégager les conséquences sur l'état de santé ; c'est une démarche descendante. Ces deux démarches, loin de s'opposer, sont complémentaires, et se faisant écho, semblent mieux couvrir le champ des relations entre facteurs culturels et santé.

Faire un bilan exhaustif de tous ces aspects, en Afrique de l'Ouest, aurait été un projet trop ambitieux dans le cadre de cette communication. Nous avons pris le parti d'aborder seulement quelques exemples concrets, en montrant à cette occasion les questions restées sans réponse.

A partir de ces exemples de lutte contre les maladies et des thèmes qui sont actuellement prioritaires, nous avons esquissé des perspectives pour des recherches à venir.

1. UN EXEMPLE HISTORIQUE : LA VARIOLE

Commençons par l'exemple de la variole. Bien que cette maladie ait été éradiquée du monde, avec le dernier cas connu en Somalie en 1979, elle peut servir de modèle historique pour mettre en évidence le rôle des facteurs socio-culturels.

Constatons d'abord que dans les publications sur l'épidémiologie de cette épidémie, on ne fait pas référence aux déterminants culturels, bien que de grandes différences aient existé selon les régions et les ethnies, dans la transmission de la maladie. Alors que de larges campagnes de vaccination ont été faites, les études ont manqué sur les représentations de la maladie et les attitudes à l'égard de la vaccination, à de rares exceptions près (MORGAN, 1969).

Dans toutes les populations du monde, la variole était bien identifiée autant que redoutée, avec un nom spécifique, et différenciée d'autres éruptions comme la varicelle. Mais les représentations et par conséquent la lutte contre la maladie ont été très différentes dans des régions pourtant voisines en Afrique de l'Ouest.

Dans les pays sahéliens, les appellations de la variole semblent avoir une origine commune : Badé en Peul, Bédi en Tamashek, Bidi en Sara. La maladie semblait considérée d'origine naturelle, sans liaison avec le sacré. A cette représentation commune semble correspondre un comportement semblable dans la lutte contre la maladie.

Dans la région sahélienne de Dori au Burkina-Faso, les habitants en majorité de tradition pastorale, Peul, pratiquaient la variolisation, en provoquant la maladie à l'aide d'épineux à partir du pus d'un varioleux. Cette pratique n'était pas sans danger et pouvait déclencher des épidémies, mais les cas ainsi générés étaient atténués. La pratique est ancienne, elle était signalée au milieu du 19ème siècle au Niger, chez les habitants d'Agadès (BARTH, 1857). De même plus au Nord dans le Sahara, la population du Mزاب "avait l'habitude de s'inoculer la variole en introduisant du pus d'un varioleux dans une incision faite sur le dos de la main ou la face externe du bas de la jambe. Il n'était pas rare que cette pratique soit mortelle" (AMAT, 1988). Au Tchad, les Arabes Salamat et Baguirmiens ont tenté aussi la variolisation à la face dorsale du poignet avec des pustules desséchées (MURAZ, 1926).

Certains auteurs ont constaté que les nomades du Mali ont été atteints par la variole à un taux beaucoup plus élevé que la population sédentaire, parce qu'ils étaient moins fréquemment vaccinés, en raison de leur mode de vie dispersé (IMPERATO, 1972). Mais la létalité n'est pas précisée. L'hypothèse peut être faite que la moindre vaccination a été due à la pratique d'une variolisation relativement efficace. Ce phénomène a été montré en Inde du Nord au Bengale (GREENOUCH, 1980).

A noter qu'à l'Ouest du Sahara, "les maures sont conscients de la nature contagieuse de la variole mais limitent les mesures de protection à l'isolement forcé des victimes" (CARO BAROJA, 1955).

Au contraire, en pays Goun et Yoruba (Bénin et Nigéria), il semble que le mode de contagion ait été différent, lié à la représentation de la maladie. La variole était considérée comme la manifestation d'une puissance surnaturelle Sagbatta, divinité de la terre, à laquelle est voué un culte particulier; et c'est sous ce nom qu'elle était déclarée aux enquêteurs. La variole n'était que la punition infligée par elle à ceux qui s'étaient mal conduits ou qui lui avaient manqué de respect. Au lieu d'isoler le malade, il pouvait être transporté d'un lieu de culte à l'autre et approché par les fidèles de Sagbatta. Le résultat semble avoir été une incidence plus élevée que dans les autres pays de la région. Bien que des soins traditionnels lui aient été prodigués, il semble que la létalité aussi était plus élevée. Ce phénomène -représentation et comportement- était analogue en Inde du Sud, chez les Tamouls, avec la déesse Mariata ou Mata (DOROLLE, 1953).

Sur les hypothèses précédentes, une analyse plus approfondie resterait à faire, pour préciser dans quelle mesure les facteurs socio-culturels évoqués ont différencié le poids de la maladie dans la population.

2. UNE MALADIE BANALE : LA ROUGEOLE

Avec la variole, l'action médicale, par la vaccination, a été décisive pour supprimer ce facteur important de morbidité et de mortalité. Pour la rougeole, qui est une cause majeure de morbidité et de mortalité en Afrique, quelle est la chaîne des déterminants ?

La rougeole est une maladie cosmopolite, elle touche toute la population, et sa grande majorité avant l'âge de sept ans. Sa gravité est variable, mais particulièrement élevée en Afrique, plus qu'elle ne l'était autrefois en Europe.

Comment la maladie est-elle identifiée et représentée par la population ? En Afrique de l'Ouest, comme dans les autres régions du monde, un nom précis est donné à cette maladie, habituellement bien distinguée des autres maladies éruptives, comme autrefois de la variole. Dans la même langue, elle peut avoir plusieurs appellations sans confusion.

Dans diverses langues, l'appellation fait le plus souvent référence aux aspects cliniques de la maladie, particulièrement l'éruption et la desquamation ; petits boutons, petit mil, son de mil, fourmi rouge, sauce, tension de la peau, mais aussi la fonte musculaire, "fesse flasque", caractéristique de la maladie, ou la faiblesse générale. Parfois il est fait référence à une interprétation, "le vent" qui apporterait la maladie.

La rougeole est souvent considérée comme maladie naturelle (FOSU, 1981) et il semble en même temps qu'elle fasse partie des fatalités auxquelles on ne peut échapper, comme d'autres "maladies de l'enfance" (cette expression est aussi une des appellations de la rougeole) à tel point que dans beaucoup de populations on considérait comme un "permis de survie" le fait d'avoir passé le cap de la rougeole. Sa gravité peut aussi donner lieu à une interprétation de maléfice et le nom de "bonne mère" lui est aussi attribué, comme pour conjurer le sort (FASSIN, 1986 ; IMPERATO, 1975).

La vaccination contre la rougeole, en supprimant la maladie, a permis de montrer, lors d'une enquête démographique, que l'importance de la maladie sur la mortalité était encore plus élevée que si l'on tenait compte seulement des décès qui lui sont rapportés, c'est à dire un à deux mois après la maladie. Après un suivi de trois ans dans la zone de Khombole, Sénégal, la réduction de la mortalité entre 6 mois et 3 ans, après une campagne de vaccination, a été de 30,9 % soit 2,5 fois plus que ce qui était attendu d'après le calcul théorique de la suppression de la rougeole comme cause de décès dans ce groupe d'âge (GARENNE, 1986).

En fait la nature des déterminants de la maladie et de sa gravité a changé avec l'avènement de la vaccination contre la rougeole. On évoquera donc quels étaient les déterminants avant cette découverte, et quels sont-ils maintenant, depuis que l'efficacité de la vaccination a été démontrée. On verra le poids des déterminants socio-culturels à côté des autres.

2.1. LES DETERMINANTS AVANT LA VACCINATION

Il y a deux catégories de déterminants : ceux qui font contracter la maladie, et ceux qui conditionnent sa gravité. La prise de conscience tardive de l'impact de la rougeole en Afrique de l'Ouest a également joué un rôle important.

2.1.1. Contracter la maladie :

La notion de transmission et de prévention existait-elle ? Au Sénégal, à Khombole, on a constaté qu'une quarantaine était pratiquée spontanément par les familles lorsque l'épidémie survenait, afin d'isoler les enfants de la contagion. Cette mesure a pour conséquence de retarder l'âge de la maladie, et l'on sait que l'enfant devient relativement moins vulnérable à mesure qu'il avance en âge après 2 ou 3 ans.

En milieu urbain, cette pratique étant plus difficile à appliquer, les risques de contagion sont plus fréquents, d'où l'atteinte plus précoce de la rougeole.

2.1.2. Les facteurs de gravité :

- l'âge : la létalité est maximale vers 1 an ;
- les associations : enfants fragilisés par des maladies infectieuses antérieures. Le rôle du paludisme est mal connu. Celui de l'état nutritionnel avant la maladie est controversé (AABY, 1985 ; NIEBURG, 1986) ;
- les cas secondaires (au sein d'un ménage) sont plus graves que les cas primaires (AABY, 1985) ; et la densité dans la maison d'habitation risque d'augmenter le nombre de cas secondaires. Ceci dépend du mode de vie et de la structure des ménages, qui sont des facteurs socio-culturels ;
- le traitement et les soins traditionnels : les soins habituellement décrits, en partie liés aux représentations de la maladie, ne semblent pas favorables, par exemple la restriction de boisson et d'aliments. De même certains traitements traditionnels pour les yeux (IMPERATO, 1975 ; FASSIN, 1986) ; ceux-ci peuvent aggraver une kératite, et le retard de soins efficaces d'une ulcération cornéenne peut conduire à une cicatrice opaque, cause de malvoyance ou de cécité.

2.1.3. La représentation de la gravité dans les milieux médicaux

On a vu plus haut quelle représentation la population se faisait de la gravité, considérant comme un permis de survie le fait d'avoir passé le cap de la rougeole. Les milieux médicaux contribuent bien évidemment à la culture concernant les maladies.

Qu'en était-il parmi eux ? En 1930, la rougeole était déjà signalée comme un grave problème parmi les Touareg de l'Ahaggar (FOLEY, 1930). Dans les années 50, les rapports des services de santé du Burkina, rassemblant les informations des circonscriptions médicales, signalaient que "chaque année un lourd tribut était payé à la rougeole".

Mais le poids n'en était pas mesuré. En effet les statistiques du service de santé renseignaient sur les causes de décès survenues à l'hôpital, mais elles ne représentaient pas la mortalité du milieu rural. La maladie se passant à la maison peu de cas étaient présentés à l'hôpital, et relativement peu de décès y survenaient, de sorte que la gravité était mal perçue des services de santé (JEANNES, 1988).

La mesure a été possible grâce à des enquêtes représentatives, recueillant les déclarations des familles, et se limitant à certaines causes évidentes, notamment la rougeole.

L'enquête démographique de la Vallée du Sénégal, 1957-1958, a permis d'avoir pour la première fois un taux de mortalité par rougeole en milieu rural en Afrique : 24 pour mille dans le groupe 1-4 ans, avec 53 % de décès, et 24 % pour l'ensemble de la population (CANTRELLE, 1959). Devant son importance, la réaction de certains pédiatres a été de contester le fait : "ça se saurait". Mais une confirmation fut apportée par l'enquête du Burkina Faso (alors Haute-Volta) en 1960, et au Nigeria (MORLEY, 1961). A ce moment, le vaccin nouvellement mis au point par ENDERS et KATZ en 1954, devenait disponible. Et sur la demande du Ministre de la Santé du Burkina-Faso, des premiers essais eurent lieu dans ce pays en 1961. Il n'en demeure pas moins qu'actuellement l'importance et la gravité de cette maladie en Afrique de l'Ouest reste souvent mal perçue dans les milieux médicaux.

2.2. LES DETERMINANTS DEPUIS LA VACCINATION

En général dès que la vaccination contre la rougeole a été proposée pour la première fois à une population en Afrique, elle a été acceptée sans réserve, car au niveau des mères comme de la communauté, tous avaient éprouvé la gravité de cette maladie. Au constat de son efficacité, la vaccination a été considérée comme un nouveau pouvoir protecteur, à l'instar des "protecteurs" traditionnels (amulettes, etc...) et sans doute plus puissant.

Dans certaines sociétés, c'est à la suite de vaccination mal conduite que l'attitude de la population put changer et devenir plus réticente.

2.2.1. Un exemple des vicissitudes de la vaccination : le cas du Sénégal.

Après les essais puis la campagne de masse de vaccination contre la rougeole au Burkina-Faso en 1962 avec le vaccin Edmonston B, le même vaccin fut introduit au Sénégal en 1963 dans la région du Sine-Saloum, à Niakhar et Tattaguine. Mais l'innocuité de ce vaccin n'ayant pas été jugée suffisante, le Ministère de la Santé y renonça d'autant plus qu'un nouveau vaccin, Schwartz, venait d'être mis au point. Une campagne de vaccination fut réalisée dès 1965 limitée à la zone pilote de Khombole ; puis en 1966 la zone d'enquête démographique du Sine-Saloum en bénéficia, précédant la première campagne de masse au Sénégal de 1968.

L'effet de ces premières campagnes a été spectaculaire, arrêtant le cours des épidémies et faisant chuter l'incidence de la maladie comme l'a traduit la baisse de la proportion de consultations pour rougeole dans les dispensaires. L'action a été efficace aussi sur la mortalité apparente par rougeole : dans l'enquête du Sine-Saloum, la proportion de décès par rougeole est passée de 11 et 22 % à 2 et 1 %.

Par la suite, comme il a été indiqué plus haut, l'effet positif de la vaccination sur la survie de l'enfant a été démontré (GARENNE, 1986).

Une action de santé comme la vaccination contre la rougeole peut donc être décisive pour la baisse de la mortalité. Et ceci avec une seule vaccination, qui assure une protection durable, en principe toute la vie.

Mais après la première campagne, le système de santé n'a pas pris les mesures nécessaires pour maintenir une couverture vaccinale suffisante dans les nouvelles générations d'enfants. Le résultat a été qu'après une période de quatre ans environ, la mortalité est revenue à son niveau antérieur (CANTRELLE, 1980). L'enquête de santé du Sine-Saloum en 1982 le confirme avec pour le groupe 1-4 ans une proportion de décès par rougeole de 15 % environ et un taux de mortalité de 18 pour mille (GOLDBERG, 1984). Dans la zone d'étude du Sine, la létalité au cours de la période 1983-1984 était en moyenne de 15,9 % entre 6 et 36 mois, voisine de celle relevée en 1964-1966 dans la zone voisine de Khombole 12,1 % (SY, 1967).

Le nombre d'enfants vaccinés est publié par le service de santé pour l'ensemble du Sénégal : un taux de couverture convenable semble avoir été maintenu, mais le taux de consultants rougeoleux a vite retrouvé son niveau antérieur à la campagne de vaccination et l'a même dépassé. Cette constatation pose problème : s'agit-il de la qualité du vaccin que l'on sait sensible à la chaleur, ou bien de vaccinations inutiles ? Dans les deux éventualités l'échec peut être imputé à des problèmes d'organisation de la vaccination, et non au vaccin lui-même eu égard au succès de la première campagne. Les statistiques du service de santé montrent que le nombre de doses utilisées permettait une couverture vaccinale satisfaisante. On ne peut alors invoquer le coût du vaccin et les contraintes économiques. Les contraintes techniques de la chaîne du froid ont-elles joué ? Les premières campagnes, réussies, avaient démontré que ces problèmes pouvaient être surmontés. Et depuis, la venue récente sur le marché d'un vaccin plus stable à la chaleur rend plus facile l'organisation de la vaccination. Mais cette analyse des données statistiques publiées ne semble pas avoir été faite par le service de santé, ce qui renvoie au problème, évoqué plus haut, de l'information et de son utilisation.

Cette évolution a été à peu près la même dans les autres pays d'Afrique occidentale. L'efficacité des campagnes de vaccination dépend essentiellement de la nécessaire organisation de la lutte. Les facteurs socio-culturels jouent moins au niveau des représentations de la population et de leur prétendue réticence qu'à celui de l'organisation plus ou moins rationnelle de la diffusion du vaccin : ce "déterminant-maître" se situe maintenant au niveau macro-social des responsables de la santé publique, c'est-à-dire de l'Etat.

2.2.2. Nouvelles perspectives ?

Les essais actuels en situation d'un vaccin précoce chez l'enfant de 4 mois au lieu de 9 mois, laissent espérer la possibilité d'une nouvelle étape dans la lutte contre cette affection, celle de l'éradication à l'échelle mondiale, comme il en a été pour la variole. Cette action, dont la décision se situera en fait au-delà des Etats eux-mêmes, rendrait marginaux les facteurs socio-culturels qui infléchissent encore la morbidité et la mortalité par rougeole.

3. UNE EPIDEMIE REVELATRICE : LE CHOLERA

Le choléra ne s'était pas manifesté depuis longtemps en Afrique. La dernière épidémie, qui a commencé en 1960 dans le sud-est asiatique, son foyer habituel d'origine, a gagné l'Afrique en 1970 sans doute par l'Egypte, puis la Libye et la Tunisie. On aurait pu s'attendre à ce qu'elle continue à progresser par terre vers le Sud, mais c'est en Guinée qu'elle est apparue, se répandant de là en septembre 1970 le long de la côte vers l'Ouest, et après un long circuit en Afrique de l'Ouest et du Centre, elle s'est terminée au Maghreb, Maroc et Algérie. Les diverses formes de mobilité ont été en cause, migrations et simple circulation, relations urbaines, rurales, migrations saisonnières, transport aérien, trafic côtier, fluvial, routier et aussi la circulation ou les regroupements pastoraux dans les pays sahéliens.

Le choléra est une maladie bien connue : son agent infectieux, une bactérie très mobile, le vibron cholérique, son mode de contagion, sa pathogénie, ainsi que les possibilités d'intervention préventive et curative. Les acquis de la connaissance font que cette maladie, d'apparence dramatique et autrefois redoutée en raison de la mortalité élevée, est devenue maîtrisable.

Les facteurs biologiques de risque de décès par choléra sont de deux sortes : d'abord le risque de contracter la maladie, puis le risque de gravité.

La contagion est due -en zone sèche- au contact manuel direct avec un porteur malade ou décédé et aussi un porteur sain. Ces contacts ont plus de risques de se produire à l'occasion des rassemblements : funérailles, pèlerinages, marchés, regroupements autour des points d'eau, qui sont les principales occasions de diffusion de l'épidémie.

La gravité est due à l'intensité de la déshydratation par diarrhée et vomissements entraînant le décès en 24 heures. La létalité peut varier de 1 à 50 décès pour cent cas selon qu'un traitement adéquat est appliqué ou non.

Une action efficace peut réduire les différents facteurs de risque :

- par la prévention collective : interdire les rassemblements et isoler les malades,
- par la prévention individuelle : enterrement contrôlé, désinfection, chimioprophylaxie des suspects et des contacts ; le vaccin étant moins efficace et plus coûteux pour la collectivité,
- par l'action curative : principalement la réhydratation par voie orale (RVO), à domicile ou au dispensaire.

Les premiers cas de choléra, étant identifiés dans une région, il faut agir vite et partout. Ces actions sont à ordonner en une campagne de lutte cohérente. L'organisation de la campagne est l'affaire du service de santé avec le concours de l'administration territoriale. Elle porte notamment sur l'information du personnel de santé, dans les régions où il n'est pas encore habitué à cette pathologie -comme c'est le cas en Afrique- l'information de la population, la mise en place du personnel de contrôle et du matériel.

Des représentations et comportements individuels par rapport à la maladie du choléra et aux actions entreprises peuvent-ils être un frein à cette campagne ? En fait ce frein disparaît rapidement devant la violence de l'agression, c'est au contraire un facteur positif qu'on observe, la compréhension rapide de la population des villages concernés, et sa participation aux mesures préventives et curatives.

La prise de décision par les responsables du service de santé dépend des déterminants en amont. Le déterminant économique que constitue le coût de la campagne pour l'achat et

l'acheminement des médicaments et du matériel a perdu de son importance, car la solidarité internationale est sensible à ce type de circonstances, si les responsables font appel à elle.

L'expérience récente en Afrique de l'Ouest a montré que la prise de décision et l'organisation d'une campagne de lutte n'était pas fonction du régime politique de l'Etat : des régimes aussi différents que ceux du Niger, du Burkina-Faso, du Bénin, en prenant les mesures adéquates, ont bien empêché l'installation de l'endémie.

Une prise en main inadéquate de la situation peut relever d'autres déterminants comme des conflits d'intérêt, de nature socio-politique. Le solde se mesure dans ce cas par plusieurs milliers de décès par choléra au lieu de quelques dizaines.

4. SYSTEMES DE REPRESENTATION DES MALADIES ET RECOURS THERAPEUTIQUES

Les exemples de pathologies spécifiques nous ont permis d'illustrer les moyens de lutte, leur évolution selon différents contextes culturels, le rôle joué par les différents services de santé. Lorsqu'une maladie, connue de la population, reçoit un traitement adéquat dont on peut constater l'efficacité, la demande de traitement se développe rapidement et de réels progrès sur la mortalité peuvent ainsi être faits. C'est ce qui s'est passé pour la rougeole au début de la vaccination.

Ces actions directes pour se préserver ou guérir des maladies bien identifiées rencontrent avant tout des obstacles structurels et économiques (disponibilité de vaccins, existence de moyens de transports, moyens budgétaires adéquats, décisions politiques prises au bon moment), bien que les obstacles liés au contexte culturel soient aussi présents.

On cite souvent le cas des vaccinations infantiles qui entraînent un accès de fièvre transitoire. Faute d'explication sur cet épisode, les mères jugent la vaccination nocive et ne se présentent plus aux vaccinations suivantes (GUILLAUME, 1988).

Chaque communauté (ethnie, clan, village) possède un corpus de connaissances sur la santé qui est constamment enrichi ou remis en question par l'expérience et entraînera des comportements cherchant à optimiser la survie et le bien-être des membres de la communauté, selon les rationalisations qui lui sont propres. Ainsi les Bariba, au Bénin, justifient-ils l'infanticide des enfants "sorciers" (identifiés par leur présentation lors de l'accouchement). Ainsi de nombreuses sociétés d'Afrique de l'Ouest rationalisent encore aujourd'hui la "nécessité" de l'excision (voir p. 11).

Les mesures d'hygiène, l'utilisation de l'eau et l'évacuation des déchets, les habitudes nutritionnelles et l'ensemble des normes qui régissent la reproduction sont des déterminants essentiels de la santé qui ne sont pas toujours identifiés comme tels. La relation de cause à effet d'une habitude, d'une coutume, sur la santé est diversement perçue selon les ethnies, les sociétés. La sélection, par des processus culturels et sociaux, des normes et des comportements les plus performants pour améliorer le bien être dépend de la connaissance de ces relations, de l'expérience accumulée et transmise de génération en génération, de la validité de l'interprétation qui en est faite.

- La longue durée de l'allaitement et l'intérêt de l'espacement des naissances est un exemple de coutumes adaptées au contexte des sociétés traditionnelles et favorisées par un ensemble de normes qui sont très généralement partagées en Afrique de l'Ouest.
- La liaison entre les troubles diarrhéiques de l'enfance et le péril fécal est par contre l'exemple d'un domaine où les relations sont mal perçues et donc les normes de comportement en général mal adaptées à une optimisation de la santé.
- L'interdiction de donner des boissons à un enfant atteint de diarrhées qui est de règle chez certaines ethnies est enfin un exemple d'effort thérapeutique inadéquat en raison d'une interprétation erronée de l'expérience entraînant une relation causale inadéquate.

4.1. LA REPRESENTATION DES MALADIES ET LES RECOURS THERAPEUTIQUES

Chaque société possède un ou des systèmes nosologiques et étiologiques qui lui permettront de générer des stratégies thérapeutiques selon l'origine de la maladie et les acteurs mis en jeu. Partout en Afrique de l'Ouest on retrouve une dichotomie entre maladies "naturelles" et

maladies "provoquées" par la sorcellerie, les génies, etc. Ce classement des maladies dans l'une ou l'autre catégorie varie selon les sociétés et selon des caractéristiques individuelles, telles l'éducation. Il continue à guider le recours thérapeutiques. Les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies "provoquées" releveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales.

Assez souvent, même dans les milieux aisés des villes, les malades suivent en parallèle des traitements des deux domaines thérapeutiques, preuve de leur double appartenance à deux systèmes d'interprétation de la maladie. FAISANG (1981) par exemple observe que "l'idée largement admise selon laquelle l'onchocercose est transmise par la simule ne modifie en rien sa valeur de "maladie des génies", ce qui conduit à une double consultation".

Dans d'autres cas, des délais plus ou moins longs retardent le recours à la médecine moderne. Par exemple dans le cas des hernies (NGANGA, 1989), dont 48 % sont attribuées aux intrigues de sorcellerie, 25 % à l'effort physique, le délai de première consultation médicale, au centre hospitalier de Brazzaville, est de plus de trois ans pour 34 % des cas chez les adultes. "45% n'ont eu recours à l'alternative chirurgicale qu'après s'être lassés de différents types de traitement traditionnel -brevages, infusions de plantes, frictions, ablutions, scarifications locales, gris-gris d'origine minérale ou animale, interdits alimentaires- parfois accompagnés de séances de prière collective et d'arrangement des situations conflictuelles familiales".

On ne peut s'étonner qu'en dépit de ses succès thérapeutiques la médecine moderne ne supprime pas la médecine traditionnelle. En effet celle-ci prend en charge la maladie comme une manifestation d'un "malheur" qui n'est pas seulement un trouble individuel mais une perturbation de l'ordre social. L'efficacité thérapeutique est subordonnée à une efficacité plus large, mettant en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives, des rapports de force, de pouvoir (DOZON, 1987). Face à cette prise en charge globale, on comprend que, pour certaines maladies au moins, la réponse de la médecine moderne apparaisse pauvre, incomplète. En effet, la quête thérapeutique ne se borne pas à faire disparaître les manifestations cliniques de la maladie mais consiste aussi à en expliquer la cause. Le système médical moderne est venu s'ajouter aux autres instances thérapeutiques.

La médecine traditionnelle fait partie d'une culture et ses représentants sont densément intégrés au tissu social. Au Sénégal par exemple, dans la zone du Sine, on distingue le *saltigui*, voyant qui a un don de guérisseur, le *pan*, guérisseur qui utilise pour sa thérapeutique la pharmacopée traditionnelle et se réfère au culte des ancêtres, le marabout, guérisseur qui se réfère au système islamique, mais qui peut utiliser aussi des représentations et des thérapeutiques non islamiques. Les proportions de ces trois catégories de guérisseurs étaient respectivement de 20, 65 et 15 % dans l'Arrondissement de Niakhar ; sur une population de 33 000 habitants, 130 étaient mentionnés, soit en moyenne 1 pour 250 habitants. Certes, leur réputation était inégale, se limitant au village ou bien dépassant le cadre de l'arrondissement, mais on voit que cette assistance traditionnelle était une composante essentielle du système de santé (MIRGOT, 1970), lorsque la médecine moderne proposait dans la même région un infirmier pour 15 000 habitants ou un médecin pour 150 000.

La double consultation reste donc de pratique courante. Ce recours à des structures multiples peut apporter une sécurité psychologique aux consultants ou être un facteur de risque. En cas de prescriptions discordantes, voire antagonistes, le patient et sa famille seront remis en face de choix difficiles. De plus la mise en parallèle des deux systèmes thérapeutiques perturbe l'identification des liens de cause à effet entre une maladie et un traitement et retarde "le long processus séculaire par lequel on comprend que toute maladie a une origine naturelle et qu'il peut exister un traitement correspondant" dont parle J. CALDWELL (1986).

Cependant les niveaux de mortalité atteints montrent que la médecine traditionnelle n'a pu faire face, autrefois pas plus que maintenant, aux principales causes de mortalité, et en particulier celles de l'enfance.

4.2. LES MEDICAMENTS

La consommation médicamenteuse dépend à la fois de contraintes institutionnelles (disponibilité des médicaments et des prescripteurs), économiques (moyens financiers disponibles) et culturelles (connaissance des médicaments, de leur posologie, de l'importance du respect des prescriptions).

L'automédication familiale à base de plantes reste certainement la consommation la plus courante en matière de médicaments. Les vertus des plantes sont un savoir largement partagé dans une société, transmis par les anciens. Les guérisseurs traditionnels présents dans chaque village, et en ville, dans chaque quartier, administrent ce genre de prescriptions.

Il y a actuellement une valorisation -conçue comme un retour à l'authenticité africaine- des praticiens traditionnels, mais la médecine moderne reconnaît difficilement que la médecine traditionnelle pourrait être un partenaire dans une politique sanitaire rénovée (DOZON, 1987).

Les médicaments "modernes" difficilement accessibles dans les campagnes, sont devenus un bien de consommation courant là où existent des pharmacies mais aussi des marchés. Sur tous les marchés africains on trouve en vente libre des médicaments vendus à l'unité (comprimés, pilules, etc...) sans posologie ni informations écrites. C'est souvent leur aspect qui les identifie (couleur, forme). Les moyens financiers tiennent lieu de prescription. On achète ce qu'on "peut" acheter. Cette consommation hasardeuse de médicaments donne aux acheteurs l'impression de participer au monde moderne de la santé et à ses thérapeutiques. Mais les inconvénients de ces pratiques sont patents. La consommation insuffisante et fantaisiste de nivaquine donne l'illusion d'une protection antipaludéenne. Les antibiotiques achetés au marché sont consommés à dose inadéquate et pour des maladies qui ne le justifiaient pas. Cela entraîne des résistances qui rendront peu efficaces des traitements ultérieurs devenus nécessaires.

Même dans la sphère où le prescripteur est un agent de la santé, le médicament est souvent mal utilisé. La surprescription médicale est de pratique courante là où une clientèle solvable a de quoi payer. Parfois, au contraire, le patient utilise les ordonnances "à la carte". Il sélectionne dans la liste des médicaments ceux qu'il a les moyens d'acheter. La consommation de médicaments draine une part non négligeable du revenu des populations urbaines pour une efficacité douteuse.

Les contraintes institutionnelles peuvent être illustrées par le cas du Sénégal (STRAGIOTTI, 1989). Comme dans de nombreux pays africains, le budget public de la santé est en décroissance depuis plusieurs années. Il est compensé en partie par la prise en charge par les ménages de l'achat des médicaments. Pour la consommation globale de médicaments au Sénégal, la part du secteur public est passée de 60 % en 1964 à 25 % en 1978.

La dotation budgétaire publique en médicaments étant insuffisante, des associations pour la santé (APS) se sont créées, à l'initiative de la population, utilisant une partie de leurs recettes à l'achat de médicaments (172 millions CFA en 1985). A la base, le rôle des Cases de santé de village est prévu. Mais la distribution est problématique. En effet ces organisations locales, pour s'approvisionner à un coût modeste, doivent passer par le canal des pharmacies régionales du secteur public, elle-mêmes dépendant de la pharmacie nationale d'approvisionnement, qui est censée approvisionner l'ensemble des formations sanitaires du pays. Or leurs dysfonctionnements, tels les ruptures de stock, les lenteurs de livraison, les difficultés de trésorerie, sont connus depuis longtemps. Le résultat est par exemple que, dans la région du Sine Saloum en 1987, aucune association de village n'a pu acheter de médicaments, en raison de la fermeture du dépôt régional, survenue d'ailleurs à la période de forte morbidité, alors que la fréquentation des cases de santé est forte, lorsqu'il y a des médicaments.

Il semble donc que la demande soit bloquée par l'offre, en raison de la nature étatique et bureaucratique de la distribution de médicaments.

4.3. DIFFUSION DES CONNAISSANCES

Les études anthropologiques sur la santé doivent donner une haute priorité à la question de la transmission des informations. On manque cruellement de connaissances sur les moyens de promouvoir des connaissances de base sur la prévention des maladies, l'hygiène quotidienne et la nutrition, la lutte antipaludéenne. Les questions qui doivent trouver des réponses sont nombreuses.

Si on sait en général quelles sont les informations les plus utiles (conservation de l'eau, élimination des excréta, recours à la vaccination et à la rehydratation par voie orale en cas de diarrhée, importance du suivi pré et post-natal dans un centre de santé), on a constaté que les messages peuvent être mal interprétés ou rester lettre morte parce que transmis par des informateurs inadéquats. HIELSCHER et SOMMERFIELD (1985) ont observé que les campagnes de sensibilisation à l'hygiène de base n'avaient pas été suivies d'effet parce qu'elles étaient menées par de jeunes villageois, bien motivés, mais illettrés. Jeunes et non scolarisés ils n'avaient donc aucune autorité pour conseiller les villageois.

Les médecins, infirmiers ou sage-femmes, quant à eux, peuvent être les meilleurs informateurs dans certains milieux dont ils sont culturellement proches, mais qu'en est-il dans les milieux les plus traditionnels ? Leur formation, leur position d'autorité ne facilite pas toujours la communication avec les populations les plus traditionnelles.

Les campagnes sanitaires doivent partir d'un bilan sur les pratiques, les connaissances, les attitudes de la population ciblée. "La prise en considération des normes vernaculaires est le premier pas d'un dialogue indispensable à la mise en place de n'importe quel programme d'éducation sanitaire" (EPELBOÏN, 1987).

5. SANTE SEXUALITE ET REPRODUCTION

Nous verrons les conséquences sur la santé, d'abord des pratiques de l'excision, puis de la précocité de l'union et de la mobilité des unions, enfin de la grossesse et de l'accouchement.

5.1. RITES D'INITIATION ET EXCISION

L'excision des filles a été pratiquée bien avant l'ère chrétienne. De nos jours, elle se pratique en particulier en Afrique Orientale et Occidentale et dans certaines régions de la péninsule arabique.

En Afrique Occidentale, sa fréquence est variable : Mali 80 %, Sierra Leone 80 % (HOSKEN, 1982), 90 % (KOSO, 1987), Côte d'Ivoire, Gambie 60 % (HOSKEN, 1982), Ghana (BULLEY, 1984), Nigeria entre 15 et 100 %, selon les ethnies ; Ibadan 71 % (ODUNTAN, 1984). On distingue trois degrés selon l'étendue de la mutilation (BOHOUSSOU, 1982). L'excision du 1er degré est la forme mineure. Elle correspond à l'opération appelée *sunna* au Nigeria (ODUNTAN, 1984) et en Sierra Leone (KARGBO, 1984).

En Côte d'Ivoire, c'est le 2ème degré qui est le plus fréquent : 1er 27 %, 2ème 63 %, 3ème 10 %, d'après une étude à Abidjan, en 1984-1985 (BOHOUSSOU 1982). Cette répartition ne semble guère avoir évolué dans le temps, puisque dans la même ville, en 1968, les proportions étaient respectivement les suivantes : 30 %, 64 %, 6 % (RENAUD, 1968).

Cette pratique peut entraîner des complications immédiates, notamment chocs et hémorragies, nécessitant une admission d'urgence en chirurgie (BOHOUSSOU, 1982) et à défaut entraînant le décès. "La mutilation des femmes a été jusqu'ici le secret le mieux gardé du monde. Le nombre d'issues fatales est évidemment inconnu" (BOHOUSSOU, 1982). Dans les villages des environs de Bouaké, Côte d'Ivoire, le nombre des excisées du culte DO en 1962, a été estimé à 1 700, sur lesquels 12 décès, relevant d'hémorragie, mais aussi des infections et du tétanos (RENAUD, 1968). Des décès ont été rapportés aussi au Ghana (BULLEY, 1984).

Parmi les complications tardives, les problèmes obstétricaux, dus principalement aux cicatrifications, à plus forte raison si celles-ci ont été défectueuses, notamment par infection locale. "Lorsque ces femmes accouchent seules, les délabrements périnéaux peuvent être importants, entraînant des incontinences anales et des scléroses aggravées à chaque accouchement" (RENAUD, 1968). Cette pratique est profondément ancrée dans la coutume de certaines ethnies. L'évolution met en jeu des courants contraires.

Certaines femmes s'opposent à la suppression de l'excision, c'est le cas en Sierra Leone, avec les sociétés secrètes de femmes, Sande ou Bunde, qui perpétuent la pratique (KARGBO, 1984). Dans une enquête sur 300 femmes en Sierra Leone, la tradition est la raison donnée dans 85 % des cas, suivie de l'identité sociale et de la religion (KOSO, 1987).

D'autres oeuvrent en faveur de la suppression de l'excision : les ONG africaines et internationales (RAS-WORK, 1964) par exemple. Au niveau micro-social un changement se fait jour dans certains milieux :

- à Ibadan 71 % des femmes ont été excisées, mais seulement 50 % d'entre elles avaient fait exciser leurs filles ou avaient l'intention de le faire (ODUNTAN, 1984).
- dans une enquête à Ile Ife, le rôle de l'éducation est mis en évidence : une seule personne de la catégorie instruite a pratiqué l'excision (ODEBIYI, 1985).

5.2. PRECOCITE DE L'UNION

Dans de nombreuses ethnies ouest-africaines, le concept de nubilité de la jeune fille est assimilé à la notion des premières règles. C'est d'ailleurs l'indicateur habituellement utilisé par les médecins, les anthropologues ou les démographes pour déterminer l'âge de la puberté. Mais ce n'est là qu'un signe qui à lui seul ne signifie pas que la maturité sexuelle soit atteinte.

Il semble que la représentation du phénomène de la puberté et du concept de nubilité soit différente selon les ethnies. En général, la norme est que le mariage ne doit pas être consommé avant les premières règles, qu'il s'agisse des Bambaras (MONTEIL, 1966), des Ashanti du Ghana (MEYER FORTES, 1953 ; GYEPI, 1987 ; BULLEY, 1984), des Gourmantché du Burkina Faso (CARTRY, 1966). La consommation du mariage intervient d'ailleurs peu après les premières règles, après quelques cycles.

Mais dans certaines ethnies, la consommation prépubertaire n'est pas rare. A Lagos, si la coutume est fortement opposée à la consommation prématurée du mariage, il arrive que des mariages soient consommés avant le ménarche (ELLIS, 1950).

En banlieue de Dakar, en 1969, dans une enquête démographique, sur 49 femmes mariées, 10 ont déclaré leur mariage consommé avant le ménarche. C'est dans le groupe Toucouleur qu'on trouve le plus de mariages consommés avant le ménarche. On en trouve également dans le groupe Wolof, Serer et Maure.

Quant à l'âge médian au ménarche, à partir d'observations fiables, il est plus avancé en milieu urbain, 14 ans à Dakar sur trois échantillons différents, contre 15 ans et demi et 16 ans et demi en milieu rural.

Si dans la plupart des pays africains, une tendance existe à retarder l'âge au mariage, le risque de rapports sexuels plus précoces augmente en milieu urbain, et par conséquent celui de grossesses non désirées (GYEPI, 1987). Une étude au Nigeria a montré que les adolescents nigériens adoptaient rapidement les cultures étrangères concernant les relations sexuelles, tendant à abandonner la tradition, bien que cette tendance soit moins accentuée chez les filles que chez les garçons (OWUAMAMAM, 1982). La même tendance de distance par rapport à la tradition est soulignée en milieu urbain à Dakar, non plus chez des écoliers mais chez des jeunes en activité (JEAN BART, 1985).

D'une façon générale, on sait qu'en dessous de 20 ans, les risques de la grossesse sur la santé de la mère et de l'enfant augmentent à mesure que la grossesse est plus précoce. Mais il ne faut pas confondre ces risques avec ceux qui sont liés à une grossesse illégitime. Et la tendance de grossesse illégitime est croissante chez les jeunes urbaines, de même que celle de l'avortement (GYEPI, 1985).

5.3. MULTIPLICITE DES PARTENAIRES SEXUELS

C'est la multiplicité des partenaires sexuels qui conditionne la fréquence des maladies sexuellement transmissibles, comme la gonococcie et le SIDA.

Mais les variations de la multiplicité des partenaires sexuels selon les cultures en Afrique de l'Ouest sont mal connues. Il n'existe guère plus de données sur la prévalence et la tendance de la gonococcie dans la population. On voit seulement les conséquences émerger au niveau hospitalier. Mais à Dakar par exemple, dans le cas d'infections génitales féminines, le gonocoque n'a été retrouvé que dans 3 % des cas (SARRAT, 1974).

Malgré une littérature abondante, peu de données précises sur la prévalence du SIDA, HIV1 lorsqu'on se rapproche du centre du continent et HIV2 vers l'ouest, avec un pôle en Guinée Bissau. Encore moins dispose-t-on d'un suivi longitudinal. Mais le paramètre le plus utile à

connaître serait le nombre de partenaires. De telles données n'existent pas encore et l'on connaît mal l'évolution des comportements.

5.4. MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLES

Grossesse et accouchement sont des périodes à risque pour la femme et l'enfant à naître. Ces risques sont en grande partie maîtrisés par des mesures de surveillance prénatale, une assistance qualifiée au moment de l'accouchement et des suites de couches.

La tradition a apporté sa contribution depuis les temps les plus anciens, l'obstétrique médicale l'a progressivement remplacée, et s'est enrichie au cours de la période récente aboutissant à l'obstétrique moderne. Le résultat est un déclin considérable du taux de mortalité maternelle, c'est à dire de la mortalité due aux complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Par exemple en Suède, le taux qui dépassait 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vers 1750, a baissé à 500 en 1880, 300 en 1930, jusqu'au niveau actuel de 7. Cette dernière phase a correspondu avec l'adoption de la césarienne segmentaire, puis de la découverte des antibiotiques, et enfin de la proportion élevée d'accouchements en maternité et de soins prénataux (PAPIERNIK, 1988).

En Afrique, les données disponibles sur le niveau de mortalité maternelle sont généralement des données hospitalières qui déforment la réalité. Les estimations sont de l'ordre de 500 à 1 000 pour 100 000 naissances. Compte tenu des acquis de la connaissance médicale, la mortalité maternelle pourrait être considérablement réduite.

La question est de savoir quelle est la part du comportement des familles, par rapport aux disponibilités offertes par le système de santé, et compte tenu des moyens de transport.

Des facteurs de risque existent déjà, tels que le développement insuffisant du bassin dû à une alimentation déficiente dans l'enfance, les cicatrices résultant de l'excision, la grossesse précoce entraînée par l'union précoce, ainsi que la multiparité. A ceux-ci s'ajoutent les risques habituels de la grossesse, augmentés si elle n'est pas surveillée, et les risques d'un travail prolongé, qui sont fortement accrus en dehors des formations sanitaires, tels que hémorragie, rupture utérine et infection.

La tradition est d'accoucher à domicile, mais en milieu urbain, la grande majorité des femmes accouche en maternité. L'offre de soins changerait-il donc radicalement le comportement ? On peut se poser la même question pour la surveillance pré et postnatale. On doit également considérer les perceptions et les attitudes des responsables et du personnel des services de santé à l'égard de ce problème.

Si le décès n'est qu'un résultat rare des complications évoquées plus haut, la morbidité maternelle imprègne sans aucun doute le quotidien d'une proportion importante de femmes et de familles. Mais elle est difficile à mesurer ; on n'en voit que la surface, lorsque les cas devenus intolérables arrivent à l'hôpital. Par exemple les fistules vésico-vaginales, dont la fréquence est connue depuis longtemps en Afrique (BARROUX, 1953), et les prolapsus génitaux (TOURE, 1977), sont causés surtout par les accouchements mal contrôlés, et aussi par la précocité de l'union. Ces complications entraînant des difficultés dans les rapports sexuels et des disgrâces dans la vie quotidienne, ont elles-mêmes des conséquences sociales, comme le divorce.

6. COMPORTEMENTS EN MATIERE D'ALLAITEMENT ET DE NUTRITION DES JEUNES ENFANTS

Parmi les pratiques concernant la préservation de la santé, l'allaitement est probablement celle qui est le plus universellement encouragée dans toutes les sociétés africaines. Elle est aussi celle dont l'évolution pourrait remettre en cause la santé des mères et des enfants.

En fait l'allaitement est toujours en honneur. D'après l'enquête mondiale fécondité pour les trois pays d'Afrique de l'Ouest concernés, 98,8 % des ivoiriennes, 99,4 % des sénégalaises et 99,6 % des ghanéennes ont allaité leur enfant avec des durées moyennes respectives de 19,5 mois, 19,3 mois et 20 mois.

Mais beaucoup de scientifiques s'inquiètent légitimement de voir se développer dans les villes les publicités pour les laits ou suppléments et la mode du biberon⁴. Dans les villes, les étals des marchés regorgent de boîtes de lait de supplément et l'intégration d'un certain nombre de femmes au secteur moderne de l'économie entraîne le recours à l'allaitement mixte dès les premiers mois de la vie.

Un exemple : d'après l'enquête sur la mortalité infantile menée en 1979 à Yaoundé (DACKAM, 1985) 38 % des enfants de moins d'un mois reçoivent un allaitement mixte et 37 % à 4 mois. Moins de 2 % durant les premiers mois de la vie et 5 % à 4 mois, étaient nourris seulement au biberon. L'allaitement mixte est en progression partout dans les villes africaines.

Les effets de l'adoption de l'allaitement artificiel sont très généralement considérés comme dommageables à la santé de l'enfant, directement parce que, mal maîtrisée, la technologie du biberon, augmente les risques d'infection voire de malnutrition (dosages en poudre insuffisants) et indirectement parce que la désaffection pour l'allaitement maternel diminue en moyenne le temps d'infécondabilité post-partum et donc l'espacement entre les naissances. S'y ajoutent les effets économiques puisqu'on remplace un produit gratuit par un produit coûteux. Cependant, si ces arguments ne souffrent guère de contestation pour les premiers mois de la vie, ils devraient être ensuite nuancés, car après le sixième mois l'alimentation de supplémentation s'impose.

L'allaitement au sein, en raison de son impact sur la fécondité a eu jusqu'ici la faveur du plus grand nombre de recherches démographiques. Récemment les anthropologues ont souligné l'intérêt de mieux étudier les habitudes de supplémentation nutritionnelle des bébés à partir de 4-6 mois.

Les tabous alimentaires privent les jeunes enfants d'aliments riches : oeufs, poissons figurent souvent dans les interdits. On relève une fréquence très élevée de respect de ces tabous parmi les mères d'enfants malnutris. Dans une enquête à Zaria (Nigéria) 83 % des mères d'enfants malnutris pensaient que viande et poisson entraînaient des troubles de digestion et 70 % croyaient que les oeufs rendaient les enfants voleurs (tabou existant partout dans le golfe du Bénin) (JINADU, 1981).

Une étude intéressante de DETTWYLER (1986) au Mali dans un quartier pauvre de Bamako a montré que les mères avaient une attitude non interventionniste vis à vis de leurs enfants. S'ils ne viennent pas manger, c'est qu'ils n'ont pas faim... ce qui rend très dangereux l'entrée dans un cycle de malnutrition. L'enfant perd l'appétit et la mère ne le stimule pas à manger. A l'inverse certaines sociétés au Togo pratiquent couramment le gavage des nourrissons, qui est d'ailleurs une cause d'accidents.

(4) Dans certains hôpitaux les sages-femmes conseillent systématiquement l'adoption du biberon en complément de l'allaitement au sein dès les premiers jours.

Certaines ethnies (les Ibo par exemple mais aussi les Ewe du Togo) proposent aux jeunes enfants des préparations spécialement conçues pour eux (mets en bouillie avec certains légumes considérés comme bons pour cet âge) ; d'autres n'ont pas de préparations nutritionnelles spécifiques pour les petits et ceux-ci n'ont d'autre alternative que le lait maternel ou les plats des adultes. Certaines sociétés semblent, plus que d'autres, reconnaître les besoins alimentaires spécifiques du jeune enfant.

Les attitudes maternelles concernant ce que mange l'enfant, les stimulations à manger tel ou tel mets, l'attention apportée à son état nutritionnel varient d'une mère à une autre mais sont également infléchies par des normes culturelles. Des différences de morbidité peuvent s'expliquer par l'attention plus ou moins grande que l'on attend des mères dans un contexte culturel donné.

RANDALL et HILL (1984) ont montré que, dans un environnement de grande pauvreté de la société Tamasheq, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, les enfants des familles nobles avaient une mortalité supérieure aux enfants des femmes "esclaves" parce qu'ils recevaient une attention moins directe et moins vigilante de leurs mères.

DETTWYLER observe, dans son étude sur un faubourg de Bamako -déjà citée- que "dans un contexte culturel identique et face à une extrême pauvreté ce sont des différences subtiles dans les attitudes des mères qui feront qu'un enfant survivra pendant que d'autres souffriront à des degrés divers, de malnutrition".

Si l'on s'est, à juste titre, préoccupé de l'hygiène défectueuse qui préside en général à la confection des biberons, certains auteurs ont mis aussi l'accent sur la manipulation des aliments que l'on donne aux jeunes enfants. BARREL et ROWLAND (1979), en Gambie, estiment que ce n'est pas seulement la nourriture qui est donnée mais aussi la façon dont elle est préparée qui peut induire des risques pour la santé des enfants. KHAN (1982) a montré que l'usage du savon réduisait sensiblement la fréquence des maladies dues au *Schigellae*.

Les repas, la répartition des aliments disponibles sont également gouvernés par des habitudes culturelles. Des discriminations selon le sexe, l'âge, le rang de naissance, le statut au sein de la famille, règlementent l'accès des individus à la nourriture. Ce sont souvent des enfants au statut précaire là où ils résident qui seront les plus défavorisés dans l'allocation de la nourriture. BLEDSOE (1987) en Sierra Leone a étudié la pratique du placement des enfants. Elle a trouvé parmi les enfants malnutris de deux hôpitaux une fréquence nettement plus élevée d'enfants confiés (Fostered children) que dans la population de référence.

Compte tenu des discriminations culturelles à l'encontre des filles observées dans d'autres continents certains auteurs se sont également intéressés à celles que l'on pourrait observer en Afrique. L'étude la plus récente, menée par GARENNE (1987) dans une région rurale du Sénégal conclut à une absence de différence entre garçons et filles de moins de 5 ans pour l'anthropométrie moyenne, alors que les garçons seraient plus fréquemment malnutris. Les premiers résultats de l'enquête DHS au Togo, sur un échantillon national représentatif, aboutissent aux mêmes conclusions.

Les habitudes nutritionnelles qui peuvent conduire à des insuffisances d'apport de certains nutriments, à des états de malnutrition ou à des risques d'infections parasitaires sont un vaste domaine de recherches anthropologiques pouvant aboutir à orienter, dans chaque contexte culturel, des campagnes d'information et de sensibilisation.

7. LE ROLE DE L'EDUCATION COMME FACTEUR DE SANTE

Le débat très animé qu'a suscité l'article de CALDWELL (1979) sur la relation entre éducation de la mère et santé de l'enfant a permis d'avancer beaucoup d'hypothèses nouvelles qui ont appuyé ou complété les arguments de l'auteur. Ce qui est avancé à partir de données du Nigeria devrait être étudié avec la même précision ailleurs en Afrique. Pour CALDWELL l'effet de l'éducation maternelle sur la santé de l'enfant n'est pas dû seulement à des connaissances directement sanitaires mais aussi à trois facteurs qui relèvent du statut de la mère dans son environnement et de son pouvoir de décision :

1. Les mères éduquées ont une attitude moins fataliste que les mères non éduquées, en face des maladies qui atteignent leurs enfants.
2. Elles ont une meilleure capacité à utiliser les moyens sanitaires disponibles et le monde moderne en général, à la fois parce qu'elles connaissent mieux ce qui existe et parce qu'elles ont la capacité de mobiliser une attention préférentielle des personnels soignants (ORUBULOYE et CALDWELL, 1975).
3. L'éducation des femmes accroît leur autonomie et diminue l'emprise traditionnelle des anciens sur elles. Leurs enfants pourront ainsi avoir une plus grande part des ressources de la collectivité. Les mères éduquées ont un pouvoir de décision plus important en matière de soins des enfants.

Les idées de CALDWELL ont été amplement discutées, complétées par lui-même (1986) et d'autres auteurs, notamment WARE (1984) et CLELAND (1987).

WARE a souligné que l'éducation d'une femme est un indicateur de changement dans divers domaines pour elle-même -meilleur statut institutionnel, probabilité plus élevée d'épouser un homme ayant lui-même un statut social et économique favorable- mais aussi pour la communauté qui l'entoure.

En effet, envoyer une fille à l'école est souvent un acte chargé de signification pour tout le groupe familial voire le village. L'accroissement du taux de scolarisation féminine est souvent le signe d'un désir collectif de voir les filles participer aux nouveaux secteurs de production moderne. Il peut aussi être un simple indicateur d'une amélioration des équipements d'une région, donc aussi des équipements sanitaires. La relation entre éducation des mères et survie des enfants traduit donc aussi une influence sur la santé des enfants des facteurs socio-économiques, eux-mêmes liés à l'accroissement du niveau d'éducation des femmes.

CLELAND (1987) a repris l'analyse de la relation inverse, qui existe dans la plupart des sociétés où on a pu l'étudier, entre éducation des mères et mortalité des enfants pour tenter de mieux distinguer les différentes relations de causalité. Il vérifie en particulier que l'effet de sélection des mères éduquées quant à leurs caractéristiques démographiques (âge au début de la reproduction notamment) est négligeable. CLELAND examine également les effets respectifs de l'éducation maternelle et du niveau de vie. On peut penser en effet, que l'éducation des mères est un indicateur de niveau de vie et que c'est là l'explication majeure de son effet sur la santé des enfants. Les mères éduquées occupent des emplois mieux rémunérés et épousent également des hommes ayant de meilleures ressources. Les quelques études existant (NATIONS UNIES, 1985) conduisent à penser que "la moitié environ de l'effet brut de l'éducation des mères peut être imputée à leur position économique plus favorable". Pour l'Afrique de l'Ouest les résultats des enquêtes du Nigeria (CALDWELL, 1979) permettent de séparer l'effet de l'éducation des mères de celui de la profession du mari, qui n'est qu'un indicateur assez fruste du niveau de vie. Pour les mères ayant une éducation secondaire, la survie des enfants est 2,5 fois supérieure à celles des mères illettrées à l'intérieur du sous-groupe qui a épousé des hommes ayant une profession du secteur tertiaire moderne.

En dehors des enquêtes ci-dessus l'interférence entre revenu et éducation de la mère n'a été que rarement étudiée en Afrique de l'Ouest.

La persistance de l'effet de l'éducation, même après contrôle des effets de revenu a été vérifié dans les enquêtes de CALDWELL à Ibadan, mais elle a été mise en doute dans d'autres régions. MBACKE et VAN DE WALLE (1987) à Bobo Dioulasso ne trouvent de différences significatives de mortalité selon l'éducation des mères que pour les enfants de 1 à 2 ans.

Plus radicalement, DACKAM (1986) à partir de l'enquête sur la mortalité infantile de Yaoundé relève une absence de différence de mortalité selon l'éducation des mères, mais il s'agit d'un milieu urbain où le taux de mortalité infantile (55 pour mille) est assez bas pour l'Afrique et où la qualité de l'infrastructure sanitaire peut expliquer l'atténuation de l'effet de l'éducation des mères.

Enfin, AKOTO et TABUTIN (1987) dans une analyse multivariée sur des données du Cameroun et du Zaïre prouvent que, dans ces deux pays, l'éducation de la mère joue un rôle moins important que l'appartenance ethnique dans la survie de l'enfant.

L'un des chemins les plus évident de la relation entre éducation maternelle et santé des enfants est celui de la fréquentation des centres de santé et de l'utilisation adéquate des prescriptions. Au Sénégal, par exemple, d'après l'enquête de 1986 (DHS), les mères qui savent lire ont plus fréquenté les consultations prénatales, ont accouché plus souvent dans des structures sanitaires et sont deux fois plus nombreuses (37%) que les mères illettrées (17 %) à avoir fait vacciner leurs enfants.

MAC LEAN (1974) a montré qu'à Ibadan les mères éduquées avaient également une plus grande capacité à mobiliser l'attention des médecins et agents de santé. Elles sont mieux reçues dans les centres de santé et bénéficient de soins établis à partir de diagnostics plus précis. L'urgence est telle dans les structures sanitaires que ce sont les mères les mieux armées pour comprendre les indications thérapeutiques qui recevront le plus d'attention. Faute de temps suffisant, les patients illettrés recevront une prescription, sans information complémentaire.

L'un des résultats des travaux les plus récents de CALDWELL (1986) est que la synergie entre éducation des mères et présence de centres de santé permet des gains sur la survie des enfants largement supérieurs à la simple addition des effets de chacun de ces facteurs.

Il serait nécessaire de disposer d'autres expérimentations similaires pour voir si ce résultat est général en Afrique de l'Ouest, car les gains de survie dépendent non seulement de la présence de centres de soins mais aussi de leur équipement et donc de leur efficacité dans la réponse à la demande thérapeutique. De même l'impact de l'éducation des mères dépend du niveau qu'elles ont atteint et de l'autonomie qu'elles ont ainsi acquise.

Même en l'absence de structures sanitaires on peut supposer que la scolarisation des femmes a un effet sur les soins quotidiens que prodigue la mère à son enfant dans la sphère domestique. Le fait d'avoir été à l'école -même peu de temps- semble donner aux femmes et à leur entourage, un sentiment d'appartenance à la sphère de la modernité. Une femme qui a fréquenté l'école est censée conduire son enfant au dispensaire. Elle a aussi tendance à donner une plus large part aux causes naturelles dans l'explication des maladies. C'est du moins ce qui ressort d'une enquête au Ghana (FOSU, 1981) où les illettrées attribuent les maladies à des causes surnaturelles dans 52 % des cas, et les femmes ayant 1 à 3 ans de scolarisation dans 31 % des cas seulement.

Pour la planification de la santé, il serait d'un intérêt primordial de mieux comprendre quelle peut être la répartition optimale des ressources entre l'amélioration de la scolarisation féminine et la fourniture d'infrastructures sanitaires.

8. SUGGESTIONS POUR LA RECHERCHE

Divers domaines nous paraissent devoir recevoir une plus grande attention.

8.1. LES PRATIQUES ALIMENTAIRES CONCERNANT LES ENFANTS

On sait maintenant beaucoup de choses sur l'importance de l'allaitement dans la survie du jeune enfant et dans les mécanismes de l'espacement des naissances, susceptibles de contribuer à la santé maternelle et infantile en l'absence de pratiques substitutives de contraception, mais on a trop peu de connaissances sur les autres pratiques d'alimentation de la petite enfance, notamment sur le rôle des attitudes maternelles dans la croissance de l'enfant.

8.2. PRATIQUES D'HYGIENE QUOTIDIENNE

Une étude soigneuse des pratiques d'hygiène quotidienne et au premier chef de la gestion de l'eau devrait être entreprise dans différents contextes culturels (BRISCOE, 1984).

C'est ce que ADEGBOLA et CHOJNACKA (1984) appellent "socio economic epidemiology", dont ils disent que, si elle fait défaut, l'épidémiologie biomédicale pourrait apporter seulement une contribution limitée à la réduction de la mortalité puisque les principales causes de maladie observées par eux à Lagos étaient d'origine hygiénique, nutritionnelle ou périnatale, ce que confirment la plupart des études épidémiologiques.

8.3. EDUCATION DES MERES ET SANTE DES ENFANTS

Le rôle de l'éducation des femmes dans la santé des enfants a été identifié comme un facteur crucial dont l'action persiste même après élimination de l'effet de plusieurs variables socio-économiques, dans plusieurs enquêtes menées au Nigéria par CALDWELL (1979). Des enquêtes similaires, mériteraient d'être menées dans d'autres régions culturellement différentes, pour apprécier si l'effet spécifique de l'éducation de la mère y est aussi manifeste.

A l'évidence, savoir que les mères ayant plusieurs années d'éducation parviennent à mieux préserver la survie des enfants est un résultat qui ne peut être utilisé à court terme pour l'amélioration de la santé des enfants. Donner 8 à 10 années d'éducation aux femmes est une tâche immense financièrement et culturellement parlant. Mais, comme le souligne WARE (1984) il serait d'un intérêt inestimable d'isoler quelques *facteurs modifiables* qui expliquent une bonne partie de la relation entre éducation des mères et survie des enfants. On pourrait alors bâtir des programmes pour donner spécifiquement ces connaissances sans avoir à dispenser 8 à 10 années de scolarisation aux mères. Il faut tenir compte du fait qu'un grand nombre de filles ne connaissent qu'une scolarisation rudimentaire et que beaucoup d'argent est consacré, avec une efficacité très réduite, à scolariser des enfants qui seront évacués du système scolaire après trois ou quatre ans. Ne pourrait-on concevoir des programmes d'éducation sanitaire, destinés à des enfants en début de scolarité, qui assureraient à ces scolarités suivies d'abandon ou d'échec un minimum d'efficacité en termes de santé ? Cela renvoie encore une fois à une étude des contenus des messages, de leur adaptation à une population ciblée, de leur adéquation au contexte culturel, afin qu'ils puissent aisément être intégrés dans les connaissances acquises par les enfants.

8.4. LES PROBLEMES DE COMMUNICATION SUR LA SANTE

Dans le contexte africain, ils sont très mal identifiés. A partir d'études sur des programmes de sensibilisation déjà réalisés, il faudrait préciser les objectifs à atteindre par de telles campagnes et évaluer l'impact :

- de la teneur des messages, y compris la langue de communication,
- de la qualité des personnels chargés de la communication,
- de l'importance des caractéristiques collectives de la communauté qui reçoit les messages,
- du lieu et des moments où les messages ont la meilleure probabilité d'être accueillis et entendus,
- des caractéristiques individuelles de ceux qui reçoivent les messages,
- des mécanismes de "surdétermination" des informations qui déclenchent l'adoption de nouvelles représentations.

Une approche comparative, à partir d'études identiques dans des communautés culturellement différentes serait nécessaire, en ce domaine.

8.5. PRISE DE DECISION DANS LES MENAGES EN MATIERE DE SANTE

Les mécanismes de décision devraient être analysés dans le contexte des sociétés en changement. CALDWELL (1979), dans son article fondamental sur la relation entre l'éducation de la mère et la santé des enfants a mis l'accent sur ces processus de décision. L'instruction de la mère jouerait un rôle, non pas seulement par l'accroissement du stock de connaissances sur la santé, mais surtout en donnant à la mère un statut plus favorable au sein de la famille, statut qui lui permet de mieux "négocier" l'affectation des ressources de la famille à la survie de ses enfants. En dehors de ce facteur important qu'est l'éducation, quels sont les facteurs qui concourent à la prise de décision des soins au sein des ménages ? Qui a pouvoir d'engager des dépenses pour soigner un enfant, une mère ? Qui oriente la demande thérapeutique vers tel ou tel type de soins (herboristes, devins, médecins) ?

8.6. LES INEGALITES SOCIALES DEVANT LA SANTE

Examinant trois pays pauvres qui ont dans les 30 dernières années réalisé des progrès spectaculaires dans le domaine de la mortalité CALDWELL (1986) conclut que l'un des facteurs déterminants de ces progrès a été l'idéal d'égalité promu à travers des choix politiques. NAG (1989) parvient à la même conclusion en comparant le Kerala et le Punjab.

Si la solidarité au sein des communautés est une règle d'or des comportements en Afrique, l'idéologie égalitaire y trouve peu d'écho. Le plus souvent les sociétés sont fondées sur des relations très hiérarchisées où chacun dans son lignage a un statut défini en termes de dépendance à l'égard des plus anciens et d'autorité envers les plus jeunes. Des relations hiérarchisées existent aussi entre clans, groupes ethniques. L'accès aux soins, parfois même l'accès à la nourriture, dépendent de la position de chacun dans les hiérarchies familiales. Il y a là un champ d'étude qui reste à peu près inexploré en Afrique.

Les inégalités au niveau macro-social sont peut-être encore plus criantes. Il y a des groupes sociaux importants qui sont totalement laissés pour compte dans les efforts d'amélioration de la santé. Quels sont ces groupes défavorisés qui paient un tribut particulièrement lourd à la

mortalité infantile et maternelle et que faire pour combattre les très fortes inégalités sociales que la crise économique ne fait qu'aggraver ?

Il y a là une place importante à réserver pour la recherche opérationnelle à partir des expériences réussies de médecine communautaire, générées et contrôlées par des communautés villageoises ou de quartier (par exemple Pikine au Sénégal en milieu urbain, Tokombéré au Cameroun en milieu rural, etc.).

8.7. ORGANISATION ET STATUT DES INSTITUTIONS DE SANTE

Les superstructures étatiques, les institutions sanitaires développent une "culture de la santé" qui s'inspire largement du contexte international de la médecine moderne, mais qui est aussi tributaire du contexte culturel africain. Il faut étudier les traits dominants de cette culture, dans différents pays par exemple. Quel est le rapport entre la priorité idéologique accordée à la santé dans les instances politiques et la priorité économique ou financière ?

Quels sont les rouages de décision des priorités ? Quel est le degré d'autonomie de telle ou telle infrastructure sanitaire (hôpital, maternité, dispensaire) par rapport aux instances étatiques ? Quels sont les systèmes d'information retenus pour guider les politiques de santé ? Des études comparatives permettraient probablement d'identifier les systèmes organisationnels les plus performants en termes de lutte contre la mortalité.

8.8. COMPORTEMENTS SEXUELS ET LUTTE CONTRE LE SIDA

Les études sur ce thème sont d'ores et déjà prioritaires étant donné le rôle bien identifié de la fréquence des rapports sexuels avec des partenaires multiples comme facteur de risque dans la transmission du virus. Un programme en ce sens existe déjà à l'initiative de l'OMS.

8.9. DEMARCHES METHODOLOGIQUES PRIVILEGIEES

Pour identifier l'effet des facteurs culturels et sociaux sur la santé, il faut résolument tabler sur des études comparatives menées en parallèle dans des groupes sociaux différents pour pouvoir isoler l'effet des variables communautaires, culturelles sur tel ou tel aspect de la santé.

Jusqu'à présent les "variables communautaires" figurent à l'état de parents pauvres dans les protocoles d'enquête, consacrés essentiellement à la collecte de données individuelles. On a besoin de nouveaux protocoles incluant systématiquement une description des variables communautaires agissant non seulement sur l'équipement sanitaire de la communauté mais aussi sur la structure sociale, sur les normes d'hygiène, de nutrition qui y sont privilégiés.

De véritables plans d'expérience visant à expliquer des différences de mortalité entre différentes communautés ou groupes sociaux pourraient être conçus.

Des différences de mortalité entre des communautés ayant apparemment des caractéristiques voisines et vivant dans le même milieu écologique doivent susciter des recherches anthropologiques fines pour comprendre la raison de ces différences.

VUE D'ENSEMBLE

Les facteurs sociaux et culturels affectent la santé à trois niveaux différents : micro-social, macro-social et individuel.

Au niveau macro-social, c'est à dire dans l'ensemble socio politique où sont définies les actions de santé, le stock des connaissances communément partagées, les choix culturels et le type d'organisation sociale jouent un rôle privilégié dans les choix d'implantations d'infrastructures sanitaires, les arbitrages budgétaires pour la santé, les structures de distribution des médicaments, les priorités affectées à divers programmes spécifiques d'intervention, l'efficacité des systèmes d'alerte.

Au niveau micro-social, c'est à dire dans la communauté où sont prises les décisions quotidiennes qui concourent à la santé, différents facteurs interviennent :

- . le type d'organisation collective pour la prise de décision,
- . le type de production alimentaire et la répartition des temps de travaux,
- . les coutumes régissant la répartition des biens produits (ressources alimentaires ou revenus monétaires pour contribuer à la santé),
- . les représentations de la santé qui déterminent le partage des soins entre tradi-praticiens et médecine moderne,
- . les pratiques concernant l'hygiène dans les ménages et dans la communauté (gestion de l'eau et des déchets).

Au niveau individuel, on doit étudier :

- . les représentations auxquelles adhèrent les individus en matière de santé,
- . les rôles qui leur sont assignés dans les décisions de santé et notamment l'autonomie de décision dont ils disposent par rapport aux instances familiales,
- . les connaissances qu'ils peuvent utiliser pour améliorer leur santé et celle de leur entourage, pour admettre ou provoquer l'innovation. Les quelques études que nous avons citées montrent l'ampleur des besoins pour tenter de préciser comment, en Afrique de l'Ouest, les facteurs mentionnés ci-dessus s'inscrivent dans la chaîne des déterminants de la santé.

Les recherches qui pourraient y contribuer devraient explorer, en priorité, certains domaines :

- la santé de la reproduction,
- les techniques nutritionnelles des enfants,
- la conception et la transmission des messages pour l'information sanitaire,
- la sociologie des institutions sanitaires,

- les processus de décisions en matière de santé au niveau individuel, familial et communautaire, politique.

Leurs résultats devraient conduire, dans chaque contexte culturel :

- à mettre au point une information statistique adéquate pour identifier les catégories de population qui couvrent des risques spécifiques (jeunes mères célibataires, et leurs enfants, enfants confiés, familles migrantes dans des zones urbaines insalubres, etc.) et qui doivent recevoir une attention particulière ;
- à sélectionner, au niveau le plus quotidien des relations entre adultes et enfants, quelles sont, parmi les habitudes nutritionnelles d'hygiène et de surveillance recommandées culturellement, celles qui sont les plus favorables à la préservation de la santé ;
- à déterminer comment les trop faibles moyens disponibles pour améliorer la santé pourraient être optimisés par une allocation ciblée des ressources et une information pertinente de la population compte tenu de son savoir.

Les exemples que nous avons traités confirment l'importance primordiale des facteurs socio-culturels sur la santé, à côté des facteurs physiques et des facteurs économiques plus ou moins maîtrisables, indépendamment de l'action médicale. Ils situent le rôle de la médecine traditionnelle, ses ressources et ses limites, celui des comportements individuels et des choix collectifs des sociétés dans la lutte pour la santé.

L'amélioration de la santé et la baisse de la mortalité, pour une grande partie des pays en développement, et en particulier l'ouest africain qui présente des niveaux de mortalité parmi les plus élevés du monde, dépend moins de nouvelles découvertes de nature médicale, que de l'application des connaissances déjà acquises. Ceci demande un rééquilibrage de l'orientation des recherches vers l'épidémiologie, l'étude de l'efficacité des systèmes de santé, et de l'anthropologie médicale.

REFERENCES

- AABY P., COOVADIA H., BUKH J., LISSE I.M., SMITS A.J., WESLEY A., KIEPALA P., 1985. Severe measles : A reappraisal of the role of nutrition, overcrowding and virus dose. *Med. Hypth.*, 18, 93-112.
- AKOTO E., TABUTIN D., 1987. Inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort en Afrique au Sud du Sahara. IUSSP Seminar on Mortality and Society in Sub-Saharan Africa, Yaoundé.
- AMAT C., 1888. *Le M'zab et les M'zabites*. Paris, Challamel. p. 277. Quoted by CABOT BRIGGS, 1958.
- BARREL R.A.E., ROWLAND M.G.M., 1979. Infant foods as a potential source of diarrhoeal illness in rural West Africa. *Trans. Royal Society of Trop. Med. and Hygiene*, (73).
- BARROUX X., LETAC R., 1953. Le retournement vésical dans le traitement des fistules vésico-vaginales africaines. *Bull. Méd. AOF*, 10, 235-250.
- BARTH, 1857. *Travels and discoveries in North and Central Africa*. 2nd ed. London, Longman, vol 1, p. 425. Quoted by CABOT BRIGGS, 1958.
- BEGHIN I., CAP M., DUJARDIN B., 1988. *Nutrition Assessment Guide*. W.H.O., Geneva.
- BLEDSOE C.H., GAGE A., 1987. Child Fostering and Child Mortality in Sub-Saharan Africa : Some preliminary questions and answers. IUSSP Seminar on Mortality and Society in Sub-Saharan Africa, Yaoundé.
- BLEDSOE C.H., HIRSCHMAN H.K., 1989. Case studies of mortality : Anthropological Contributions. Paper presented to the 21st general conference of the IUSSP, New-Delhi, India.
- BOHOUSSOU K.M., ANONGBA S., DJANHAN Y., BONI S., BLE B., SANGA RET M.A., 1986. Complications gynécologiques médicales et obstétricales de l'excision rituelle. *Afr. Méd.*, n° 239, 160-162.
- BRISCOE J., 1984. *Technology and Child Survival : the Example of Sanitary Engineering*. *Population and Development Review*, vol. 10 supp.
- BULLEY M., 1984. Early childhood marriage and female circumcision in Ghana. *In Report on a Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children in Africa*. Dakar, Senegal, Ministry of Public Health and NGO Working group on Traditional Pratices Affecting the Health of Women and Children. 211-214.
- CABOT BRIGGS, 1958. *The living races of the Sahara desert*. Peabody Museum, Cambridge, Mass., 217 p.
- CALDWELL J.C., 1979. Education as a factor in mortality decline : An examination of Nigeria data. *Population Studies*, 33.
- CALDWELL J.C., 1986. Routes to low Mortality in Poor Countries. *Population and Development Review*, 12, (2).
- CANTRELLE P., NDOYE T., 1959. L'état de santé de la population. Mission Socio-Economique du Fleuve Sénégal (MISOES), Dakar.

CANTRELLE P., 1980. Mortalité infanto-juvénile d'hivernage dans le Sine-Saloum. *Environnement Africain*, vol IV, n° 14-16, 413-428.

CARO BAROJA J., 1955. Estudios Saharianos. Madrid, Instituto de Estudios Africanos. p. 276. Quoted by CABOT BRIGGS, 1958.

CARTRY M., 1966. Clans, lignages et groupements familiaux chez les Gourmantché de la région de Diapaga. *L'Homme*, p. 71.

CHOJNACKA M., ADEGBOLA O., 1984. The determinants of infant and child morbidity in Lagos, Nigeria. *Social Science & Medicine*, 19, (8).

CLELAND J., VAN GINNEKEN J., 1987. The effect of maternal schooling on childhood mortality : the search for an explanation. Conference on health interventions and mortality change in developing countries, The University of Sheffield.

DACKAM NGATCHOU R., 1987. Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale, Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne.

DETTWYLER K.A., 1986. Infant feeding in Mali, West Africa Variations in belief and practice. *Social Science & Medicine*, vol. 23, n° 7.

DETTWYLER K.A., 1987. Breast feeding and weaning in Mali : Cultural context and hard data. *Social Science & Medicine*, vol. 24, n° 8.

DOROLLE P., 1953. Ethnologie et problèmes sanitaires. *Rev. Intern. de la Croix Rouge*, avril.

DOZON J.P., 1987. Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. In Politiques de Santé. *Politique Africaine*, n° 28.

ELLIS R.W.B., 1950. Age of puberty in the tropics. *British Medical Journal*, pp. 85-89.

EPELBOIN A., 1981. Selles et urines, chez les Fulbe bande du Sénégal oriental. Un aspect particulier de l'ethnomédecine. *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, vol. XVIII, n° 4.

FAISANG S., 1981. La cure comme mythe : Le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples ouest-africains. *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, vol. XVIII, n° 4.

FAISANG S., 1986. L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina. Paris, L'Harmattan.

FASSIN D., 1986. "La bonne mère" : pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes Haalpulaaren du Sénégal. *Social Sciences & Med.*, vol 23, n° 11, 1121-1129.

FOLEY H., 1930. Moeurs et médecine des Touareg de l'Ahaggar. *Arch. Inst. Pasteur Algérie*, vol. 8, n° 2, p. 62. Cité par CABOT BRIGGS, 1958.

FONTAINE O., GARENNE M., MAIRE B., SCHNEIDER D., 1985. Epidemiology of an outbreak of cholera in Senegal (West Africa) in 1985 : modes of transmission and mortality. ORSTOM, Dakar.

FOSU G.B., 1981. Disease classification in rural Ghana : framework and implications for health behaviour. *Social Sciences & Med.*, vol. 15B, 471-482.

GARENNE M., CANTRELLE P., 1986. Rougeole et mortalité au Sénégal. Etude de l'impact de la vaccination effectuée à Khombole 1965-1968 sur la survie des enfants. *In* Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement. Séminaire INSERM, Paris, vol. 145, 515-532.

GARENNE M., LEROY O., BEAU J.P., FONTAINE O., SAMB B., YAM A., 1989. Verbal autopsy in Senegal : a 6 years experience. Seminar on verbal autopsies. The Johns Hopkins University, Baltimore, March 1989.

GARENNE M., MAIRE B., FONTAINE O., DIENG K., BRIEND A., 1987. Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire. ORSTOM, ORANA, Dakar.

GOLDBERG H., FRIEDMAN J., MBODJ F., SOW A., 1984. Sine-Saloum Family Health Survey 1982. Final report. Projet de santé rurale, Kaolack et USAID, Dakar.

GREENOUGH, 1980. Variolation and vaccination in South Asia, 1700-1865 : a preliminary note. *Soc. Sc. & Med.*, 14D, 345-347.

GULLAUME A., REY S., 1988. L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé. Congrès Africain de Population, UIESP, Dakar.

GYEPI-GARBRAH B., 1985. Adolescent fertility in Nigeria. Boston, Mass. Pathfinder Fund, 69, 6 p.

GYEPI-GARBRAH B., 1987. Some implications of early childbearing in Ghana. Legon, University of Ghana, Dept. of Geography, Population Impact Project. 8p.

HIELSCHER S., SOMMERFELD J., 1985. Concept of illness and the utilisation of Health-care services in a rural Malian village. *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 4.

HILL A., RANDALL S., 1984. Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali. *Population*, n° 6.

THE HOSKEN REPORT, 1982. Genital and sexual mutilation of females. 3rd rev.ed.. Lexington, Massachusetts, Womens's International Network News, Nov. 338 p.

IMPERATO P.J., 1975. Attitudes traditionnelles envers la rougeole au Mali. *Afrique Médicale*, 14, n°133, 695-706.

IMPERATO J., SOW O., FOFANA B., 1972. La variole en République du Mali. *Afrique Médicale*, n° 105, 983-994.

IMPERATO P., TRAORE D., 1979, Traditional beliefs about measles in African therapeutic systems, ed. by Z. Ademu Wagon Waltham, Mass. : Crossroads Press.

JEAN-BART A., 1985. Running wild in Dakar. *People*, 12, (1), 18-19.

JEANNES M.B., 1988. Approche historique d'une maladie uni verselle : la rougeole en Afrique occidentale de langue française, au XXème siècle. Université Paris 1, Centre de Recherches Africaines, 153 p.

JINADU M.K., OSOFEITIMI E.O., OSIFOR E.O., 1987. Feeding patterns of children with protein-energy malnutrition in Nigeria. *Tropical Doctor*, April 16 (2).

KARGBO TK., 1984. The problem of female circumcision in obstetrics and gynaecology in Sierra Leone. *In* Report on a Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women

and Children in Africa. Dakar, Senegal, Ministry of Public Health and NGO Working group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, 109-115.

KHAN M., 1982. Interruption of Shigellosis by hand washing. *Transaction of the Royal Society of Tropical Hygiene*, 76.

KOSO-THOMAS O., 1987. The circumcision of women : a strategy for eradication. London, Zed Books, 109 p

LOCOH T., GBENYON K., 1989. Différences de mortalité selon le sexe dans l'enfance en Afrique au Sud du Sahara. In G.PISON ed., *Mortalité et Société en Afrique au Sud du Sahara*, INED, Paris.

MACLEAN V., 1974. *Magical Medicine : A Nigerian Case Study*. London, Penguin.

MBACKE C., VAN DE WALLE E., 1987. Socio-economic factors and access to health services as determinants of child mortality. IUSSP Seminar on Mortality and Society in Sub-Saharan Africa, Yaoundé.

MEYER FORTES, 1953. Parenté et mariage chez les Ashanti. In RADCLIFF-BROWN, *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique*. PUF, Paris, 512 p.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA STATISTIQUE, DIVISION DES ENQUETES ET DE LA DEMOGRAPHIE, 1988. Enquête Démographique et de Santé au Sénégal, 1986.

MIRGOT R., RAVEL J.L., 1970. Contribution à la problématique de l'action sanitaire (expérience sénégalaise en milieu rural). *Psychopathologie Africaine*, VI, 1, 9-52.

MONTEIL C., 1966. Fin de siècle à Médine (1898-1899). *Bull. IFAN*, 28, série B, 82-172.

MORGAN R., 1969. Attitudes towards smallpox and measles in Nigeria. *Inter. J. of Health Education*, XII, 2, 77-85.

MORLEY D.C., 1961. Measles in a Nigerian community. *West African Medical Journal*, X, 246-253.

MURAZ G., 1926. *Vocabulaire Tourkar*, Sara. Lavauzelle, Paris

NGANGA J.L., BASSOUMBA B., 1989. Un certain regard sur la pathologie herniaire, aspects cliniques et sociaux. *Afrique Médicale*, n° 270, 43-47.

NIEBURG P., DIBLEY M., 1986. Risk factors for fatal measles infections. *Inter. J. of Epidemiology*, vol. 15, n° 3, 309-311.

ODEBIYI A.I., 1985. Child-bearing practices among nursing mothers in Ile-Ife, Nigeria. *Child Care, Health and Development*, 11, (5), 325-335.

ODUNTAN O., ONADEKO M., 1984. Female circumcision in Nigeria. In Report on a Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children in Africa. Dakar, Senegal, Ministry of Public Health and NGO Working group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Childre, 98-108.

ORUBULOYE I.O., CALDWELL J.C., 1975. The Impact of Public Health Services on Mortality : A Study of Mortality Differentials in a Rural Area of Nigeria. *Population Studies*, 29.

OWUAMANAM D., 1985. Sexual activities of school-going adolescents in Nigeria. *Adolescence*, Spring, 17, (65), 81-87.

PAPIERNIK E., 1988. La réduction de la mortalité maternelle. Analyse historique. In Séminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. CIE, Paris, 39-68.

RAS-WORK B., 1984. Female circumcision : proposals for eradication. In Report on a Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children in Africa. Dakar, Senegal, Ministry of Public Health and NGO Working Group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, 71-82.

RENAUD R., BOURY-HEYLER C., SANGARET M., et al., 1968. Les conséquences gynécologiques et obstétricales de l'excision rituelle. *Revue Médicale de Côte d'Ivoire*, n° 9, 11-14.

REY S., 1989. Entre avec la fraîcheur dans la maison. Schémas de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformation des milieux en pays Moba-Gourma (Nord-Togo). Thèse de Doctorat, Université de Provence, Marseille.

SARRATH H., 1974a. Infections génitales féminines à Dakar. *Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Franç.*, XIX, (1), 29-32.

STRAGIOTTI A., 1989. L'accès aux soins dans une zone rurale du Sénégal. ORSTOM, Dakar.

SY I., 1967. Etude de la rougeole en milieu rural sénégalais. Thèse de la Faculté de Médecine de Dakar.

TOURE B.M.B., 1977. Les prolapsus génitaux. *Afrique Médicale*, 16, (146), 21-22.

UNITED NATIONS, 1985. Socio economic differentials in child mortality in developing countries. Department of International Economic and Social Affairs, New-York.

UNITED NATIONS, 1988. First marriage : Patterns and determinants. Dep. of International Economic and Social Affairs, New-York.

WARE H., 1984. Effects of Maternal Education, Women's Roles and Child Care on Child Mortality. *Population and Development Review*, vol. 10, supp.

LES DOSSIERS DU CEPED

La collection des *Dossiers du CEPED* est une collection de "documents de travail" destinée à accueillir des articles scientifiques se rapportant au domaine de la population et du développement.

Aucune condition n'est posée quant à l'origine ou l'organisme d'appartenance des auteurs. *Les Dossiers du CEPED* sont prévus pour une diffusion limitée mais rapide et "ciblée", en fonction du sujet traité. Ces articles ont vocation à être publiés également, en totalité ou en partie, sous la même forme ou sous une forme modifiée, dans des revues internationales. Aucune autorisation préalable n'est donc à demander au CEPED pour une nouvelle publication.

Les auteurs intéressés sont invités à envoyer au CEPED un texte, rédigé en français, de 15 à 50 pages dactylographiées sur papier blanc 21 x 29,7 cm, marges de 2,5 cm sur le pourtour, prêtes à être reproduites telles quelles (bonne qualité d'impression et taille des caractères suffisante pour une réduction à 16 x 24 cm). Il est souhaité que la pagination figure en haut (numéros impairs sur la droite, numéros pairs sur la gauche). En tête de l'article, après la page de titre, doit obligatoirement figurer un résumé en français accompagné des mots-clés, ainsi que la traduction du titre, du résumé et des mots-clés en anglais. Si l'article concerne un pays ni francophone, ni anglophone, il est souhaitable de faire figurer également les mêmes éléments dans la langue du pays. L'envoi simultané d'une disquette enregistrée sur traitement de texte, avec les précisions techniques nécessaires, est souhaité mais non obligatoire. Les auteurs conservent la responsabilité de la présentation et du contenu du texte qu'ils ont envoyé.

Le projet d'article reçu est soumis à deux lecteurs, intérieurs ou extérieurs au CEPED. Celui-ci peut en conséquence l'accepter ou le rejeter pour des raisons de forme ou de fond, ou encore demander des modifications. Il se réserve la possibilité d'effectuer lui-même des corrections de forme, ainsi que le regroupement de plusieurs articles dans le même numéro des *Dossiers*. Les matériaux reçus ne sont pas renvoyés à leurs auteurs, qui sont donc invités à en conserver le double.

Chaque auteur recevra 25 exemplaires du numéro contenant son (ou ses) article(s), s'il y a un seul auteur et 15 exemplaires par auteur s'il y en a plusieurs.

Les présentes instructions remplacent celles qui ont pu paraître antérieurement. Elles sont réputées être modifiables à tout moment en fonction des nécessités nouvelles.

PARU PRECEDEMMENT DANS LES DOSSIERS DU CEPED

N° 1 - CLAIRIN (Rémy), GENDREAU (Francis) - 1988 - La connaissance des effectifs de population en Afrique. Bilan et évaluation. Hommage à Rémy Clairin.

N° 2 - GUBRY (Patrick), Mpembele SALA DIAKANDA - 1988 - Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances.

N° 3 - LOCOH (Thérèse) - 1988 - La fécondité en Afrique Noire : un progrès rapide des connaissances, mais un avenir encore difficile à discerner.

N° 4 - CHASTELAND (Jean-Claude) - 1988 - Etat et besoins de la recherche démographique dans la perspective des recommandations de la conférence de Mexico et de ses réunions préparatoires.

N° 5 - GUBRY (Patrick) - 1988 - Rétention de la population et développement en milieu rural : A l'écoute des paysans mafa des monts Mandara (Cameroun).

N° 6 - LOCOH (Thérèse) - 1989 - Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo.

N° 7 - GENDREAU (Francis), CANTRELLE (Pierre) - 1989 - Prospective des déséquilibres mondiaux. Démographie et santé.

N° 8 - LE CHAU, Jean PAPAIL - 1989 - Transformations agraires et mobilités de la main-d'oeuvre dans la région Nord-Andine de l'Equateur.

N° 9 - VERON (Jacques) - 1989 - Eléments du débat Population Développement.

Composition : CEPED

**Reproduit par INSTAPRINT S.A.
1, levée de la Loire - LA RICHE
B.P. 5927 - 37 059 TOURS Cedex
Tél. : 47 38 16 04**

Dépôt légal 1er trimestre 1990



CEPED
15, rue de l'École de Médecine
75270 PARIS Cedex 06
Tél. : (1) 46 33 99 41

Photo de couverture : écorce battue,
art Mangbetu (Zaire oriental).
Reproduit avec l'aimable autorisation
du Musée Royal de l'Afrique Centrale
(Tervuren, Belgique).
Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM

