



Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel

Yannick Jaffré
Anthropologue,
Shadyc, École
des hautes
études en
sciences
sociales

Faire de la prévention ou du soin dans les pays défavorisés nécessite de s'intéresser aux pratiques, comportements et représentations des populations.

Dans le domaine sanitaire, et notamment dans les pays les plus défavorisés, plusieurs raisons incitent, voire obligent, à s'intéresser aux conduites et aux représentations des populations.

Tout d'abord, dans ces pays où les principales causes de mortalité sont le paludisme, les malnutritions, les diarrhées et le sida, globalement, les actions préventives « de base » reposent sur une modification de divers comportements sociaux, allant de l'hygiène aux pratiques alimentaires et amoureuses.

Par ailleurs, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi très largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économique à l'interprétation populaire de la maladie.

Plus encore, le choix des recours thérapeutiques – dispensaire, guérisseur, marabout, etc. – s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées.

Enfin, les interactions entre les soignants et les soignés ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées sans tenir compte des identités sociales des acteurs qui y sont impliqués. Bref, pour le dire fort banalement, on ne peut faire de santé publique sans connaître les « publics » des actions de santé, sans comprendre leurs conduites, ou sans s'interroger sur leurs pratiques sanitaires.

L'anthropologie s'introduit ainsi dans la santé publique, par une lapalissade. Mais souligner une évidence est bien insuffisant. C'est pourquoi nous illustrerons maintenant de manière précise, par quelques exemples pris dans des pays sahéliens, l'importance de ces aspects qualitatifs pour l'analyse d'une situation socio-sanitaire et l'amélioration de l'offre de santé. Sans espérer être exhaustif dans le cadre d'un si bref article, nous attacherons aussi, sur trois points précis – la compréhension des conduites sociales ayant un impact sur la santé, l'accès au service de santé

et les conduites des personnels de santé –, à montrer la variété des données socioculturelles, qu'il est indispensable de connaître si l'on souhaite améliorer durablement l'offre de santé.

Conduites sociales et prévention

Au Mali, selon l'annuaire statistique édité par la division épidémiologique, 6 % des consultations ont pour motif une maladie de peau, et sur une grande partie du territoire, la gale semble endémique. Face à cette situation, à juste raison médicale, la santé publique insiste sur l'importance de respecter diverses normes d'hygiène, collective, familiale et individuelle. Elle relève par exemple, dans la gestion communautaire, l'absence de ramassage des ordures ménagères, de collecte des eaux usées, du péril fécal, et souligne plus précisément encore, que « la promiscuité » (partage de la même literie, surpeuplement des concessions) semble déterminante dans la transmission de la gale, mais également des pyodermites, teignes et pédiculoses. On l'aura aisément compris, l'action sanitaire est ici dépendante de l'instauration d'un dialogue avec les populations concernées. Et, puisqu'on ne peut dialoguer avec un autre sans comprendre son point de vue et les logiques comportementales qui expliquent ses actes, dans ce domaine sanitaire, la réalisation des objectifs préventifs implique d'analyser les conduites et les modes de vie des populations de compléter l'indispensable quantification épidémiologique des pathologies et des comportements « à risque », par l'étude des significations que leur accordent leurs auteurs. Si l'autre n'a pas toujours raison de faire ce qu'il fait, sans doute ne le fait-il pas cependant sans raisons ?

Mais poursuivons. S'attachant à des questions d'hygiène individuelle et collective, les conseils sanitaires évoquent d'implicites distinctions entre ce qui relève du « souillé », du « sale » ou du « propre ». Or, chaque culture – voire parfois chaque sous-groupe social – discrimine spécifiquement des notions susceptibles d'être traduites par les termes de pollution, souillure ou impureté. Il est donc indispensable, si l'on souhaite être compris par son interlocuteur, de circonscrire les significations de ces termes selon les sociétés et leurs croyances. Par exemple, au Mali, en milieu rural Bambara, les populations établissent une distinction entre ce qui relève de la « saleté » : *nògò* (*saniya b'a la*, lit. c'est une affaire de propriété) et d'une certaine forme de « souillure », *nyama* (*fen juguba b'a la*, lit. c'est une affaire de « chose » mauvaise). Cette distinction sémanti-

que dans le continuum de la « nuisance » permet d'appréhender le sens vécu de certaines pratiques ayant des implications sanitaires. Par exemple, certains espaces religieux sont nettoyés avec soin, puisque la présence d'ordures sur les voies conduisant à la mosquée s'opposerait à l'indispensable pureté de l'orant. Par contre, en d'autres lieux, le décor change, puisque certaines déjections animales peuvent être considérées comme des signes de richesse, attestant de la réussite d'un éleveur. De même, à l'intérieur des concessions, les selles des enfants, tant qu'elles ne sont pas « moulées », ne produisent pas de dégoût, et ne sont traitées que par un rapide balayage, voire parfois utilisées pour enduire les dents et les gencives de personnes souffrant de caries. Dans d'autres circonstances, il sera recommandé aux hommes de ne pas trop se laver afin de ne pas amoindrir la « force » des produits supposés les protéger d'éventuelles attaques sorcières, etc.

On comprend aisément que les représentations sociales du propre et du sale correspondent ainsi à des formes précises d'organisation sociale, et jouent, très globalement, le rôle de cadres conceptuels induisant et conférant un sens à diverses pratiques.

Mais ces questions ne concernent pas que le domaine des actions préventives. Ce type d'interférences, entre de nécessaires mesures médicales et des habitudes sociales, est aussi particulièrement important lorsque la prise en charge de ces affections dermatologiques (gale, impétigo, etc.) implique d'associer des traitements individuels et des mesures collectives. Pour nous limiter à évoquer une seule de ces difficultés, soulignons l'écart entre l'apparente simplicité d'un objectif comme « réduire la promiscuité » et ce que les pratiques de couchage et de résidence engagent et reflètent comme liens sociaux, allant de la socialisation de l'enfant à la définition de liens de parenté, définissant une place pour chacun en fonction de son sexe, de son âge, de son statut.

Il ne s'agit là que d'un exemple. Mais, remarquons seulement qu'en dehors de quelques « propositions techniques » comme les vaccinations, les objectifs des programmes de prévention, consistent à modifier des pratiques sociales (alimentation, hygiène, sexualité,...) qui, bien qu'ayant un impact sur la santé, sont vécues selon d'autres finalités (gustatives, propitiatoires, ludiques,...) par tout un chacun. Autrement dit, les principaux déterminants de santé sont enchâssés dans des représentations et des conduites sociales.



© Médecins du monde. Photo AICF

Représentation de la maladie et accès au système de santé

Nous prendrons maintenant un exemple dans le domaine pédiatrique. La fontanelle, espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, et qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance, ne se manifeste vraiment qu'en deux occasions. Lorsqu'elle est bombée, elle peut signaler une méningite, lorsqu'elle est déprimée, une déshydratation. D'un point de vue épidémiologique, dans toute l'aire sahéenne, la forte prévalence de ces deux affections rend, malheureusement, ces symptômes courants.

Mais si, pour la médecine, il s'agit de signes, cette dépression est interprétée par les populations comme étant une maladie à part entière. Au Niger, en population Zarma, cette pathologie ressentie se nomme *longo* ou *longiya*, et est attribuée à diverses causes dont une mauvaise qualité du lait ou un contact avec un autre enfant malade. Plus à l'Est, en pays Haousa, cette « maladie » se nomme *madiga*. On lui suppose plusieurs causes dont principalement une souffrance

foetale liée à un long travail d'accouchement ou une autre pathologie caractérisée par des diarrhées et des vomissements. À l'ouest du Burkina Faso, cette même entité se nomme *nunan*, et serait principalement causée par un sevrage trop brutal. Enfin au Mali, en pays Bambara, deux termes, *ngunan jigín*, et *nagalo* (lit. palais) désignent la fontanelle et sa dépression.

Dans l'ensemble de ces populations, les traitements engagés consistent en une relation directe entre un symptôme et un geste thérapeutique simple. Si les substances diffèrent, pour toutes ces populations, les soins consistent à masquer la marque de la maladie en comblant la dépression observée grâce à un amalgame de divers produits. Cette pathologie ne suscite aucune recherche thérapeutique ou étiologique spécifique et globalement ces remèdes, qui sont l'apanage des vieilles, supposées être proches des enfants, s'accordent simplement au plus visible de la maladie.

Il en découle que les populations n'envoient pas, tout au moins en première intention, les enfants au dispensaire, où l'action thérapeutique s'applique sur les risques de déshydratation et non pas sur le symptôme lui-même. D'un côté se conjuguent l'évidence du symptôme et le traitement populaire (dépression et comblement de la fontanelle) ; de l'autre, se trouve la difficulté de l'interprétation du traitement médical : comment, en effet, relier le symptôme à une déshydratation et, éventuellement, à un traitement au long cours d'une malnutrition ?

Bien que discrète, cette représentation populaire n'est pas sans conséquences sanitaires. En effet, dans des zones rurales des pays de l'Afrique subsaharienne où moins de 40 % de la population a accès à de l'eau potable, les diarrhées sont une des principales causes de mortalité infantile. Au Mali, par exemple, où 125 à 200 enfants pour mille naissances vivantes meurent avant l'âge d'un an, et environ 250 à 350 pour mille décèdent entre 0 et 5 ans, les diarrhées représentent près de 15 % des causes de mortalité infantile et 28 % des consultations pédiatriques. Plus spécifiquement, dans le service de pédiatrie de l'hôpital national de référence de Bamako, cette pathologie est à l'origine d'environ 15 % de la totalité des décès.

Facteur de risque silencieux, dans sa simplicité, « la maladie de la fontanelle » explique, tout au moins en partie, l'insuffisante utilisation des méthodes de réhydratation orale et un accès trop tardif aux services de santé.

Interactions entre soignants et soignés

Mais l'importance de ces données culturelles ne concerne pas uniquement les populations. Elle s'applique aussi aux personnels de santé. En effet, et nous ne prendrons ici encore qu'un seul exemple, la qualité de nombreuses pratiques de soins dépend certes de la maîtrise par les professionnels de santé de compétences strictement techniques, mais aussi de facteurs sociaux déterminant les modalités de leurs rapports aux malades.

Par exemple, au Mali, en pays bambara, les connotations affectives du dialogue sont très fortement liées aux statuts des interlocuteurs et à leurs réciproques inclusions dans diverses sphères sociales. Au plus proche se trouvent ceux qui appartiennent à la parenté (*sòmògòya* et *balimaya* : filiation et alliance). Ces liens affectifs et sociaux, internes à la parentèle sont vécus comme naturels et relevant de l'ordre du devoir. Viennent ensuite les relations d'amitiés (*teriya*), de voisinage (*siginyòngònya*) et de « promotion », puis les connaissances (*dònbagaya*), et, enfin ceux dont on s'occupe (*ne ka mògòw*, lit. mes gens), d'autant plus... qu'ils sont porteurs de signes de prestige social : riches vêtements, professions utiles, etc. En dehors de ces liens sociaux, si tout inconnu peut éventuellement bénéficier de pitié ou de respect, il s'expose cependant, puisqu'« il n'est personne » (*karisa ne fòsi tè*, lit. celui-là ne m'est rien), à toutes les formes de violence. Bref, pour le dire fort simplement, la qualité de l'accueil et des soins est corrélée aux statuts sociaux des malades plus qu'à une compassion selon la gravité des cas ou des souffrances endurées.

L'utilité des données qualitatives

Il est évidemment impossible de décrire les pratiques ayant une influence sur les états de santé, les modalités d'accès aux services, ou la qualité des interactions entre populations et soignants, sans comprendre le sens que les acteurs attribuent à leurs actes.

Pour ce faire, il faut certes disposer d'outils d'analyse permettant de décrire des représentations des maladies, mais aussi comprendre les interactions et les rapports de pouvoir s'installant entre équipes de soin et malades. Il faut surtout globalement accepter de passer des questions que l'on se pose, aux questions que l'autre se pose, autrement et « plus politiquement » dit, considérer les populations comme des acteurs essentiels de leur propre santé. ■