



DRAFT



Photo : Valérie Dupont

CADRE DE REFERENCE

Projet transversal AS- DSC *
Médecins du Monde

*** Accès aux soins &
déterminants socioculturels.**



DRAFT



CADRE DE REFERENCE

Rédigé par Magali Bouchon, anthropologue consultante
au STAO, sous la direction du groupe de travail AS-
DSC.



DRAFT

Sommaire

Introduction	4
Contenu du cadre.....	4
I- Jeux et Enjeux des déterminants socioculturels	5
1-La dimension culturelle de la santé.....	6
2-Les enjeux sociaux dans la gestion de la santé.....	10
II- Essais de décodage à l'usage des professionnels : Interprétation des difficultés et difficultés d'interprétation.....	18
1-Les conduites individuelles face à la maladie et le soin	18
2- La gestion collective de la santé.....	25
3-Mise en garde face à la vision culturaliste et à la tentation de l'ethnocentrisme.....	30
III- Questions de méthode... de l'altérité à la (re)connaissance	32
1- Diagnostic de déterminants socioculturels dans les comportements de santé : comprendre pour agir	32
2- Stratégies interculturelles dans la planification : trouver un langage commun	34
3- Mise en place et suivi	35
4- Evaluation finale : Tableau évaluatif détaillé (modèle en annexe).....	38
Conclusion et perspectives.....	39
Bibliographie par thèmes.....	40
Annexe	48
Liens utiles	53



DRAFT

Introduction

Ce cadre de référence est destiné aux professionnels de l'action humanitaire qu'ils travaillent à l'étranger ou en France, et qui exercent auprès de populations d'origines culturelles diverses. Il vise à renforcer la pertinence du dialogue et de la rencontre entre des programmes de santé et leurs bénéficiaires par une meilleure prise en compte des valeurs, des normes et des besoins des populations.

Contenu du cadre

Ce cadre de référence a pour objectif de sensibiliser les professionnels sur la problématique de l'influence des déterminants socioculturels dans l'accès aux soins. Les thèmes développés se proposent d'apporter une réflexion autour des différentes manières de faire et de penser la santé, la maladie et le soin, que ce soit du côté des populations comme du côté des professionnels. Il s'agit de permettre aux professionnels une ouverture interdisciplinaire afin de poser un regard critique sur la rencontre que constitue l'action humanitaire.

Ce cadre sera articulé autour du thème central « accès aux soins et déterminants socioculturels ». Pour ce faire, une première partie sera consacrée à la définition et au repérage de ces « déterminants socioculturels » dans l'accès aux soins afin de comprendre les jeux et enjeux d'une meilleure connaissance de ceux-ci.

Une seconde partie essaiera de proposer un déchiffrement des conduites individuelle et collective des populations et des soignants et proposera une réponse aux questions les plus fréquemment posées par les professionnels sur le terrain autour des représentations de la maladie (la maladie comme fait social, comme vécu individuel et comme événement culturel collectif avec ses normes et contraintes), des formes de la prise en charge (le rapport soignant/soigné), des aspects culturels du traitement (itinéraires thérapeutiques), des dynamiques sociales des systèmes médicaux traditionnels et de l'articulation entre les systèmes médicaux (pluralismes médicaux). Ce cadre de référence exposera, dans une troisième partie, les propositions concernant la méthodologie pour les procédures internes et les différents outils permettant au professionnel, dans sa pratique quotidienne, de déceler l'influence de la dimension sociale et culturelle dans le soin. Tout en enrichissant la réflexion sur l'amélioration des soins et de la relation, elle visera à exercer le regard critique des professionnels sur la posture à adopter avec un retour réflexif sur sa propre pratique et à apprécier de manière qualitative la prise en compte des déterminants socioculturels dans la définition, l'implantation, le suivi et l'évaluation des projets.

Ce cadre se propose d'améliorer la rencontre lors du processus d'aide humanitaire non pas dans une vision utilitaire voire utilitariste mais dans un souci d'éthique, pour des projets centrés sur la population vue à travers toute sa richesse culturelle. Il aura ainsi en charge de développer le questionnement et la réflexion sur l'importance des déterminants socioculturels pour l'accès aux soins dans l'ensemble de l'association Médecins du Monde.



DRAFT

I - Jeux et Enjeux des déterminants socioculturels

- Le contexte international : les déterminants socioculturels, une préoccupation commune

Ces dernières années, les problèmes de l'accès aux soins ont surtout été réfléchi autour des effets de l'initiative de Bamako (abandon de la gratuité des soins) entraînant l'exclusion du système de soin aux populations les plus pauvres. Si depuis quelques années, de nombreuses initiatives s'efforcent d'améliorer l'accessibilité financière et la fréquentation des services de santé, la prise en compte des déterminants socioculturels dans la limitation de l'accès aux soins est encore timide. Le travail mené depuis deux ans par Médecins Du Monde en Amérique Latine et aux Caraïbes est un début de réponse à cette problématique. Des missions au Mexique, en Bolivie et au Nicaragua ont en effet organisé des formations à l'interculturel et ont élaboré des outils pédagogiques, en partenariat avec les ministères de la santé et les associations issues de la société civile. Ce cadre de référence, né d'une demande des missions de terrain de Médecins Du Monde, est donc la continuité des projets déjà mis en œuvre par ces mêmes missions et les partenaires locaux qui participaient directement ou indirectement au projet. A la lumière de ces initiatives, il est important que Médecins du Monde se fasse promoteur d'une nouvelle vision de la place des déterminants socioculturels auprès des professionnels afin qu'ils prennent conscience de leurs enjeux.

Le renforcement de la prise en compte de la culture dans les projets d'aide sanitaire n'est pas un phénomène nouveau mais pourtant il reste un défi à relever : la prise en compte de la culture dans le domaine de la santé apparaît régulièrement inappropriée aux yeux des responsables de programme ou face à l'urgence de certaines situations: temps trop long requis pour les enquêtes, analyses anthropologiques complexes, résultats par trop critiques etc. Pourtant on remarque également que la demande culturelle émanant des milieux médicaux et des professionnels de terrain est particulièrement importante, comme en témoigne le nombre croissant d'interventions d'anthropologues dans les formations de soignants. En effet, l'incompréhension devant des pratiques sanitaires différentes, la relative efficacité de la médecine face à certaines pathologies, la dimension éthique de la remise du « culturel » dans la relation, pèsent sur les projets sanitaires.

Alors pour faire face à une demande croissante, l'OMS a publié en 2002 un document de stratégie sur les médecines traditionnelles, avec pour objectifs de mieux faire reconnaître ces médecines, d'aider à leurs intégration dans les autres systèmes de santé et de préserver et protéger les savoirs de la médecine traditionnelle (tout en soulignant la complexité de cette question et en adoptant une attitude très prudente à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires.¹)

Le respect des droits humains et donc du droit à la diversité culturelle se manifeste comme un besoin de plus en plus évident du système onusien mais aussi des gouvernements (Hugo Chavez a engagé des actions particulièrement importantes en faveur de l'intégration de l'Amérique Latine et des Caraïbes et de la préservation de leur identité) et de tous les opérateurs de développement. La réflexion autour du contexte socioculturel est certainement un des axes forts d'une nouvelle politique d'aide. C'est cette posture permettant des échanges fructueux entre populations réceptrices et professionnels de l'aide humanitaire que Médecins Du Monde se propose de développer ici.

¹ Foster, G.M., 1983 « Introduction à l'ethnomédecine », in *Médecine traditionnelle et Couverture des Soins de Santé*, Genève, OMS : 17-24.



DRAFT

-Définition des déterminants socioculturels

De quoi parle-t-on lorsqu'on évoque des déterminants socioculturels ? Pourquoi s'y intéresser ? Quelle plus-value une étude de ces déterminants culturels peut-elle apporter dans le dialogue entre les professionnels et les bénéficiaires ?

Nous pouvons déjà répondre à cette dernière question. L'efficacité des stratégies mises en place par les programmes se confronte à la complexité des comportements et des perceptions sanitaires des populations qu'elles visent. En clair, les programmes ne sont pas toujours compris ou encore, même s'ils sont assimilés, ils ne peuvent pas toujours s'appliquer et ce, pour plusieurs raisons. C'est pourquoi nous allons nous intéresser à l'influence de ces déterminants socioculturels dans l'accès aux soins.

Tout d'abord, **les déterminants socioculturels peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin...**

1-La dimension culturelle de la santé

-Les représentations de la maladie et du corps: les savoirs profanes confrontés aux savoirs et pratiques biomédicales

« La maladie peut se transmettre par le regard » « Une eau potable, c'est de l'eau claire, qui n'est pas puisée n'importe où », « un enfant en bonne santé, c'est un enfant gros »

Il faut comprendre qu'il existe une grande diversité d'approches pour appréhender les questions de la santé, de la maladie, du corps ou de la douleur suivant les aires culturelles. Pour comprendre la dimension culturelle de la santé, prenons l'exemple de l'alimentation qui génère et structure de nombreuses croyances et représentations de la santé, différentes des savoirs scientifiques. Il n'est pas la peine d'aller chercher du côté des Papous ou des Yanomamis pour comprendre la dimension culturelle de l'alimentation. En Europe, en pleine ère pasteurienne, la population croyait aux vertus de l'ingestion de sang frais pour combattre l'anémie, ou la faiblesse. Sa croyance ne devait rien aux propriétés nutritionnelles du sang, il s'agissait surtout **d'une pensée analogique**. Dans cette idée, la viande rouge et le vin fortifient le travailleur, et les blancs de poulet font du bien aux convalescents. Il y a encore quelques années, les gros mangeurs étaient admirés et dans les représentations populaires, avoir la santé, c'était avant tout avoir assez à manger. Enfin, dans beaucoup de régions du monde, les épisodes diarrhéiques ne sont pas des maladies, mais un mécanisme naturel de « purge » des toxines du corps dues à l'alimentation (« *Ca nettoie le ventre, ça dégage les saletés* »).

Aujourd'hui en Europe, les croyances sur l'alimentation et la santé ne sont peut être plus « viande rouge et sang frais : force », mais « poisson : mémoire », « mange ta soupe : tu vas grandir », « les carottes donnent les joues roses »... Les médecines parallèles, qui possèdent le même *terreau* de représentations, jouent d'ailleurs beaucoup sur les valeurs imaginaires des aliments qui font souvent appel à la pensée analogique. Autrement dit, nous transformons les qualités nutritives des aliments en qualités morales, voire magiques. Les vitamines, les oligo-éléments, les anti-oxydants, entendus à la télévision ou lus dans des magazines font partie du vocabulaire et deviennent des concepts abstraits pour ne pas dire magiques puisque les ingérer nous garantit, selon les publicités, jeunesse, longue vie, résistance aux maladies de l'hiver, belle peau ... Nous sommes dans le domaine du savoir



DRAFT

profane. Il est intéressant de voir que pour être crédible, ce savoir peut se rattacher à la pensée ou du moins au langage scientifique qui va être « détourné » et reconstruit. Avec cette terminologie scientifique, nous croyons à ces propriétés même si nous n'avons pas la moindre idée du comment ou du pourquoi.

En Occident comme dans les pays du Sud, on retrouve l'idée fréquente, que *l'alimentation de nos ancêtres était plus saine* (même si la qualité et son contrôle n'ont cessé de croître, pour ne citer que la pasteurisation et la chaîne du froid), et que la tradition est plus sûre et meilleure. Il y a ici un phénomène de rattachement à la terre ou au sol, qui correspond aux représentations du monde et à ses catégories naturelles. Il y a aussi une fidélité aux valeurs défendues par les anciens, on ne se détache pas de ce que disent les aînés même si on sait que ce n'est pas tout à fait vrai. **Il est important alors de percevoir que l'innovation, telle que l'introduction de technologies ou de principes biomédicaux, peut être vécue comme agressive.** De la sorte, certains messages de prévention en santé infantile (malnutrition, AME) vont complément à l'encontre des interdits alimentaires, qui sont des protections populaires. Il existe en effet des représentations spécifiques liées à la petite enfance : en Afrique, une femme enceinte ne doit pas manger de viande rouge pour éviter l'hémorragie à l'accouchement, elle doit aussi éviter la banane pour ne pas « avoir d'enfant mou », certains fruits acides donneraient un enfant coléreux...Les populations n'adhéreront pas à un programme si de nombreuses pratiques de prévention magico-religieuses ne peuvent pas être appliquées car jugées non conformes aux normes sanitaires modernes. Pour exemple, la pratique du Tohenthal (qui consiste à faire boire au nouveau-né une eau lavée dans des versets coraniques) est incompatible avec les principes de l'AME.

C'est pourquoi il faut comprendre les représentations culturelles lors de tout transfert de technologie. Il importe de saisir que **l'introduction de la biomédecine ne se fait pas sur le mode d'un rapport entre « savoir » et « ignorance »** mais sous la forme d'une intégration de nouvelles données dans des systèmes de pensées leur préexistant. Ce que l'on peut dire c'est qu'il y a un « bricolage » de ces deux savoirs, autrement dit **les contenus des programmes sanitaires ne sont ni rejetés ni acceptés tels quels mais partiellement intégrés**, à travers un travail collectif de réappropriation du sens. Il importe dès lors que les programmes s'interrogent sur ses pratiques médicales qui peuvent remettre en cause des fondements culturels pour éviter ce genre de constat : des femmes qui pensent être immunisées contre le paludisme², qui refusent la vaccination de peur d'être rendue stériles ou qui souhaitent construire des latrines pour éviter la rougeole.

Se demander : Que deviennent les savoirs populaires à propos de la santé, de la maladie, lorsqu'ils sont confrontés à nos programmes sanitaires construits à partir de normes biomédicales ? Le discours médical qui tend à l'universel doit s'interroger sur ses pratiques pour que la réponse d'une population ne puisse pas être seulement la résistance, qui limite l'acceptabilité de l'innovation.

-Complexité des itinéraires thérapeutiques ?

« Ca me démoralise quand je vois ces femmes qui arrivent en premier rendez-vous avec des métastases osseuses, je demande à la famille : mais pourquoi prendre autant de temps ? Pourquoi vous n'êtes pas venus à l'hôpital ? ». Ils disent qu'au début, ils ont pensé à un mauvais sort, ils sont passés chez le guérisseur, lui il a dit que ça va passer, ça va passer. Puis après ils n'avaient plus des sous, il a fallu encore attendre, vendre un bœuf pour venir ici. » Un major, d'un service d'hémato au Mali

² Jaffré Y, 1989, *Le forgeron, la pintade et la vaccination*, Bobo-Dioulasso : OCCGE



Le cancer en Afrique de l'Ouest, est une maladie qui n'est pas dépouillée de son caractère « diabolique » poussant les malades vers des traitements inefficaces, générateurs d'aggravations sévères, parfois irréversibles. Ce caractère diabolique provient d'une interprétation traditionnelle : la tumeur cancéreuse serait en fait un sort jeté à l'aide d'une flèche empoisonnée. La forme de boule que prend la tumeur est alors le signe de l'installation du sort³. Pour s'en défaire, il faut se tourner vers le tradithérapeute. Cette interprétation de la maladie est plus vivace dans les zones rurales où les populations ont moins accès aux informations sanitaires. Rares sont les malades qui associent l'apparition d'une tumeur et la dégradation de leur état de santé à un cancer. La douleur quant à elle, est d'abord envisagée comme un symptôme transitoire, et va être le premier motif de consultation. **Pour se soigner les malades vont se remettre à un système de proximité**, le recours est la conséquence d'une demande de conseil au voisinage, à la famille ou aux amis. Si le symptôme est perçu au départ comme « diabolique », ils se tournent vers la médecine traditionnelle, allant de tradithérapeutes en guérisseurs. Seulement d'échecs en échecs, le temps passe et lorsqu'ils se rendent à l'hôpital, et trouvent le bon service, il est souvent trop tard. Alors à la mauvaise référence, s'ajoute la complexité des multiples recours qui, n'assurant pas les meilleurs traitements pour un épisode morbide, coûte cher à la personne. *Exemple d'un cas relatés par un médecin malien:*

« Mes malades arrivent après avoir épuisé complètement leurs ressources car ils se sont investis ailleurs. Ils ont pris du retard, un pour faire le diagnostic et ils n'ont plus de ressources et deux quand le diagnostic est fait, pour faire face au traitement. Je crois qu'il y a deux raisons à ça : la première raison c'est je crois le phénomène de représentation de la maladie, qui fait que les gens commencent à se soigner à proximité, en général ce qui se passe, c'est que la personne va causer avec une autre qui va lui dire « ah, moi j'avais ça, c'est le guérisseur d'à côté qui m'a soigné ». Donc ils commencent par là, le guérisseur continue, continue, n'arrive pas. Ca c'est le premier aspect sans compter les autres qui est de dire parfois « telle maladie, c'est la sorcellerie, il faut commencer à soigner comme ça d'abord » et les gens perdent du temps. L'autre aspect, c'est qu'ils commencent par le médecin d'à côté, parce qu'il a été indiqué par une connaissance en disant « moi j'avais une maladie similaire, c'est ce médecin qui m'a soigné ». Ils partent voir le médecin qui prend du temps pour faire le diagnostic car il n'est pas qualifié. Le nombre de cas où quand on prend les ordonnances et on ne sait pas à quoi ça sert, ou les gens sont passés par des consultations et des consultations d'un cabinet à l'autre parce que ça n'a pas marché ici, ils rencontrent une autre personne qui va leur dire « va voir lui », et ça fait perdre du temps, et là dedans, c'est sûr, c'est un problème de compétence, au niveau des CSCOM⁴ et des blouses blanches. L'exemple du vieux X, qui avait un myélome, qu'est ce qui s'est passé ? Le vieux n'a même pas été chez le guérisseur, il avait mal au cou suite à un petit traumatisme, il est allé directement voir un médecin qui lui a prescrit des antalgiques et puis voilà. Quand les douleurs ont repris, il est allé consulter un autre médecin qui lui a fait des prescriptions d'antalgiques encore. De nouveau la douleur, mais c'était trop spécialisé pour le médecin, qui n'a pas su référer le cas aux disciplines concernées. Et puis quand il s'apprêtait à retourner au village après trois consultations, il est tombé sur un jeune médecin qui l'a orienté vers moi. En reprenant l'histoire de ce malade, on voit bien qu'il y a un problème de communication, d'interprétation même du côté des soignants ! »

L'étude des itinéraires thérapeutiques peut aussi être intéressante pour comprendre les comportements préventifs. Il est difficile de mettre en place des actions de prévention basées sur les premiers symptômes d'une maladie. Dans nombre de pays, pour des raisons d'ordre économique et pratique, la première réaction devant la manifestation des premiers signes de la maladie est l'observation. Le malade se donne le temps d'observer l'évolution de la pathologie, considérant que la santé, ou du moins la consommation du bien de santé est une lourde charge en terme d'argent mais aussi de temps consacré. Plus exactement, on ne consulte pas, si la maladie est ressentie comme bénigne. De plus, on ne fréquente pas

³ On retrouve le principe d'analogie. Pour plus de détail, voir la deuxième partie.

⁴ CSCOM : Centre de santé communautaire



DRAFT

de structure de soins tant qu'on est en bonne santé (même si le soin est gratuit, le temps d'attente est un temps non consacré à la recherche d'argent).

Des entretiens approfondis avec des mères dans différentes zones culturelles montrent qu'elles ont une perception du bien être des enfants radicalement différentes de celle qui sous-tend les pratiques de suivi de la croissance et du développement normal de l'enfant. Il existe une profonde inadéquation entre la vision des mères sur la santé de l'enfant et les réponses très techniques fournies par l'éducation pour la santé. Ainsi, dans de nombreuses cultures, c'est l'absence de maladie combinée à l'embonpoint (un enfant fort serait un enfant solide) qui atteste de la bonne santé, de la croissance et du développement normal de l'enfant. Pour les mères, l'acquisition de la marche et le passage à l'alimentation sont les étapes fondamentales de la croissance et du développement. L'importance de ces étapes et les comportements qui y sont associés (interdits alimentaires, protections magico-religieuses) indiquent que les mères souhaitent la prise d'autonomie la plus rapide possible de l'enfant. Ce sont ces deux étapes (marche, alimentation adulte, et aussi peut être la parole) qui sont leurs indices de bonne croissance et de bon développement. Une recherche⁵ en Afrique de l'Ouest montre que, si les formes sévères de malnutrition (marasme et kwashiorkor) sont bien perçues comme un problème, les différentes formes de malnutrition, chronique, modérée ou légère sont en revanche perçue comme un état normal de l'enfant ; quand un problème est perçu (formes sévères) par les parents, ceux-ci le pensent rarement en termes de maladie liée à la nutrition. L'étiologie locale diffère significativement du paradigme biomédical, les causes étant naturelles, supranaturelles ou liées à des désordres sociaux. Aucune relation n'est établie entre malnutrition et l'alimentation de l'enfant. Ces perceptions influencent largement les itinéraires thérapeutiques puisque pour certains cas, la malnutrition pourra être interprétée comme une attaque supranaturelle, et ce seront les marabouts qui seront les premiers concernés. Une conséquence directe est la nécessité d'adapter les messages adressés aux populations, y compris aux guérisseurs.

Plusieurs points fondamentaux pour comprendre les itinéraires thérapeutiques : douleur comme point de départ, interprétation culturelle du trouble, révélation aux proches et multiples recours dans un système de proximité.

-Question de linguistique

(Rôle des langues comme facteurs sémantiques et cognitifs)

La question de la langue employée lors des soins est une des difficultés puisqu'il s'agit à la fois d'introduire des mots nouveaux et des concepts nouveaux : combien de langues sont capables de donner une traduction à « asepsie » ? La connaissance ou non des langues locales est bien évidemment un déterminant important dans la relation soignant/soigné et donc dans l'accès aux soins. Pour se faire comprendre le malade utilise la langue et les notions qui sont à sa disposition, et si le soignant n'appartient pas à la même nationalité ou encore la même ethnie, sa culture d'origine ne lui donnera pas toutes les clés de compréhension de ce que dit le malade. Pour cette raison, la communication soignant/soigné se limite à ce que chacun est capable de percevoir à travers un brouillard lexical, sémiologique et sémantique.

⁵ Suremain C.E, 2000



DRAFT

D'autre part, pour un malade, que signifie « vous avez une hémianopsie latérale homonyme » ? Et pour un soignant, que signifie « j'ai mal à l'extérieur mais pas à l'intérieur » ? **En matière d'oralité, le système de santé moderne est complexe : là se confrontent des interlocuteurs (soignant/soigné) qui, même s'ils utilisent la même langue ne parlent pas « le même langage ».** Le malade exprime à la fois une souffrance, des symptômes, il peut suggérer une étiologie, ou la croire établie sans pouvoir ou vouloir la dire ; il peut demander un traitement sans accepter de dévoiler le reste...

Ce que dit un soignant sera toujours interprété par le patient et ce que ce dernier comprendra dépendra beaucoup de la façon dont le thérapeute aura su formuler son message.

2-Les enjeux sociaux dans la gestion de la santé

« ...Si on ne souffre pas de la maladie qui vous intéresse, alors, on peut mourir !6 »

Des malades qui se plaignent de n'être pas écoutés, qui vont se montrer passifs et vont refuser de s'approprier un programme, des médecins qui mettent en place des interventions qui vont être réinstrumentalisées, telles sont quelques unes des raisons évoquées pour expliquer les difficultés d'un programme... Seulement de programmes en programmes, on refait souvent les mêmes erreurs. La forme change mais le fond du problème reste le même. Il faut alors essayer de comprendre les difficultés et apprendre des échecs. Les enjeux sociaux de la santé peuvent être un point d'entrée à cette compréhension.

-les malentendus de la relation sociale soignant/soigné

« Les conventions sociales règlent l'usage du regard » Le Breton, 1995

Au Nord comme au Sud, les populations se plaignent souvent de la qualité des soins de santé, plus particulièrement de l'incapacité des professionnels de la santé à établir avec eux une relation de qualité. Dans leur pratique médicale, il arrive que les soignants soient assez loin des angoisses des malades, plus préoccupés par les responsabilités ou par ne pas faire d'erreur de diagnostic... Dans la relation complexe entre les soignants et les soignés, la pathologie joue un rôle central dans l'interaction. Si d'une part la pathologie influence la durée de l'interaction, elle modifie aussi la forme de celle-ci. En effet, les pathologies aiguës n'engagent pas les soignants et les soignés de la même manière que les pathologies lourdes et chroniques où le temps de traitement long permet une connaissance plus profonde des deux acteurs. Dans des centres de santé publics traitant de pathologies aiguës d'Afrique de l'Ouest, de précédentes études⁷ ont malheureusement constaté d'importants dysfonctionnements dans l'accueil des patients mais aussi dans le traitement et les soins des malades. Globalement, et malgré les réformes des systèmes de santé et les formations destinées aux soignants, les obstacles à la bonne marche des services restent massifs et constants : forte distance sociale, accueil déplorable, rétention d'information sur la santé des malades, nombreuses négligences dans la qualité des soins fournis. La relation, hormis pour une minorité de privilégiés, y est brève et parfois violente : on a pu faire le constat de l'inexistence de l'autre en tant que malade. Ce mode de relation va alors interagir fortement

⁶ B. Dujardin, 2003

⁷ Y. Jaffré et J.P. Olivers de Sardan, 2003



DRAFT

sur les comportements des malades, expliquant le recours tardif et la préférence du système traditionnel, plus humain.

La plainte des populations est le reflet d'une attente, celle d'être mieux écoutées, comprises et informées pour pouvoir participer aux décisions de santé qui les concernent. Par ces difficultés de communication, les malades sont le plus souvent étrangers au fonctionnement du système médical moderne. Pendant une consultation observée dans un service de médecine interne, une patiente est venue pour des maux de ventre. Elle avait fait des échographies mais elle ne les a pas prises, personne ne lui avait demandé. Le médecin se renseigne pour savoir si on lui avait expliqué les résultats et ce qu'avaient dit les précédents médecins. Elle tente alors de se rappeler des bribes mal comprises pour les communiquer :

- « - Ils m'ont dit que j'avais des segments biliaires
- qu'est ce que c'est ça des segments biliaires ???
- Ha je ne sais pas, c'est vous le médecin. Ils m'ont dit que j'avais l'appendice inflammatoire
- ??? Bon. Et c'était quand ?
- En Janvier je crois
- D'accord. Vous allez devoir refaire des examens, et puis vous reviendrez (...) »

Ce premier échange conditionne souvent la suite, l'éventuelle consultation ultérieure. Il arrive trop souvent que le malade se décourage devant la non-réponse de cette première consultation. Le renouvellement de l'échec aboutit à l'instauration d'un doute quant à l'efficacité du médecin et peut aller jusqu'à une désaffection de l'institution hospitalière. Le malade qui a mis tous ses espoirs sur la médecine moderne et qui n'obtient pas de résultats tangibles sans en comprendre les causes car ne recevant pas d'information, va petit à petit se décourager, et va se tourner vers d'autres praticiens, d'autres médecines : « *le docteur ne m'a pas enlevé le mal* » Afrique.

La relation soignant/soigné est donc très importante dans le processus de soin, ainsi que l'accueil des familles, car cette relation influencera sans aucun doute la confiance et le sentiment d'efficacité du soignant mais aussi du programme et donc l'utilisation des services de santé, tant pour le curatif que pour le préventif : « *On n'a pas assez de temps pour communiquer avec les malades et cela joue sur la confiance. Il arrive souvent que des malades après être venus à l'hôpital vont aller consulter chez le guérisseur, parce qu'ils n'ont pas compris ou qu'ils trouvent qu'ils ont été mal reçus. Je prends l'exemple de la drépanocytose : c'est une maladie chronique, il suffit que le malade comprenne que c'est génétique et qu'un guérisseur ne pourra enlever ça, et qu'il suffit de mesures de prévention des crises pour avoir un vrai confort, mais le malade qui ne comprend pas, il continue de souffrir, il a vu le médecin une fois, deux fois et ses crises n'ont pas cédé, il va croire autre chose, tenter le tout pour le tout, en général, c'est le guérisseur.* »
Un médecin

Dans la relation soignants/soignés, il faut s'intéresser à la manière dont se déroule le soin, le cadre physique, le personnel, la manière d'aborder la maladie et de proposer un traitement : une maladie chronique mal expliquée par faute de temps éloignera le patient vers d'autres modes de thérapies, perçues plus efficaces car promettant la guérison.

-les stratégies de groupe : parenté et sociétés autour du soin

Chaque culture imprime à la maladie sa marque ou plutôt lui confère un statut dans le groupe. Il y a des maladies que l'on affronte seul et dont les conséquences sociales sont marginales alors que d'autres engagent des liens et des statuts sociaux comme les MST ou les troubles de la fécondité. Certaines maladies ne requièrent qu'un traitement, d'autres plus



DRAFT

stigmatisantes mettent en jeu l'identité du malade, se plaçant à l'intersection du pathologique et du social.

Le sida reste marqué par la faute, c'est une maladie « honteuse ». En dehors des contaminations transfusionnelles, la maladie du sida véhicule une appartenance à une instabilité sexuelle ou à l'usage de drogues. Dans certains pays, la prévention se heurte à ces représentations : acheter ou accepter un préservatif est synonyme de « vagabondage » sexuel.

De ce fait, **bénéficiaire d'un dispositif de soin ne signifie pas pouvoir concrètement l'utiliser : des actions peuvent se heurter dans leur mise en pratique à la sphère privée des individus** : on peut observer des rapports de force, des conflits, que la modification d'une habitude, d'une pratique implique au sein d'une famille ou d'un groupe : le pouvoir des aînés opposé à certaines innovation, la crainte de se marginaliser en suivant l'action proposée : *« Si ma mère me voit avec un préservatif dans mon sac, tout de suite elle va croire que je traîne partout, je peux pas prendre ceux qu'on donne même gratuitement, c'est trop risqué. Je vais me faire frapper par mes parents et mes copains vont se moquer, raconter des choses... »*

D'autres études montrent que certains modèles d'actions comme ceux sur la survie de l'enfant sont centrés sur des déterminants individuels de la mère, ne rendant alors pas compte de la dimension sociale du comportement de santé. Dans cette logique, les rôles majeurs joués par le père de l'enfant et les autres membres de la famille ne sont que rarement abordés. Or l'institution familiale occupe une place centrale dans la gestion de la santé, dans la mesure où l'appartenance sociale de l'enfant s'inscrit dans le groupe familial.

Pour illustrer ce déterminant, prenons l'exemple d'une enquête anthropologique en collaboration avec des épidémiologistes de la dénutrition, sur les retards de croissance à Brazzaville⁸. L'objectif était de comprendre l'impact de l'inégalité des conditions matérielles de vie sur l'état de santé des enfants. Cette étude a été conçue de façon à tester une hypothèse tellement banale qu'elle paraissait relever d'une évidence : celle de la correspondance entre l'état de santé des enfants et le niveau économique des parents. Sachant que de nombreuses recherches conduites en Europe, aux Etats-Unis et dans les pays du tiers monde ont montré que les populations les plus pauvres étaient celles dont l'état de santé était le plus précaire, on peut se demander s'il était utile d'enfoncer une fois encore une porte ouverte. Seulement les résultats de cette étude ont montré des résultats paradoxaux. Ils ont observés que des enfants gravement malnutris appartenais à des ménages dont le niveau socio-économique paraissait tout à fait satisfaisant, ce qui venait remettre en cause l'existence d'une relation apparemment évidente entre déficience de l'état nutritionnel et niveau de vie. L'explication fut recherchée dans les ruptures de solidarités familiales qui plaçait la mère dans l'impossibilité d'assurer la prise en charge convenable de son enfant. Lorsqu'il s'est agit de procéder à l'enquête épidémiologique, certaines questions introduites dans le questionnaire, formulées en tenant compte des études de cas ont permis d'identifier des indicateurs de rupture de solidarité (éloignement généalogique de la mère par rapport au chef de ménage, statut matrimonial précis de la mère, etc.) Les traitements statistiques ont alors permis d'identifier une population d'enfants gravement malnutris pour lesquels les facteurs de risque habituels, tel qu'un facteur d'ordre physiologique comme le poids à la naissance, ou encore les facteurs ayant trait au niveau socio-économique global des ménages cessent d'être significatifs alors que les données relatives à la famille et au statut matrimonial de la mère le deviennent.

⁸ Gruénais M.E, 1985



DRAFT

Alors si les facteurs sociaux influents sur les retards de croissance sévères, ne convient-il pas d'adapter les programmes aux différents groupes à risques redéfinis en fonction de critères sociologiques?

On l'aura compris, **les actions sanitaires ne s'appliquent qu'envers des principes biomédicaux alors que pour la population, ces actions s'appliquent dans une dimension qui n'est pas seulement celle de la santé, pour s'étendre à la sphère du social** : l'alimentation est plus régie par des normes sociales (différences des âges, des sexes, interdits et habitudes alimentaires) que par des préoccupations strictement nutritionnelles, tout comme l'hygiène qui peut relever de normes esthétiques ou de prestige .

Il existe un réel lien entre l'adhésion partielle ou non à des actions et les contraintes internes ou externes au groupe familial ou social. Les pratiques thérapeutiques sont investies d'enjeux sociaux et sont insérées dans un système de relation de pouvoir. Alors, les programmes doivent porter une attention spécifique à l'organisation sociale en tant que trait central : il faut chercher congruence (et s'appuyer) entre dispositifs de développement et dispositifs locaux.

-l'environnement matériel, social, économique et politique

« La privation de la santé est l'aspect central de la question de la pauvreté » Amartya Sen

Il est des pathologies pour lesquelles les facteurs « environnementaux » sont considérés comme étant aussi importants que les facteurs biologiques et qui viennent sans doute contrecarrer la démarche médicale. A titre d'exemple, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, font partie de ces pathologies. La pauvreté et les problèmes d'hygiène rendent précaires les conditions de vie. L'environnement dans lequel vit une population est propice au développement des maladies et rend difficile le suivi des conseils. Ainsi, après des séances d'éducation pour la santé⁹, les femmes sont conscientes du fait qu'elles doivent varier leur alimentation et consommer des aliments « riches » mais par manque de moyens, elles ne peuvent pas modifier leur comportement alimentaire et se contentent de consommer ce qui est disponible. L'insuffisance d'apport alimentaire est en effet le plus souvent associée à un niveau de vie modeste.

J. Brunet Jailly explique que les individus en situation de grande pauvreté dans les pays du Sud sont assujettis aux décisions de leurs représentants institutionnels (conjoint, chef de famille, du village etc.) et que le consentement individuel n'est pas autonome¹⁰. Une femme ne se présente jamais sans son mari, le mari sans sa femme, les parents sans un de leurs enfants, les enfants sans leur père ou leur mère. Ce n'est pas un individu seul mais une partie de la cellule familiale qui se déplace groupée pour saisir le diagnostic, s'enquérir du traitement proposé et décider de ce qui doit être fait. La durée de l'accompagnement du malade dépend d'une concertation entre la famille (bailleurs) et le médecin. « *Tous mes jeunes diabétiques meurent tous en acidocétose avant de devenir adultes parce que l'insuline coûte trop cher et que les parents ne peuvent pas payer ou estiment que c'est un trop gros investissement. Si le père n'achète pas, un enfant de neuf ans, où il va trouver de l'insuline ? C'est souvent des familles de cinq, six gosses, un seul, son insuline coûte ce que toute la famille mange en une semaine, ils font le choix vite, ou plutôt ils n'ont pas le choix, ils font vivre les autres et le traitement de l'enfant malade, ils le mettent au compte du bon dieu.* » Un médecin.

⁹ Bouchon M., 2006

¹⁰ J. Brunet-Jailly, 2003



DRAFT

Pour les personnes sans couverture sociale, la question du traitement pour les maladies chroniques amène les malades à essayer de trouver des solutions les moins chères pour le traitement de leur maladie. Ainsi, le traitement du diabète oppose le médecin qui ne peut proposer qu'un médicament coûteux à vie pour seulement contrôler sans guérir au guérisseur qui affirme soigner rapidement et définitivement. Autre phénomène constaté : l'arrêt du traitement. Les pathologies lourdes comme le SIDA soulèvent la question de l'observance des traitements, pris pour une durée indéterminée et qui peuvent comprendre un nombre quotidien de médicament important. Il arrive souvent que les malades remis sur pied après un premier traitement et devant l'amélioration de leur état arrêtent le traitement. La démarche utilisée consiste à un traitement au coup par coup, une affection après l'autre. Les malades chroniques se comporte comme s'il s'agissait de maladies aiguës, ils veulent des résultats immédiatement visibles à la manière des antalgiques. Ils n'ont pas la possibilité d'intégrer au niveau organisationnel la notion de continuité dans la gestion de la maladie, excepté si les moyens économiques le permettent : « *Quand ils arrêtent on leur dit : pourquoi vous avez arrêté ? Non je n'ai pas arrêté mais la boîte était finie* », ils n'ont pas pu acheter une autre boîte. » Un médecin

« *Quand on regarde les ordonnances, on se rend compte que le personnel de santé a mis ce qu'il faut mais qu'à cause du prix, le malade a pris ce qu'il pouvait, de manière inadéquate, puisqu'il n'y a pas eu association des médicaments, le malade a juste acheté les moins chers...* » Un infirmier

Dans un article sur la tuberculose en Haïti, A. Castro et P. Farmer s'intéressent à une situation paradoxale concernant le traitement de cette pathologie puisque l'existence de médicaments efficaces n'empêche pas l'augmentation de sa prévalence. En réalité, la multiplication des souches résistantes est due à des facteurs multiples relatifs au niveau international (globalisation et coûts des médicaments) et aux conditions locales (pauvreté, état et limites des systèmes de santé locaux et difficultés d'accès aux soins, amplification des inégalités sociales). Ils remettent en question les hypothèses biomédicales qui attribuaient la progression de la tuberculose à des hypothèses culturelles trop limitatives. Ils ont mis l'accent sur les conditions économiques qui constituent « une force pathogène ». L'analyse de la place des médicaments doit donc, selon eux, tenir compte des conditions sociales générales et des investissements nécessaires à l'amélioration des systèmes de soins, de diagnostic et d'accès aux médicaments.

Les recommandations qui suivent des principes conformes aux normes sanitaires biomédicales dans les actions présentent des situations qui ne sont pas toujours conformes à la réalité matérielle ou environnementale des classes ciblées, en général les plus pauvres de la société. **Le décalage constant entre les contenus des actions et leurs possibilités concrètes d'application (propositions nutritionnelles dans des situations d'extrême pauvreté, moustiquaire là où on vit à 15 par pièce, hygiène là où manque l'eau, etc.) conduit à demander le plus d'efforts à ceux qui sont déjà les plus démunis.**

En conséquence, il faut garder en mémoire l'interconnexion très étroite entre les domaines socioculturels et les domaines économiques et politiques. Ainsi, la tarification des soins, le niveau de revenus des ménages, le coût des transports mais aussi les logiques de pouvoir à l'intérieur des structures peuvent être déterminant dans l'utilisation des services de santé.



DRAFT

-Les passeurs de l'innovation I : l'utilisation des « personnes ressource », des individus à l'interface entre population et développement

Pour pallier à des lacunes et accroître l'appropriation des projets, l'une des pierres angulaires des programmes est la participation de « personnes ressources », ou « relais »... Ces personnes sont présentées comme une solution alternative pour intégrer socialement les projets, et les inscrire au sein des paradigmes émergents de *l'empowerment* et de la participation des populations locales. Ces individus se veulent un pont entre la communauté et le système de projet, situés à la jonction du système biomédical et du système populaire local. Il est vrai qu'ils occupent une position privilégiée puisqu'ils sont une « porte d'entrée » vers l'univers médical mais sont également familiers des représentations et des pratiques culturelles locales. Seulement leur position intermédiaire, le plus souvent bénévole, est rendue ambiguë par les difficultés des conditions de vie (peut-on demander aux plus pauvres un engagement bénévole ?) et par les difficultés de compréhension et de communication. Quant à la question du bien fondé des relais, les précédentes enquêtes sociales sont mitigées, quant à leur implication dans les programmes: le peu de ressources matérielles et cognitives (vu le peu de formation offerte) allouées aux relais, laissent place, voire encouragent une ré instrumentalisation des actions à leur profit. De plus, ils sont souvent pris dans les mêmes contraintes sociales qui pénalisent les populations : *dans un programme, l'un des meilleurs agents formés était une femme, qui a dû arrêter car son mari trouvait qu'elle n'était plus suffisamment à la maison. D'autres agents ont arrêté car ils étaient pris dans des conflits politico-religieux entre les communautés catholiques et protestantes conduisant à la mise à l'écart de ces dernières. Enfin, certains agents sont partis pour aller chercher un emploi saisonnier.* Résultat d'une enquête en Equateur

Les actions se heurtent ainsi au problème d'application par les populations choisies comme « personnes ressources ». **De nombreux jeux de pouvoirs, de ré instrumentalisation des objets viennent placer des conflits dans des dispositifs mis en place et transforment ces relais en simples prestataires de services.** Chaque projet va produire des enjeux et des luttes spécifiques inégalement répartis entre les agents selon les positions qu'ils occupent les uns par rapport aux autres (rapports de force).

Dans les nombreux enjeux que représente un programme, citons en quelques-uns :

Le premier concerne le recrutement d'un agent : grâce à ses bonnes relations dans le quartier ou le village, avec l'administration et/ou les autorités locales, un individu va devenir un relais entre les programmes et les populations, et va de ce fait augmenter son pouvoir personnel dans le quartier. Par exemple un agent peut utiliser son nouveau prestige pour devenir candidat à l'élection politique locale et il faudra qu'il renvoie l'ascenseur à ceux qui lui ont permis d'obtenir ce statut. On parle d'enjeu social.

Un deuxième enjeu peut être un enjeu matériel qui va accroître le pouvoir d'un groupe social (acquisition d'un local par exemple pour telle association). On retrouve là les logiques spécifiques autour des prérogatives et privilèges divers, dont un des plus marquants et sans doute le véhicule de fonction.

Comme dans toute position acquise, l'agent va légitimer son pouvoir par sa capacité de redistribuer quelque chose (*per diem*, meilleur accès...) qui montre la valeur sociale de son nouveau statut. Si sa capacité de redistribution est trop faible, il faut trouver ailleurs ce que le projet n'apporte pas directement : on retrouve là les pratiques parallèles et détournements qui permettent d'améliorer le quotidien. L'instauration des *per diem* engendre le risque de rendre aléatoire la continuité des activités. Quand l'arrêt des *per-diem* survient par tarissement de la source extérieure de financement, les personnels peuvent refuser de

¹¹ Olivier de Sardan, 1995.



DRAFT

continuer leur travail. Alors le maintien des *per diem* apparaît comme une des conditions majeures de la pérennisation des activités pour les responsables de projets. L'argumentaire est que s'il n'y en a pas, le projet ne réussira pas. Ce lien de cause à effet entre *per diem* et réussite de projet est une contrainte supplémentaire pour les projets.

L'approche projet ne tient souvent pas suffisamment compte de l'influence de l'environnement social et de jeux politiques sur le déroulement des programmes. **Suite à la mise en œuvre des stratégies des différents acteurs, les projets de développement subissent une dérive par rapport à ce qui est initialement planifié.**

Les effets sociaux des projets sont complexes, et la façon dont ceux auxquels ils s'adressent se les réapproprient, en les transformant et même en les détournant de leurs objectifs, rend délicate leur mise en place. Pourtant, les bénévoles locaux, ou relais pourraient être de bons interfaces entre les programmes et les populations, à condition qu'ils prennent en compte les savoirs populaires. Malheureusement, le nouveau statut perçu comme ascendant social les dégage le plus souvent de ces pratiques : « *Les gens de mon quartier sont archaïques, ils font comme les vieux, ils n'ont pas évolués, ils n'ont pas compris qu'il faut changer, (...) moi j'ai été choisi, et j'ai reçu une formation, je peux leur expliquer maintenant...* » Un relais formé pour faire de l'éducation pour la santé.

Il faut toujours garder en mémoire que toute innovation prend place dans une arène locale où se confrontent divers groupes stratégiques. Les personnes ressources sont insérées dans un monde local où ils ont leurs enjeux, et ils maîtrisent suffisamment les règles du " monde du développement " pour pouvoir en user à leur profit. Ainsi dans l'élaboration d'un programme et dans son suivi, il faut compter sur les rivalités individuelles, les querelles et antagonismes de personnes qui divisent un projet.

-Les problèmes liés à la prolifération de l'offre d'aide

Nous parlons ici d'une non coordination entre les professionnels et le manque de continuité des programmes : cette mauvaise coordination entre professionnels du développement, de l'humanitaire et entre les ministères, va parfois jusqu'à l'ignorance mutuelle des mesures envisagées ou prises par chacun. Ces facteurs influencent la perception de l'aide car le climat concurrentiel concoure à une perte de crédibilité et de légitimité. **La segmentation des actions liée à la « verticalisation » des programmes (sida, tuberculose, vaccinations, etc.) empêche l'utilisation de leurs complémentarités et aggrave souvent le dysfonctionnement des services de santé.** On peut se demander légitimement si la diversité de l'offre sur certaines zones et les problèmes de coordination entre les différents partenaires au développement n'entraînent pas de multiples confusions chez les populations. Certaines actions sont alors très mal repérées par les populations : « *hier je suis allée à la sensibilisation pour les micro nutriments mais ils n'ont pas voulu vacciner mon enfant.* »

Lors de l'installation d'un programme, il faut veiller à ce qu'il n'entre pas en contradiction à des actions préalablement établies. Pour ce faire, un état des lieux des actions sur place est indispensable.

Nous venons de montrer comment un ensemble de contraintes peut peser sur la possibilité d'accès aux soins. La connaissance des déterminants socioculturels est un moyen efficace d'intervention auprès des populations concernées puisque si nous arrivons à expliquer et évaluer ces différents déterminants, nous pouvons renforcer l'efficacité d'un dispositif. En clair, un renforcement des connaissances sur le savoir populaire qui influence les pratiques



DRAFT

et les perceptions des populations dans leur gestion quotidienne de la santé ainsi que dans leur utilisation des dispositifs est indispensable pour le professionnel.

Pour se faire, le chapitre suivant se propose de décoder les principales conduites individuelles et collectives dans la gestion de la santé.



DRAFT

II- Essais de décodage à l'usage des professionnels : Interprétation des difficultés et difficultés d'interprétation

Une des spécificités du phénomène santé est son caractère global. Comprendre les comportements en santé nécessite forcément une approche holistique sur les constituants de la personne, les entités religieuses, les rapports de l'homme à son environnement, l'appartenance à un groupe qui est défini ou se définit comme minoritaire, mais aussi le système de santé et les présupposés de la démarche médicale... **La compréhension des conduites de santé ne peut se résoudre qu'en adoptant une approche globale.** C'est pourquoi nous proposons ici des éléments de connaissance permettant de donner quelques repères et de comprendre les liens entre des représentations et les parcours des malades. Nous allons décrire les logiques dans les manières de penser la maladie, puis nous passerons à la description des parcours de soin et des itinéraires thérapeutiques, la gestion collective de la santé puis nous terminerons par une mise en garde sur les propres perceptions des professionnels sur leur terrain, en les invitant à déplacer leur regard pour permettre une distanciation et une critique salvatrice pour l'action.

1-Les conduites individuelles face à la maladie et le soin

Cette partie doit permettre aux professionnels d'essayer de comprendre comment les populations construisent leurs représentations de la maladie, comment elles en interprètent les causes, pourquoi elles ne fréquentent pas les structures de santé, et comment elles se soignent ou selon quels critères elles choisissent leurs traitements.

-Comment pense-t-on la maladie ? Savoirs profanes autour des symptômes

« *La maladie renforce* ».

Les représentations de la maladie : comment ça marche ?

On peut estimer que les savoirs profanes en santé correspondent à l'ensemble des représentations que chacun développe sur la maladie, la santé, le soin... La personne malade va posséder l'expérience de différents états et symptômes, tels que la diarrhée, les vomissements, elle va connaître l'importance de l'alimentation... Sur ces symptômes qui s'expriment à l'intérieur du corps de manière confuse, **le savoir profane, privé de l'appui de connaissances biomédicales va pallier ce manque par la description précise du ressenti de la maladie.** Le « langage des maux » ou langage des symptômes, décrit dans chaque culture, les souffrances, anomalies, signes, troubles, souvent en associant un endroit du corps (l'organe supposé être affecté) à une sensation : *avoir mal à la tête, avoir mal au cœur* ou encore *la maladie du cou raide* pour la méningite, *de la jambe morte* pour la poliomyélite.... On voit par ces exemples que **les représentations populaires se basent en général sur les diverses visibilités immédiates qu'offre un corps malade**¹².

¹² Cependant, il faut savoir nuancer : on sait, depuis Pagnol et César, que « fendre le cœur » ne doit pas être pris au pied de la lettre... Si l'expression « se faire du mauvais sang, ou de la bile » vient d'une ancienne théorie médicale (la théorie des humeurs, cf Hippocrate), les populations n'attribuent pas leur désarroi à leur vésicule... Y. Jaffré, 1996



DRAFT

Dans leurs consultations, les soignants se heurtent tous les jours à ces affirmations populaires qui ont une influence insoupçonnée sur les motivations ou les résistances des malades. Ce savoir profane ne correspond pas en général avec celui de la médecine, débordant par excès ou défaut : les populations vont interpréter divers symptômes comme autant de maladies à part entière. D'un autre côté, là où la biomédecine va diagnostiquer selon les cas des pathologies gastriques, intestinales, gynécologiques, les représentations populaires peuvent y construire une seule maladie. L'interprétation va regrouper ces symptômes visibles, qui semblent être de même nature par leur forme ou leur consistance. Les populations pourront parler de « *la maladie qui provoque des boules* » et englober sous ce nom une hernie, une tumeur, des hémorroïdes... Cette dissonance explique des itinéraires thérapeutiques privilégiant le populaire aux dépens du biomédical pour certaines maladies, où le rapport traitement/maladie n'est pas évident aux yeux des malades (maladies chroniques par exemple). Dans d'autres cas, cependant, le trouble observé peut correspondre à un symptôme identifié par la biomédecine, comme pour la rougeole, où il y a coïncidence entre représentations populaires et diagnostic biomédical. Cette maladie est souvent bien identifiée et peut être nommée précisément. Alors cette connivence entre dénominations populaires et biomédicales permet d'initier un dialogue plus facile entre soignant et soigné, qui parleront du même mal.

Les représentations culturelles vont aussi définir ce qui est maladie ou ce qui relève d'un état normal. Dans certaines cultures, des phénomènes que la médecine occidentale juge pathologiques ne sont pas considérés comme des symptômes : les vers intestinaux que certains groupes ethniques considèrent comme des éléments nécessaires à la digestion en sont un exemple.

Les savoirs profanes sont construits sur une logique de l'expérience qui accorde crédit au ressenti et au vu. Les représentations se constituent autour de sensations ou de similitude, c'est le principe d'analogie. Les savoirs populaires rassemblent ce qui se ressemblent: faute d'une terminologie scientifique, l'explication des dysfonctionnements du corps s'accorde avec le plus quotidien et acquiert ainsi une crédibilité fondée sur l'évidence de ce qui est proche et habituel. Alors il y a souvent confusion entre la cause et le symptôme. A titre d'exemple, la toux suite à un rhume provoquerait la tuberculose.

Les causes de la maladie

Dans de nombreuses régions du monde, les conceptions traditionnelles des causes de la maladie sont basées sur le principe de la double causalité (cause naturelle/matérielle et cause surnaturelle/spirituelle) et admettent une pluralité de causes isolées ou concomitantes. Les populations attribuent un caractère essentiel, déterminant aux causes sociales puisque la maladie est souvent vue comme un désordre, qui serait le non respect de normes. Il existe bien entendu des différences entre les populations urbaines ou rurales, alphabétisées ou pas, sédentaires ou non etc.... Ainsi en milieu urbain, on assiste à une cohabitation des interprétations de la maladie, avec des phénomènes d'emprunt culturel entre groupes voisins.

Une conception n'exclut pas d'autre : il y a une juxtaposition des croyances et de leur utilisation pratique. Les représentations des maladies sont très disparates et intriquées les unes aux autres suivant les communautés.



Comprendre les conduites

Plus haut, on a pu voir que d'une manière générale, les interprétations populaires des maladies donnent suite à une nomination qui relève d'un corps « crypté », permettant de dépasser l'angoisse de l'inconnu. Nommer la maladie, c'est effectuer un diagnostic élémentaire, c'est identifier un ou plusieurs troubles en une maladie familière, en fonction de l'organe affecté ou des signes visibles : la crise de foie en est un exemple. Mais **elles peuvent aussi nommer la maladie en fonction de leur perception de la gravité** : en wolof, le paludisme se nomme *sibiru*, de *sibir* qui veut dire *revenir demain*. La traduction des noms populaires des maladies peut être une entrée pour comprendre les conduites. Ces catégories populaires de la durée influencent l'utilisation des services de santé, surtout en raison des différences d'interprétations entre les conceptions populaires et biomédicales. Par exemple, si les représentations populaires expliquent la gravité de la maladie par sa persistance, il est difficile alors d'accepter une prise en charge lente et sans médicament, comme c'est le cas pour une hépatite. De l'interprétation va déboucher l'identification d'un mal. Selon l'interprétation et les choix/possibilités offerts, le malade ou son entourage décidera du thérapeute approprié. Cumulées avec des facteurs économiques, ces caractéristiques opèrent un partage entre ce qui se soigne localement et ce qui se soigne par la « médecine des Blancs ».

En résumé, les représentations populaires tentent d'expliquer les maladies en s'appuyant sur des observations basées sur le corps et ses souffrances, mais elles peuvent aussi s'appuyer sur leurs formes de transmission ou de durée, et sur l'efficacité des traitements. Cela nous amène à réfléchir sur les itinéraires thérapeutiques des populations.

Importance pour les professionnels de santé de connaître le nom populaire des maladies et leur traduction pour comprendre les représentations et ensuite les conduites. Les descriptions populaires d'une maladie sont toujours en rapport avec des localisations anatomiques, des douleurs, des traitements, des durées etc. La perception de la gravité, la notion de durée, et le mode d'évolution de la maladie sont alors des traits pertinents pour comprendre les conduites sanitaires.

-les itinéraires thérapeutiques : question de rationalité

L'itinéraire thérapeutique fait généralement référence à une trajectoire, à la succession des choix entre médicaments, soignants, doctrines et croyances, **où l'ordre de ces choix et l'évolution des demandes est à la fois fonction de la perception des maladies, de la gradation des angoisses, de la perception de l'efficacité des pouvoirs thérapeutiques (Benoist, 1996) et des moyens que l'on dispose.**

L'itinéraire thérapeutique correspondant à l'expérience de la maladie présente toujours une dimension individuelle et sociale. On peut avancer que d'une manière générale, l'apaisement de la douleur est la première motivation dans la recherche de soins. Les malades vont évaluer et choisir de manière pragmatique les recours possibles en fonction de leur efficacité à faire cesser la douleur. La médecine moderne est plutôt recherchée dans les domaines où elle apparaît la plus efficace, c'est-à-dire pour la prise en charge des maladies aiguës. Le fort usage des antalgiques modernes en est le témoin. Au niveau linguistique, cette préoccupation se vérifie par la présence de nombreux termes désignant des pathologies par l'association de la localisation anatomique avec la signalisation de la douleur (maux de ventre, de tête...)



DRAFT

Prenons un exemple d'itinéraire thérapeutique, autour de la gestion de la fièvre qui présente un cas d'étude dans la gestion de la maladie en rapport avec la douleur, les perceptions, la gradation des angoisses mais aussi des moyens disponibles (économique et social):

1. La personne perçoit les premiers signes de fièvre (ou elle constatera qu'elle a *le corps chaud*: nomination). La fièvre, comme la diarrhée sont des exemples de maladies « du quotidien » perçues comme quelque chose de banal en raison de sa fréquence et de son caractère récurrent, pliant facilement sous le paracétamol et allant naturellement vers la guérison. Dans un premier temps, du fait de cette perception, elle fera l'objet d'une gestion domestique, à savoir la solution la moins chère et la moins contraignante. Cette première étape est variable en fonction du statut social : les femmes et les enfants sont plus sujets à une gestion domestique que les hommes. Dans cette première partie, nous pouvons donc distinguer trois éléments dans la gestion du trouble : un déterminant culturel (perception de la maladie), un déterminant économique et un déterminant social (automédication, plus fréquente chez la femme et l'enfant).
2. Lorsqu'elle s'aggrave c'est la perception de la maladie qui va influencer le recours, on va au plus efficace : le malade, constatant l'aggravation va faire appel à ses proches et expliquer son trouble. Dans le choix du recours, le voisinage, l'entourage proche, la famille, ont une influence certaine.
3. En fonction de la manière dont le malade va expliquer sa fièvre, une hypothèse sera formulée, puis une maladie nommée et imputée au registre naturel ou surnaturel. C'est en suivant les perceptions de chacun et leurs interprétations des troubles, qu'il faudra faire le choix sur le recours le plus approprié. Dans les sociétés du Sud, si la fièvre est accompagnée de convulsion, de « crises », on se tournera le plus souvent vers le guérisseur, car la crise, est dissociée de la fièvre qui la précède et est associée à des causalités surnaturelles. Le malade sera alors conduit chez le guérisseur même s'il est reconnu que le dispensaire soigne bien d'autres fièvres, et que dans certains cas il peut être moins cher.

On pourrait rajouter une quatrième étape, qui serait constituée par : perception de l'inefficacité du thérapeute à cause de la persistance des troubles et changement de thérapeute et/ou de médecine/structure. Il faut comprendre que le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif. On passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si on ne parvient pas rapidement à un résultat, quitte à faire des allers et retours. Les représentations de la maladie sont au plus haut point malléables, immédiatement modifiées par les individus après trois jours de traitement inefficace. **Les comportements de recours aux soins sont déterminés par un processus d'essais et d'erreurs** sans oublier non plus le « bouche à oreille », ou l'importance du voisinage du malade qui va indiquer à une personne le nom d'un thérapeute qui l'a bien soigné. Dès lors, la qualité de la communication et l'instauration d'un climat de confiance ont un effet sur l'efficacité des prescriptions et le suivi des traitements.

Ce qu'il est important de savoir pour comprendre les logiques des populations est que l'usage de chaque recours (moderne ou traditionnel) est déterminé en partie par sa capacité à obtenir des résultats.

Pour terminer, **les comportements en matière de santé sont pragmatiques et rationnels** : on utilise tout ce que l'on peut, dans la mesure de ses moyens. Concrètement, les soins modernes et les savoir-faire d'ordre prosaïque ont tout à gagner d'être accompagnés de protections magiques, c'est un « plus ».



DRAFT

Pour comprendre les itinéraires devant la maladie, il faut prendre en compte la représentation de la maladie (qui ne coïncide pas toujours avec une représentation biomédicale), sa nomination (auprès ou par les proches), des critères comme l'épisode morbide dans le temps (début du trouble et aggravation) et la notion de perception des traitements (efficacité). En conséquence, pour comprendre le délai important qui existe lors d'un recours à un dispensaire et pour essayer de faire passer un message préventif sur les comportements en cas de maladie, il faut prendre en compte toutes ces caractéristiques, afin que dès le départ, soignants et population parlent de la même chose.

-Le médicament comme marqueur social et culturel

Parler de l'accès aux soins ne peut se faire sans aborder la question du médicament, puisqu'il est au cœur du processus de santé, allant de l'intimité de la consultation où il soulage le mal et/ou atteste de la vérité du diagnostic, jusqu'à sa vente où il rassemble de larges enjeux socioéconomiques. Comme dans la plupart des sociétés du Sud, chaque marché offre à la population ses étalages de feuilles, de potions et de produits chimiques (avec « prix au comprimé ») divers censés procurer la guérison.

Les rumeurs autour de l'efficacité d'un remède, le nom donné au produit, sa présentation, les vertus thérapeutiques qu'on lui accorde, à tort ou à raison (qu'importe dès lors que la croyance est partagée), peuvent aider à comprendre les comportements des malades envers les thérapeutiques. Ainsi, la dexaméthasone ou le falbitone qui sont des corticoïdes sont achetés pour procurer des attraits plus charnus à celles qui s'en croient dépourvues (on nomme ces médicaments au Mali *dafurukubanin* ou *bobarabanin*, qui signifie respectivement « grosses joues » ou « grosses fesses »). De même les effets excitants de l'éphédrine en font une « drogue » accessible, les anxiolytiques potentialisent les effets de certaines drogues, l'auroéomycine devient un produit lubrifiant, permettant aux femmes de simuler l'envie de rapports sexuels, les anti-dépresseurs sont pris comme stimulants et les antibiotiques ont fait l'objet d'une campagne de publicité pour expliquer qu'« ils n'étaient pas systématiques »...**L'usage des médicaments et leurs détournements révèle les préoccupations sanitaires, esthétiques ou psychologiques des populations, mieux que des enquêtes d'opinion. L'usage des médicaments révèle aussi les modes d'appropriation de l'information sanitaire, qui ne vont pas sans comporter de réels risques sanitaires.** Privé de conseils médicaux et du savoir nécessaire permettant de comprendre la composition du produit et les spécificités de son usage, les consommateurs ne peuvent se fier qu'aux effets qu'ils observent pour évaluer le produit. Autrement dit, **le référent n'est pas la molécule chimique active mais l'effet ressenti ou attendu.** Le médicament devient une substance séduisante, renforcée par la publicité, dont on consomme autant le symbole que le produit.

D'autre part, il est des médicaments qui deviennent des « marqueurs » comme c'est le cas pour l'usage des thérapeutiques du VIH/sida: l'expérience des traitements est marquée par la sélectivité de l'accès aux traitements, et par les dimensions de « marqueur social » du médicament. Dans le choix du recours au « marché » ou « pharmacie par terre », nombre d'acheteurs évoquent des raisons pécuniaires, liées à la possibilité d'achat à l'unité. De plus les pharmacies obligent à des démarches complexes, notamment pour obtenir une ordonnance. Le brouhaha du marché semble protéger la confidentialité et la pudeur des acheteurs, qui ont honte d'aller à l'hôpital pour expliquer leur maladie. Pour résumé, ces



DRAFT

objets véhiculent des rapports aux savoirs et aux pouvoirs, plus ou moins inégaux, et sont insérés dans un système de santé et dans des réseaux.

L'ensemble de ces avantages n'empêche pas cependant que les médicaments peuvent faire l'objet de perceptions négatives (liées à leur opacité, leur agressivité et leurs effets secondaires) qui sont aussi l'expression de positions politiques. Les résistances à l'égard des médicaments peuvent s'exprimer par des formes de non-observance qui sera le reflet d'un scepticisme face au corps médical et ses prescriptions. Le refus des médicaments est signifié par le choix de médecines alternatives, en particulier dans les pays où il existe des traditions médicales développées revendiquées comme l'expression d'une connaissance spirituelle visant à une harmonie et un équilibre absent dans les thérapies occidentales.

Le sens du médicament donné par les populations doit être interrogé par les professionnels de santé car il pose des questions spécifiques. On comprend qu'il ne s'agit pas seulement de faire des sortes d'inventaires des préparations thérapeutiques traditionnelles, mais de connaître les usages des médicaments et les représentations qui y sont associées. Les professionnels ne doivent pas seulement essayer de comprendre les « remèdes » traditionnels tels que les décoctions ou autres mais aussi les sens que les populations donnent à une simple injection. La place qu'occupent les médicaments dans la vie quotidienne est essentielle pour comprendre les comportements en santé. Les usages du médicament semblent fournir une « fenêtre » sur des aspects fondamentaux de la culture tels que le rapport au savoir, la notion d'ordre ou celle d'autorité.

-les relations soignant/soigné : conflit de perspective et difficulté de communication

Dans la relation soignant/soigné, la représentation des soignants sur la maladie est le plus souvent différente de celle des soignés. On constate très souvent un décalage entre les savoirs et pratiques des soignants basés sur une conception biomédicale de la santé et les représentations et pratiques populaires des maladies, qui mettent elles en jeu beaucoup plus que du biologique : le système d'identification et de classification des maladies n'est pas toujours superposable avec celui qu'utilisent les populations. Ainsi, par exemple, si du côté scientifique on parle de « maîtriser des facteurs de risque », du côté populaire, il s'agit plutôt de « se mettre sous la protection de ». Les soignants vont s'exprimer avec des référents biomédicaux qui ne correspondent pas forcément aux référents culturels employés par les populations. Il en découle divers problèmes d'ordre sémantiques et cognitifs. Accéder à des pratiques médicales ne signifie pas qu'elles prennent sens à l'intérieur d'un discours cohérent. **Les discours et objets du système biomédical sont souvent réinterprétés, voire détournés.** Tout acte de soin est un phénomène signifiant et l'activité médicale est toujours interprétative. Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical, fondées sur des notions biologiques. Le malade, de son côté, possède son propre point de vue concernant son état et s'est forgé, à son propos, un « modèle explicatif » ; celui-ci peut être en partie individuel mais il est aussi enraciné dans les représentations collectives.

Comment expliquer ce décalage profond dans la communication soignant/soigné ? Si l'on essaie de comprendre les principales causes du manque de communication entre professionnels et populations, il faut peut être partir de la formation des professionnels de santé.



DRAFT

La formation professionnelle telle qu'elle existe actuellement a tendance à reproduire les caractéristiques du paradigme pasteurien. L'enseignement reçu par les étudiants est avant tout imprégné de la même logique: une cause, une maladie, un traitement. Parmi les caractéristiques de la formation médicale, on retrouve celles d'un milieu très hiérarchisé, où l'on est centré sur les aspects techniques, et où la neutralité affective et la distanciation vis-à-vis du patient et de sa souffrance sont gages de professionnalisme. Cette formation sous-estime les aspects culturels et sociaux, et les attentes des patients sont parfois perçus comme une entrave à la recherche de la cause médicale du problème. En effet, dans des contextes difficiles (soins palliatifs, guerre civile...) les soignants sont pris dans le paradoxe de devoir supporter des détresses et toujours s'interdire d'écouter, de participer ou de s'acoquiner à cette souffrance pour mieux la combattre.

Le cursus médical à l'hôpital impose aux soignants les « bonnes manières » de se comporter face au malade et canalise ainsi les réactions face au corps et à la maladie. Dans tous les lieux de soins, il y a une observance des soignants au modèle objectivant du corps imposé par la médecine universitaire, qui se manifeste par une neutralité émotionnelle, une distance protectrice et un contrôle de soi. Se comporter en professionnel, c'est faire taire ses sentiments, au moins en apparence : « *quand elle est décédée, personne n'en a parlé, on a continué à travailler comme si de rien n'était* » Un infirmier « *A l'hôpital, pendant tes stages, tu apprends à ne rien laisser paraître, même si tu es dégoûté, si tu es déprimé, c'est comme un code entre nous* » Un interne

Dans la médecine universitaire, le malade disparaît derrière la maladie. Pour supporter le caractère dramatique de certaines situations, il y a l'institution : le malade n'est plus cette femme atteinte du sida avec des enfants en bas âge, mais un numéro, attribué par rapport à son lit ou son dossier. Le malade perd en quelque sorte son identité, il n'est plus un être social, et encore moins un être émotionnel, car l'anonymat d'un corps permet au soignant de se décaler d'un trop grand affect. La technique permet de décaler le regard, de se réfugier derrière un savoir et donc de se placer de « l'autre côté de la barrière » : le malade, c'est l'Autre. Mettre de la distance dans les soins par la technique revient pour le soignant à se couper de l'image de la maladie et de la douleur que renvoie le malade. Il est pourtant difficile d'être toujours sourds face à des malades dont on s'occupe quotidiennement... Une des grandes difficultés dans la relation au malade revient à parvenir à se maintenir ni trop près, ni trop loin. Il est difficile de trouver la « juste » place. Les soignants dans leur pratique quotidienne sont devant un rapport obligé à la douleur des malades. Pour C. Mercadier¹³ le soignant dans son rapport au malade et à sa douleur est victime de l'effet de miroir. Ce phénomène serait d'autant plus difficile à supporter si le malade partage une certaine identité avec le soignant, comme sa profession, son âge, son quartier... Pour Y. Jaffré¹⁴, la « biographie » du soignant vient moduler la forme de son interaction avec le malade.

La médecine conventionnelle doit préserver la rencontre car l'hypertechnicité entraîne une dérive désastreuse : elle transforme le malade en un être impersonnel et le médecin en un technicien qui intervient à partir de résultats instrumentalisés. Les gestes de soins ne sont pourtant pas seulement de la « technique » pas plus que les soignants des « techniciens ». Le patient doit entrer dans la délibération et participer au choix d'une thérapie, ou du moins à son consentement. La qualité des soins recouvre ainsi les relations interpersonnelles entre patients et soignants. L'accueil, l'empathie, le respect de la personne, le temps consacré, les explications prodiguées et l'honnêteté des personnels sont autant d'éléments de la qualité perçus par les usagers. **C'est justement parce qu'ils touchent les malades (auscultation,**

¹³ Mercadier C., 2002

¹⁴ Jaffré Y., 2003



DRAFT

palpation, etc.) et qu'ils favorisent le « contact » par une portée rituelle que les guérisseurs sont appréciés voire parfois préférés par les populations.

La relation avec le thérapeute est un moment crucial pour maintenir la confiance puisque pour une personne qui se sent malade, se soigner ne suffit pas. Pour améliorer la communication, les soignants doivent anticiper les résultats ou effets pervers liés au manque de prise en compte de la culture des soignés en augmentant leur connaissance des codes de bienséance, des valeurs, et des normes liés aux soins. Il faut alors que le praticien puisse accorder du temps à l'échange et à la demande angoissée du patient.

2- La gestion collective de la santé

-les « autres médecines » : la place des médecines populaires et l'articulation avec la médecine conventionnelle

« Les malades demandent à la médecine des « blancs » de soigner les symptômes de la maladie et à la médecine traditionnelle d'identifier les causes ultimes du mal et de mettre en œuvre les moyens pour la combattre » Olivier de Sardan, 1995

En dépit de la place importante qu'occupent les systèmes de santé modernes, ils ne détiennent guère l'exclusivité des recours thérapeutiques. D'autres méthodes sont utilisées dans la quête de santé de chaque individu. Dans beaucoup de pays, Europe comprise, les malades circulent de plus en plus entre des univers thérapeutiques totalement étrangers les uns aux autres. En effet, malgré l'autorité dont jouit la biomédecine pour le traitement de la maladie dans les sociétés occidentales contemporaines, force est de constater qu'une part croissante de leurs populations font aujourd'hui usage de méthodes thérapeutiques autres. Ces médecines traditionnelles précèdent, remplacent, accompagnent ou suivent les autres thérapies. On parle de rebouteux, d'enleveur de feu, de chaman, de marabout ou encore de tradipraticien...

Le recours à la médecine traditionnelle a souvent été imputé, à tort, aux carences du système de santé. Or, il y a une véritable croyance de la part de la population en son efficacité, et à sa complémentarité. Puisque les maladies relèvent de la culture, du symbolique et des valeurs, les traitements ne peuvent pas toucher que la dimension organique de la maladie. Quelle est l'efficacité de la médecine moderne à apaiser le courroux des esprits ou recentrer les énergies vitales? Enfin, les difficultés de la relation et de la communication, la complexité du jargon médical, le peu de certitudes en matière de diagnostic dans certains contextes, disposant de peu de moyens d'analyse ou radio, ne permettent pas de concurrencer la prise en compte globale du malade et de ses angoisses par les tradithérapeutes.

Ainsi, sous la prédominance du biomédical, certains facteurs peuvent alimenter le pluralisme médical qui « loin de s'estomper avec la modernité, y puise une force plus grande » (Benoist, 1996). La désertion des médecins du champ des douleurs et des angoisses humaines et la technicité croissante de leurs interventions ont fait des formes traditionnelles et des groupes religieux des recours de plus en plus en vogue pour soigner les maladies dites de l'esprit (Jacquemot, 1996). Il y a les maladies des blancs et il y a les *autres*... **Le domaine populaire inscrit les tradithérapeutes et les malades dans une homogénéité de sens** : on trouve le même langage autour des symptômes, la même interprétation des causes du



DRAFT

mal ou encore du principe actif du médicament. Le malade ne se sent pas exclu du processus de soin, puisqu'il maîtrise les mêmes référents que le guérisseur, faisant parti du savoir populaire commun. Les manières de formuler les diagnostics et les attentes pour un traitement sont ainsi basées sur un savoir commun, ce qui facilite leur acceptation et la perception d'efficacité.

Pour poser un diagnostic et un traitement, populations et guérisseurs « bricolent » autour de plusieurs raisonnements. Aujourd'hui, le langage des tradithérapeutes et des personnes révèle un certain syncrétisme entre les savoirs populaires et les catégories biomédicales. Ainsi pour exemple, on peut trouver ce mode de raisonnement: *la chloroquine soigne le paludisme, cette maladie ayant été soignée par la chloroquine, cette maladie était le paludisme*. De nombreux guérisseurs empruntent des termes à la biomédecine et les appliquent aux façons traditionnelles de penser la maladie. On trouvera fréquemment des mots comme « germes », « virus », « microbes » pour indiquer un état morbide. Cela provient de plusieurs facteurs, tels que les campagnes d'éducation pour la santé, la proximité de l'hôpital, la fréquentation des structures sanitaires par des proches ou par soi-même.

Comme on a pu le montrer par les itinéraires thérapeutiques, les malades ont une gestion pragmatique de leur santé. Leur logique est de ne pas se rallier à une médecine de manière définitive et absolue mais bien de déambuler entre différentes méthodes (de l'homéopathie à l'allopathie, des plantes aux pilules, des techniques d'acupuncture à la chirurgie, etc...). **Il n'y a qu'un commandement qui soit inconditionnel : celui du soulagement et de la guérison.** A un même mal coïncident des propositions thérapeutiques variées entre lesquelles le malade va choisir à moins qu'il ne les adopte toutes. Le recours simultané aux différentes offres thérapeutiques modernes et traditionnelles est fréquent.

D'autre part, la diversité des influences culturelles dans des pays comme le Brésil, explique aussi l'usage à différentes médecines. **Toute référence aux médecines traditionnelles se doit d'être comprise dans son historicité, sa localité, mais surtout, dans sa pluralité.** En effet, le recours aux médecines populaires, à l'auto-médicamentation ou à la religion traduit les différents rapports entretenus par les résidents des *favelas* envers la société dans laquelle ils vivent ; des rapports socio-économiques, traditionnels ou encore relatifs à l'accessibilité des services. **Les relations soignants/soignés et les limites des structures de santé favorisent la pérennité des références à la médecine populaire et à la religion.**

Il arrive cependant que ce syncrétisme entre médecine traditionnelle et conventionnelle ne se fasse pas et que les populations résistent à des pratiques biomédicales systématiques, telles que la vaccination¹⁵. Le groupe autochtone Madja-Kulina de l'Amazonie brésilienne réinterprète par exemple l'acte de la vaccination selon leurs représentations du corps. Leurs plantes médicinales peuvent soit guérir des maux quotidiens (blessures accidentelles, maux de ventre, de tête) soit donner le pouvoir (plantes savantes) de guérir des maladies plus importantes. Le médicament pharmaceutique est interprété comme pouvant guérir les maux quotidiens (maux de tête sans rapport avec le supranaturel) alors que le vaccin est compris comme pouvant donner également le pouvoir de guérir des maux plus complexes. Outre l'initiation, l'apprentissage, les chamans retirent leur pouvoir par le *dori* substance qui entre sous la peau. Le pouvoir des chamans conduit au monde abstrait des esprits lequel devrait être étranger au domaine des biotechnologies. Cependant, la substance du vaccin est

¹⁵ Laplante J., Bruneau J., 2003, « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », *Historia, Ciências, Saúde_Manguinbos* vol.10



DRAFT

perçue comme interférant dans ces pouvoirs. Il est possible que la sagesse accordée à certaines plantes comme le *dori* puisse être transmise aux substances injectables des vaccins qui pénètrent elles aussi le corps et viennent en modifier l'état. Le vaccin universel constituerait donc l'injection d'une substance savante dans le corps de chacun des habitants des villages, ce qui priverait le chamane de l'une de ses particularités essentielles, à savoir celle d'être le seul à pouvoir incorporer les savoirs des plantes savantes. Ainsi le vaccin interfère-t-il avec la spécificité du chamane de donner la maladie et d'en guérir. Les chamanes Madija-Kulina affirment perdre leur pouvoir de pratiquer en raison de ces interventions biomédicales: les pouvoirs de la vaccination leur font perdre le *dori*. La vaccination devient ainsi une violation de la tradition reliée à l'intrusion de techniques nouvelles. La sagesse incorporée du vaccin permet à tous les habitants vaccinés des villages d'éviter la maladie sans l'intermédiaire du chamane; en même temps, tout comme peut le faire la sagesse du *dori* ou des plantes savantes incorporés par le chamane, la sagesse du vaccin peut aussi donner la maladie. Chez les Madija-Kulina, la population craint, par conséquent, les pouvoirs des vaccins de la même manière qu'elle craint ceux des chamanes. Lors de l'annonce d'une campagne de vaccination, plusieurs habitants fuient les villages ou préfèrent vaquer à leurs tâches quotidiennes plutôt que de prendre des risques.

Depuis quelques années, la prise en compte de la médecine traditionnelle dans les structures modernes est recommandée par l'OMS. La prise en compte des « savoirs-thérapeutiques-non-détachés-des-thérapeutes » implique d'inventer des modes de rencontres entre des mondes différents. Mais cette collaboration paraît problématique sur de nombreux points. Ainsi, faire sortir les plantes du réseau dans lesquels leur usage est codifié pour les faire entrer dans un usage « scientifique », est une opération souvent impossible. La même plante a des qualités différentes selon le moment où on la cueille, selon l'endroit où elle pousse et toujours selon la manière dont elle est mélangée à d'autres substances... D'autre part, certaines pratiques sont dangereuses et il semble difficile de pouvoir les contrôler. On ne peut pas demander à un guérisseur de n'admettre qu'une partie de sa pratique jugée non risquée pour les malades sans prendre le risque de se voir dissimuler le reste. Enfin, un marabout ou un chamane ne se définit pas uniquement comme guérisseur, et incorporer leur pratique dans un programme, c'est aussi incorporer leur statut social, politique (augmentation du prestige et du pouvoir) ...

Dans sa pratique, il ne faut pas faire de dichotomie sommaire entre tradition et modernité dans un monde où aujourd'hui les médicaments allopathiques ont atteint les moindres recoins de la planète. Le professionnel doit reconnaître le caractère multiple des itinéraires thérapeutiques, les phénomènes de syncrétisme thérapeutique, les attentes et frustrations liées à la fréquentation des structures hospitalières. Tous ces facteurs conduisent à l'évidence du pluralisme médical. Seulement, il doit être attentif lors des tentatives d'incorporation des pratiques traditionnelles, car elles ne sont pas sans risque. Il doit pouvoir identifier les enjeux sociaux, économiques et politiques liés aux différentes médecines traditionnelles et à leurs représentants.

-interrogation sur la catégorisation des populations cibles

La définition d'un groupe cible semble être un préalable qui semble indispensable à toute action. Seulement il y a des questions à poser : le choix des cibles est-il toujours pertinent ? Est-il réellement possible de définir des groupes ? Et surtout quelles sont les conséquences du ciblage ?



DRAFT

« Désigner un groupe conduit inévitablement à l'exclusion et à la stigmatisation » B. Taverne.

Certaines cibles (population à risque SIDA, travailleurs du sexe, toxicomanes, mères d'enfants malnutris...) peuvent se retrouver dans une position très marginale des suites du ciblage. Leur désignation comme groupe cible les place en position d'accusés, ils peuvent être suspectés d'apporter la maladie. Le ciblage est une « accusation » sur leur conduite présente ou passée qui met en cause leur moralité ou leur mode de vie. La tuberculose dans beaucoup de zone est synonyme de pauvreté, de mauvaise vie. **Le ciblage peut être accompagné d'attitudes de stigmatisation voire d'exclusion. L'identification est donc un processus délicat, il faut se prévenir contre les effets secondaires néfastes** : dans les pays où les efforts de prévention portaient principalement sur la transmission hétérosexuelle du VIH, on a considéré que le genre de l'épidémie du sida était féminin, de la même façon que le sida a été vu comme une « maladie gay » en Amérique de Nord. La reconnaissance, dans une perspective de santé publique, que les femmes sont biologiquement et socialement plus vulnérables à l'infection par le VIH se combine à une tendance écrasante, dans la vision populaire, à sataniser les travailleuses du sexe et les autres femmes « sexuellement immorales », car dangereuses et contagieuses. Il en résulte des effets pervers dans l'intervention : si l'on centre les ressources sur les femmes et le sida, comme il est nécessaire de le faire, on renforce l'impression courante que le sida est un problème de femmes, détournant ainsi l'attention des rôles et des responsabilités des hommes. Ainsi, aujourd'hui au Népal par exemple, le sida charrie des connotations raciales, de classes et aussi de genre. En Afrique, les femmes ne veulent pas être vues avec des préservatifs chez elles, car cela les signifierait qu'elles se prostituent.

Il faut être prudent dans la définition du groupe cible. Le fait d'apparaître comme le destinataire privilégié et donc principalement concerné, va être un processus de différenciation d'individus au sein de son groupe.

-Réflexion autour de la participation de la communauté et de la position des personnes ressources : ambiguïtés, stratégies, résistances et jeux de pouvoirs

Les jeux de pouvoirs autour de la santé et de la maladie

Plusieurs programmes indiquent que dans le domaine de la santé, les pratiques participatives permettraient de gagner en efficacité : impliquer les populations apparaît comme nécessaire pour obtenir l'adhésion des populations. Seulement si la participation de la population a un rôle déterminant, cette situation est souvent difficile et sa complexité sous-estimé.

Il faut considérer un projet comme un espace où vont se dessiner des enjeux politiques, économiques, de prestige....qui deviendront des principales sources de conflits. Ne pas identifier et ne pas traiter ces enjeux, c'est prendre le risque de les voir émerger de manière violente contre le projet. **Il faut alors garder un mémoire que tout acteur (population cible, chef de village...mais aussi professionnel) va mettre en place des stratégies et des comportements en vue de préserver ses intérêts. Appartenir à un projet signifie être en relation avec les diverses ressources mises en jeu par le projet.**

Il s'agit de ressources économiques (le plus visible : argent, emploi, per diem), culturelles (nouveaux savoirs-faire, formation etc.), sociales (réseaux de personnes-ressources, de relations personnelles, les carnets d'adresse, insertion dans les administrations etc.).



DRAFT

Le projet n'est donc pas la simple application d'un programme de santé mais une remise en cause de la distribution hiérarchique des positions et des rôles, des catégories et des groupes d'acteurs sociaux. Le projet devient l'occasion et le lieu d'un ensemble de luttes pour la répartition/possession des ressources dont la nouvelle répartition des pouvoirs (renforçant celui-ci ou celui-là) est l'un des enjeux majeurs. Les acteurs d'un projet de développement ont une capacité stratégique à infléchir les opérations dans lesquelles ils sont impliqués ou auxquelles ils sont confrontés.

La question de la motivation paraît essentielle pour comprendre le comportement des populations. S'interroger sur le sens que revêt une action dans les représentations des populations permet à la fois d'avoir une explication et une compréhension des conduites. Aussi dans la construction d'un projet, il paraît nécessaire de prendre en compte le sens construit par chacun et qui peut être collectif. Quel est l'intérêt des populations à participer à des actions ? Comment les populations perçoivent-elles cet intérêt ? Comment des populations cibles, à savoir les plus vulnérables, peuvent-elles s'impliquer dans un projet ?

-Identification et représentativité des acteurs

Les expériences passées d'intervention, le contexte politico-administratif, les relations préalables de l'équipe dans le village, les intermédiaires avec lesquels des liens privilégiés sont établis, vont influencer fortement sur la possibilité d'identifier des acteurs représentatifs de la population ainsi que les besoins prioritaires. **Lors du recueil d'information, on assiste souvent à une domination d'un groupe qui va de pair avec l'exclusion des points de vue et des perceptions des membres minoritaires, qui n'ont pas la possibilité de faire passer leurs intérêts et opinions au rang d'intérêt général. C'est le cas en particulier des femmes, placées aux affaires privées et domestiques.** Le risque est de passer à côté des informations essentielles, car la participation et le recueil des besoins des populations auront mis l'accent sur une vision commode des intérêts qui gomme les différences. Il ne faut pas sous-estimer ce problème dans les causes de réussite ou d'échec d'un programme. Les études de cas¹⁶ montrent en effet la **grande hétérogénéité des populations cibles mais aussi qu'elles peuvent avoir des visions des actions très éloignées de celles d'autres catégories d'acteurs.** Il faut donc valoriser la contribution des catégories les plus faibles. Alors dans certains contextes, il faut tenir compte des possibilités d'expression lors de la sélection des participants, et il est peut être utiles de ne pas associer des personnes qui entretiennent entre elles des rapports hiérarchiques.

Lors des recueils de besoins d'un village, il faut chercher à comprendre qui est là ou pas, pourquoi, et donc repérer les facteurs d'ordre pratique (temps, distance) ou sociaux (factions et alliances) qui déterminent le fait d'assister ou non. La non-participation de certains acteurs et les distorsions de l'information qu'elle provoque doivent être considérées. Parce qu'il y a beaucoup d'enjeux et donc de contrôle dans le flux des informations, il faut éviter de créer des contextes sociaux formels. Il est de la responsabilité du programme de s'assurer que l'ensemble des catégories les plus faibles (en terme de statut social ou encore d'aisance dans l'expression orale) puisse effectivement s'exprimer et défendre son point de vue.

¹⁶ Olivier de Sardan J.P



DRAFT

-Santé communautaire et travail humanitaire: une relation idéale ?

L'approche communautaire signifie que la population gère son propre capital santé, évalue ses besoins et recherche ses solutions. La santé communautaire est une nouvelle forme d'organisation autour de la santé imposée par les transformations subies dans les systèmes de santé des PVD qui ont invoqué la capacité des communautés à se prendre en charge, et à donner des réponses plus proches des besoins des individus. Selon cette vision « communautariste », les personnes et les familles deviennent responsables de leur santé et de leur bien-être, sous le couvert du concept d'*empowerment*, qui cache en fait l'abandon de la part de l'Etat de son rôle actif et déterminant sur les conditions de vie de la population, en particulier pour les plus pauvres. **Ce concept de santé communautaire part d'une vision de la « communauté » ambiguë, reposant sur le postulat d'une tradition de gestion des biens collectifs qui n'a pas toujours de réalité sur un terrain** où les conflits, systèmes inégalitaires, et pressions sur les minorités, sont le quotidien des villages ou quartiers.

Le système de santé communautaire, même artificiellement créé, peut être un levier pour l'action à condition que le professionnel prenne en compte l'influence des groupes stratégiques, des pressions, des conflits dans l'accès aux soins des plus pauvres, que ce modèle charrie dans son mouvement. Il faut alors essayer de comprendre comment il s'organise, comment se positionnent les hiérarchies (conseil de gestion) et comment ses structures sont perçues par les populations. Un centre de santé communautaire déprécié par les populations affaiblira l'appropriation d'un projet s'il collabore. Au contraire, un centre de santé communautaire bien intégré par les populations pourra être une interface pertinente pour le projet.

3-Mise en garde face à la vision culturaliste et à la tentation de l'ethnocentrisme

Echange entre un médecin (M) et un anthropologue (A) :

M : « Etudiants en médecine, on était allé monter une petite maternité au fin fond du Sénégal, la maternité n'a jamais tourné, pour une raison très simple, on avait mis à la tête de la maternité un wolof alors que c'était une communauté Toucouleur, je me suis dit : tiens, on est des ignares de médecins, si on avait eu un anthropologue ça ne nous serait pas arrivé »

A : « Vous avez dit : pour une raison très simple, il n'y a jamais de raison très simple à l'échec d'un projet. Je suis assez convaincu que ce n'est pas parce que le responsable était wolof, en tout cas, ce ne peut être l'unique raison. (...) C'est vrai, c'est un peu le dada des anthropologues que de dire : « méfiez vous des conflits ethniques » et là je suis un peu réservé. »

Des projets de santé qui ne sont pas appropriés parce que les populations tiennent à leurs « gris-gris », ça existe vraiment ?

Cette partie tente de mettre en garde contre les représentations et la vision culturaliste qui alimentent les stéréotypes des professionnels de l'humanitaire et du développement à propos des populations. Cela ne signifie pas qu'il faille négliger la part du culturel dans les comportements des populations face aux actions mais juste qu'il est peut être facile de verser dans le tout culturel pour expliquer les échecs des programmes... Ce point sera traité



DRAFT

avec l'aide d'un exemple, celui d'une enquête anthropologique¹⁷ commandée par une institution pour répondre à la question de la non appropriation de leur programme de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. Cette institution avait invoqué précédemment les réticences des femmes des milieux populaires à se rendre aux consultations prénatales, à accoucher dans les maternités, à utiliser des méthodes contraceptives par un attachement à des pratiques et des valeurs traditionnelles (les soins aux femmes enceintes par les accoucheuses traditionnelles, la préférences pour les progénitures abondantes etc.) et à un rejet des savoirs et des normes modernes (médecine, contraceptifs...). En réalité, l'enquête a montré que ces analyses traduisaient plus les représentations que se faisaient ces spécialistes des populations auxquelles ils ont affaire que la réalité à laquelle ils étaient confrontés. En effet, d'une part l'attachement à une certaine tradition, avérée pour les populations rurales des Andes, n'implique pas des conduites et des conceptions systématiquement et uniquement traditionnelles. D'autre part, loin d'être rejeté par les populations rurales, le monde occidental est incorporé comme cela se manifeste aussi bien dans les efforts pour envoyer les enfants à l'école, que dans l'achat de produits de consommation urbains. Ce que cette étude a aussi montré c'est que **la tendance à produire des interprétations culturalistes est une solution pour évincer des interrogations sur la façon dont sont menés les programmes et surtout dont sont réalisées les activités de soins.** En cherchant du côté des traditions des femmes indiennes, on évite de parler de la relation soignant/soigné, des modèles d'actions...

Sur le terrain, il ne faut pas oublier que les professionnels sont aussi des individus avec leurs valeurs et références, leurs propres comportements et habitudes, manières de faire et de percevoir qui sont parfois bien éloignées de ceux de la population avec laquelle ils travaillent. D'ailleurs, au sein même des équipes de professionnels la question de l'interculturalité se pose aussi par la confrontation de différentes cultures (expatriés avec collègues locaux).

Lorsque l'on tente de comprendre l'interaction entre les programmes et les populations, les études ont fort intérêt à travailler sur les représentations et les logiques des professionnels, aussi. « C'est le travail critique qui différencie le savoir scientifique à la fois du sens commun et du discours idéologique : la permanente remise en cause par soi et par d'autres, non seulement des résultats, mais aussi et surtout des concepts plus ou moins implicites qui servent à les produire, apparaît comme aussi la condition de leur scientificité »¹⁸

D'autre part au-delà de la vision trop souvent culturaliste pour éviter la remise en question de ses propres pratiques, il faut aussi adopter une attitude prudente à l'égard du statut « Humanitaire ». On a souvent reproché aux humanitaires de participer à la tentative de normalisation des cultures par le biais de la santé, de participer à l'« entreprise de moralité¹⁹ » légitimée par l'urgence. Si l'action humanitaire a bien évolué, en consentant à réfléchir sur sa pratique, il faut être conscient que **le travail de l'humanitaire comme celui du développeur ne doit pas être biaisé par des débordements idéologiques.** Les populations concernées par l'action humanitaire sont trop souvent pensées comme « victimes », masquant alors ses spécificités sociales et culturelles : « Cet homme victime de tsunami ou de dictatures n'est plus d'abord un Balinais ou un Birman inscrit dans un groupe social ou ethnique ou un parti : c'est une victime(...). Or, les victimes ne se pensent que rarement comme victimes. C'est le regard de l'étranger qui les définit comme telles²⁰ ». **La relation humanitaire ne doit pas être un monologue, escamotant la culture par l'impératif de l'urgence.**

¹⁷ Fassin D., 2000

¹⁸ Fassin et Jaffré, 1990

¹⁹ R. Brauman

²⁰ B.Hours, 2007



III- Questions de méthode... de l'altérité à la (re)connaissance

Si ce cadre ne prétend pas à la création d'une méthode universelle applicable sur le terrain pour tous les acteurs, ni à la transformation de ces acteurs de terrain en apprentis anthropologues, il vise à promouvoir la curiosité et à sensibiliser à la culture de l'autre dans la relation. Cette méthode doit pouvoir mettre à la disposition des professionnels une façon de déplacer son regard, d'ébranler ses certitudes afin d'être mieux confronté sur le terrain aux autres modes de penser la maladie et le soin et par là même d'améliorer la relation pour qu'elle ne soit plus un monologue mais un véritable dialogue.

1- Diagnostic de déterminants socioculturels dans les comportements de santé : comprendre pour agir

Il est important que les professionnels puissent connaître les représentations sociales et les systèmes de valeurs liés au thème de l'intervention et d'être capable d'interpeller les populations sur sa future action. Cette démarche a pour objectif de permettre aux professionnels de prendre en compte la parole des autres, de tenir compte des besoins exprimés, d'avoir une meilleure connaissance des lieux d'intervention, des savoirs et pratiques populaires, afin de permettre de meilleures décisions et de prévenir les effets pervers (comprendre si le projet bouleverse des relations sociales, ou l'organisation du travail, la gestion du temps...). Le professionnel doit s'interroger sur l'importance de la connaissance des populations cibles sur les thèmes d'action.

Deux objectifs spécifiques :

- Prise en compte des normes, valeurs, pratiques et savoirs populaires et des modes/logiques de transmission des savoirs et des pratiques : identification des éléments culturels clés
- Prise en compte des disponibilités des destinataires : mode de vie, organisation sociale, lignes de pouvoir, ressources possibles...

Méthodologie pour l'établissement du diagnostic :

Au préalable, faire une revue de littérature des études socioculturelles réalisées sur la population ciblée et constitution d'une bibliographie disponible. Il faut être capable de se poser certaines questions qui vont éclairer le contexte de l'action (Comment s'organise la famille (société patriarcale/matriarcale) ? Place de l'enfant ? Quels sont les tabous liés au thème de l'action (interdits alimentaires par exemple) ? Quelle est la structure hiérarchique du groupe ?...). Si la bibliographie ne fournira pas toutes les réponses, elle permettra de faire surgir des questionnements, des interrogations, qui seront posées par la suite.

Par la suite, recueillir des témoignages et des descriptions, faire une série d'études de cas. Pour ce faire, il faut trouver des lieux d'expression et confronter des préoccupations, des démarches et des interrogations diverses, propices à la réflexion et au dialogue.

1- Etablissement des divers groupes pour les enquêtes :

A préconiser : discussion collective en petits groupes spécifiques: les femmes, les hommes, les jeunes et les vieux... Il faut faire de petits groupes, réunis par affinité, afin que la parole ne soit pas censurée ou gênée. De plus, ces petits groupes permettront le recoupage d'informations.



DRAFT

2- Repérage de lieux d'expression pour ces focus group :

Privilégier l'établissement des lieux en fonction de la constitution des groupes : prendre le local d'une association de jeunes, une maison pour les femmes etc...

3- Les thèmes de discussion :

Le questionnaire d'enquête doit être fait par thème pour faciliter la production des réponses : les besoins spécifiques des groupes, les savoirs et pratiques sur telle ou telle maladie, les emplois du temps type de ces personnes, les ressources en santé pour les populations (médecine moderne/traditionnelle, structure de soins, association/ONG, système d'entraide), l'influence des autres ONG et des anciens programmes...

Exemple de questions à poser

- ❖ sur la maladie : D'où vient la maladie/pratique ? Comment la nomme-t-on ? Quand se manifeste-t-elle ? Qu'est-ce qui favorise la manifestation de cette maladie ? Quels sont les symptômes ? Cette maladie est-elle une maladie honteuse ? Comment les guérisseurs traitent-ils cette maladie ? Quel est le traitement domestique pour cette maladie ?...
- ❖ sur l'organisation familiale : Comment s'organise la journée d'une femme/homme/enfant ? Dans une famille, qui prend les décisions importantes autour de la santé ? Qui tient le budget ? Quelles sont les contraintes majeures ? ...
- ❖ Au tradithérapeute/marabout/sorcier/matrone : Quelles sont les maladies les plus fréquentes ? Quels sont les besoins des populations ? Quelles sont leurs difficultés ? Quelles sont leurs attentes/craintes par rapport à une action ?...
- ❖ Autour des enjeux : Qui a le pouvoir de décision ? Qui porte et contrôle les projets d'habitude ? Quels sont les enjeux économiques ? Qui gagne et qui perd ?
- ❖ Qu'ont retenu les populations des anciennes actions d'autres ONG ? Que pensent-elles des actions encore en place ? Comment imaginent-elles l'action à venir ?...

4- Faire un feed back aux populations : il est intéressant par la suite, en préservant l'anonymat, de réunir tous les groupes et de ressortir les points centraux soulevés par les différents groupes informels créés, afin d'inciter la comparaison des points de vue.

L'introduction d'un programme peut faire surgir des confrontations entre les populations qui n'ont pas les mêmes intérêts, il faut alors pouvoir connaître les réticences. Cette discussion de groupe permettra de faire surgir la dynamique des groupes : les rapports de force, les groupes dominants/dominés..., informations qui seront utiles par la suite pour l'identification des personnes ressources et pour l'insertion du projet dans la société ciblée.

D'autre part, à travers l'échange et la discussion va se construire un savoir commun. Ce qui importe, ce n'est pas ces différences culturelles dans le rapport à la santé mais le savoir commun qui va se développer autour de la discussion. Cette discussion peut permettre l'émergence d'information sur la manière de mener le projet.

Dans la mesure du possible les Focus group sont à compléter avec des entretiens individuels (de préférence semi-directif) :

Sur un thème choisi, une maladie par exemple, faire raconter un itinéraire thérapeutique, à l'aide d'un guide d'entretien.

D'autres modes d'appréhension des savoirs, tel que les entretiens individuels, les études de cas, les biographies permettent en effet d'affiner ses informations.

5- Atelier de restitution et de synthèse en vue d'une capitalisation des éléments recueillis sous forme de fiches thématiques :



DRAFT

Attention !!! Il faut bien comprendre que les données recueillies sont des outils d'information mais ne peuvent en aucun cas être interprétés comme une vérité établie : on ne peut pas figer ou figer les cultures. De plus, il serait hasardeux de ne définir le contexte social d'une population que par quelques croyances supposées unanimement partagées, ce serait faire fi de l'hétérogénéité des populations. Il s'agit plus de constituer une base de données diversifiée permettant d'appréhender la population sous plusieurs aspects.

Les fiches doivent pouvoir permettre :

- d'élaborer des savoirs significatifs et utilisables sur les populations et sur ce qu'elles veulent
- d'essayer de dégager les liens entre les besoins, les représentations et le projet
- d'avoir une base de donnée sur le vocabulaire effectivement employé par les populations pour parler de la maladie, de ses causes, de son traitement, mais aussi du corps humain, de son fonctionnement, des remèdes et des raisons de leur efficacité etc. L'approche par la langue locale permet une vraie entrée pour l'étude des représentations culturelles de la santé, de la maladie mais aussi pour l'amélioration de la relation soignant/soigné...

2- Stratégies interculturelles dans la planification : trouver un langage commun

Des populations écartées dans la planification peuvent adopter par la suite une attitude de retrait dans la phase de mise en œuvre.

La prise en compte des déterminants culturels a un caractère transversal, on ne peut pas la réduire au simple volet social. Cette prise en compte doit intervenir aux différentes phases de la planification de projet.

Deux objectifs spécifiques :

- Incorporation des éléments socioculturels recueillis aux diverses étapes de la planification
- identification des actions possibles communes au programme et aux populations : prise en compte des besoins formulés par les populations lors du diagnostic

Méthodologie : L'incorporation des éléments socioculturels recueillis et formalisés lors du diagnostic doit se faire à différentes étapes :

- 1- Lors de l'analyse contextuelle : la prise en compte des éléments recueillis sur les normes, valeurs, pratiques et savoirs populaires ainsi que la disponibilité des cibles doit permettre d'étoffer l'analyse contextuelle puisque ces éléments culturels clés constituent des facteurs importants dans l'implantation d'un projet.

L'enjeu est de trouver dans les représentations et pratiques populaires un point d'appui pour celles qui seront fidèles aux actions

- 2- Lors de la formulation de contraintes : Il faut inclure les réticences exprimées par les populations dans les contraintes possibles.

Il faut comprendre l'influence des autres ONG sur place, ou d'anciens programmes : climat de concurrence qui peut expliquer des récupérations et des réinstrumentalisations

- 3- Le premier diagnostic doit permettre aussi l'identification des personnes ressources mais aussi de repérer les lignes de pouvoir : représentant élus par la communauté, chef de village, marabout, matrones...
- 4- Le choix dans les interventions et les critères de priorité.



DRAFT

Si le premier diagnostic a permis de recueillir les besoins et les demandes des populations cibles, il faut définir ce qu'il est possible de mettre en commun. Cela permet au projet d'être culturellement et socialement intégré.

Dans la phase d'identification des actions, trouver un terrain commun d'intervention avec les population peut être un « démarreur » dans la volonté participative, notamment en présentant différentes méthodes et en définissant avec la population celle qui semble la plus adaptée.

- 5- Dans l'implantation : il faut pouvoir incorporer des éléments de vocabulaire utilisés par les populations pour parler du thème de l'action ou de la maladie. On peut imaginer que le nom du projet soit en langue locale.

3- Mise en place et suivi

Trois objectifs spécifiques :

- Formation et suivi des professionnels à l'écoute des populations : les questions d'éthique, la prise en compte du contexte socioculturel, de la langue dans le processus de soins
- Mise en place d'indicateurs de la prise en compte des éléments socioculturels
- Evaluation à mi-parcours pour des réajustements

-La formation

Il s'agit de former le professionnel à l'utilisation de données socioculturelles pour améliorer l'offre de soin et à être plus attentif aux discours des populations pour une meilleure compréhension des logiques de comportement. La formation doit pouvoir proposer quelques outils utilisés par l'anthropologie sans pour autant prétendre de transformer les professionnels du développement en anthropologues.

Concrètement, la formation doit amener le professionnel à essayer de ne pas inquiéter le savoir local et populaire sans le conforter, mais plutôt de négocier avec celui-ci, afin de trouver un terrain d'entente qui laisse place aux conceptions populaires et aux actions sanitaires.

A la fin de la formation, le professionnel doit être sensibilisé à l'influence de la culture et de l'organisation sociale dans les manières de concevoir la maladie, de l'expliquer et de la traiter (tant dans les sociétés traditionnelles que dans les sociétés modernes) et à l'importance de les prendre en compte dans leurs pratiques quotidiennes. Toutes les maladies font l'objet de classifications, de représentations et de pratiques, et c'est dans cette mesure qu'elles peuvent constituer des objets d'enquête.

Pour se faire, le professionnel disposera d'une banque de donnée comportant des références (articles, communications, référence de livre...) aux travaux des sciences sociales concernant leurs zones géographiques et leurs thèmes d'actions. Après lecture, le professionnel doit passer à une démarche empirique d'observation, d'entretiens et d'analyse des différentes relations et conversations avec les populations. Pour des raisons pratiques, l'exercice sera systématisé sous forme d'enquêtes socio-anthropologiques rapides. Il faudra formuler les interrogations et élaborer les guides d'entretien semi-structuré que les professionnels utiliseront avec les familles et les soignants. Après ce travail de préparation, une journée sera consacrée sur le terrain aux entretiens avec les familles et les personnels en poste, en porte à porte, avec plusieurs réunions officielles ou réunions de quartier. Très concrètement ce recueil de données « au jour le jour » permettra d'examiner comment les savoirs et les pratiques peuvent s'articuler aux savoirs biomédicaux, et de préciser leurs apports dans les pratiques de soins et de préventions. Il faudra alors accorder de



DRAFT

l'importance aux nombreuses notes de terrain prises sur le vif lors des conversations spontanées, entre les familles entre elles, avec le soignant (les questions posées, les remarques, commentaires...). Ces notes seront consignées dans un « journal de bord » et permettront de recouper l'information et de vérifier certaines données recueillies dans l'étape diagnostic. Il est alors possible dans des entretiens d'évaluation de reformuler les questions et d'approfondir certains points par rapport à ces notes. L'observation du processus de soin devra être autant que possible consignée et verbalisée lors d'un retour réflexif autour de réunions régulières.

La synthèse de ces impressions, forcément partielles et fragmentaires en si peu de temps, permettra néanmoins d'élaborer des objectifs de prise en compte des déterminants socioculturels dans la démarche.

-Mise en place d'indicateur de la prise en compte des éléments socioculturels clés

Le professionnel, à cette étape, doit être en mesure de fournir un début de savoir sur la culture locale. Il doit pouvoir commencer à produire des réponses sur :

- des pratiques : pourquoi on fait ça, depuis quand, pourquoi cette pratique est validée etc....
- des maladies : sa nomination en langue locale, son étiologie, les moyens traditionnels ou modernes de la soigner connus par les populations
- des itinéraires thérapeutiques : les pratiques réelles face à des offres de soins multiples
- des portraits de diverses catégories de personnes : rôle social du tradithérapeute, de la matrone, du chef religieux...

Le professionnel doit aussi pouvoir fournir un recueil objectif des difficultés de l'action (les décalages entre ce qui était prévu et ce qui est fait) et subjectif (les difficultés ressenties par les acteurs de terrain).

Ces données seront consignées en vue d'être capitalisées et serviront d'indicateurs sur la prise en compte des éléments socioculturels dans sa pratique.

-Evaluation à mi-parcours

Avoir du recul par rapport à ses propres catégories, et ne pas sous-estimer l'influence de ses interventions va nécessiter une évaluation qualitative en milieu de programme par retour réflexif sur les pratiques.

Une évaluation sur la prise en compte des déterminants socioculturels centrées sur les processus et la mise en œuvre des projets, concomitants à l'action nous semble la plus adaptée pour prendre en considération les changements qui apparaissent au sein des interventions. Cela demande de tenir compte des effets secondaires, non anticipés de l'action. De plus les évaluations centrées sur l'étude des processus permettent souvent de répondre à une bonne partie des questions portant sur l'impact.

Se poser les questions : quels effets pervers sont survenus ? Y a t il début d'appropriation ? Que peut-on déjà retenir ?

Pour les professionnels, il nous semble nécessaire de favoriser des évaluations à mi-parcours de manière à formaliser et à organiser un processus informel d'apprentissage et permettre des réadaptations utiles :

- ❖ solliciter la mémoire orale des acteurs.

Faire des reconstitutions historiques du projet, par l'oralité, permet d'identifier les décalages. Il faut reconstituer des souvenirs qui n'étaient pas inclus dans le scénario de départ en



DRAFT

enquêtant sur l'histoire du projet pour voir s'il y a eu mauvaises compréhensions. Cela permet de voir comment le projet s'adapte au réel en mouvement.

- ❖ traduire ces informations en propositions concrètes et opérationnelles : que peut-on retenir de ces décalages ?
- ❖ Comparer avec d'autres régions pour repérer des problèmes récurrents à certains processus d'actions et donc contribuer à une réflexion générale.
- ❖ Capitaliser pour formations futures en faisant des entretiens des difficultés des expatriés terrain et en les consignait sous forme de fiches thématiques
- ❖ Identification des points forts et des faiblesses du projet
- ❖ Discussion : table ouverte
- ❖ Capitalisation : l'évaluation à mi-parcours doit servir pour de futurs projets

Evaluation mi-parcours Côté cibles :

Ces évaluations seront centrées sur la prise en compte des points de vue des bénéficiaires de l'action (Olivier de Sardan, 1993), elles pourront permettre d'éviter certaines réappropriations jugées indésirables, ou encore d'opérer des changements dans les représentations que les relais se font de la population et de leur interaction avec ceux-ci. Cela nécessite la mise en œuvre de mécanismes de restitution des résultats de l'évaluation auprès des agents.

- ❖ se demander comment les actions sont comprises et intégrées dans les représentations de ceux qui les reçoivent : Comment les représentations populaires autour de la maladie influencent-elles les stratégies d'action ? Le projet modifie-t-il les représentations et les comportements vis-à-vis des bénéficiaires ? Comment les bénéficiaires vont comprendre, s'approprier ou non le contenu des actions ?
- ❖ repérer dans les représentations traditionnelles un point d'appui pour celles qui seront fidèles aux connaissances scientifiques même si il y a une stricte impossibilité de la pure et simple traduction. Il faut définir ce qu'il est possible de transmettre par telle langue ou dans tel contexte linguistique, et à quelles conditions.
- ❖ demander aux populations d'évaluer les points forts et les faiblesses du projet
- ❖ évaluation de la participation des acteurs locaux : enquêtes sur leurs intérêts et sur leurs difficultés

Quelle perception ont-ils du projet ? Quelles sont leurs motivations ? Quels difficultés et besoins expriment-ils ? Quelles sont leurs attitudes vis-à-vis du projet ? Y a t il détournement des actions ?

Evaluation participative

Cette évaluation peut se faire d'une manière participative en associant l'ensemble des acteurs du projet (opérateurs centraux et locaux, bénéficiaires) à travers la constitution d'une équipe d'évaluation, à toutes les décisions concernant l'évaluation. En particulier, tous les acteurs participent à l'élaboration des questions de l'évaluation, à la sélection de l'interprétation de l'information recueillies, et à la formulation des recommandations. L'intérêt principal de l'évaluation participative est de constituer un dispositif de communication et de négociation entre les différents acteurs Ouvrir l'évaluation à la population, en plus de raisons idéologiques, permet de reconnaître explicitement leur pouvoir à influencer le déroulement et les résultats de l'intervention. On instaure ici un mécanisme qui va permettre un échange d'information et éventuellement une négociation. Tous les acteurs représentés vont pouvoir y puiser un certain nombre d'informations qui peuvent être utiles en fonction de leurs intérêts particuliers²¹.

²¹ Lefèvre P. et Kolsteren P., 2007



DRAFT

Dans ces ateliers on observe des (re)motivations, des relances de dynamiques, des ajustements et des négociations mutuelles même si cela n'annule pas l'existence d'intérêts et des stratégies propres. Cette évaluation en terme de résultat à un grand intérêt : elle accroît la crédibilité des professionnels aux yeux des populations, d'autre part, elle oblige en quelque sorte les professionnels et les personnes ressources à tenir compte d'un certain nombre d'idées émises, ou du moins il sera plus difficile de les ignorer. Du côté des personnes ressources, cela permet de rompre avec l'image négative de l'évaluation, souvent ressentie comme une menace potentielle ou une forme de contrôle.

4- Evaluation finale : Tableau évaluatif détaillé (modèle en annexe)

Evaluation qui devra permettre une approche globale tant du projet lui-même que du contexte social et culturel dans lequel il se déroule. L'évaluation doit permettre d'améliorer la compréhension d'éléments qualitatifs et de prendre du recul pour des futures orientations dans la prise en compte des déterminants sociaux et culturels de l'accès aux soins.

Le tableau peut permettre d'évaluer les écarts entre les objectifs dans leur texture officielle jusqu'à leur réalisation effective. Mais il permettra aussi de se pencher sur l'acceptabilité d'un projet et son insertion dans les catégories socioculturelles des populations. C'est par ces deux ordres de questionnement que l'analyse pourra décrire précisément la manière dont ce projet instaure une relation avec ses destinataires.

Cette évaluation consiste :

- à analyser tous les éléments du projet en montrant à chaque étape ce qui marche ou ne marche pas
- d'essayer de comprendre ce que ce projet produit concrètement au niveau local
- Remettre en causes les pratiques de conceptualisation et de mise en œuvre de projet et les pratiques de soins des acteurs de MDM



DRAFT

Conclusion et perspectives

Dans toutes les sociétés, il existe des facteurs socioculturels qui influencent profondément la façon dont les personnes perçoivent leur corps et gèrent leur santé. L'action sanitaire en tant que relation suppose nécessairement l'apparition de situations conflictuelles entre représentations différentes de la santé, souvent difficilement compatibles.

Ces perceptions, attitudes, croyances vont révéler les limites et l'impact des programmes d'aide et nous invitent à plus de vigilance et de prudence dans l'élaboration et la mise en place des actions. Des protections magico religieuses, des interdits alimentaires, des rapports de pouvoir dans les familles ou dans les groupes vont constituer un ensemble de contraintes qui peuvent peser sur la possibilité d'accès aux soins. Il est indispensable que le projet soit compatible avec les valeurs, croyances et pratiques culturelles des destinataires. La connaissance de ces déterminants socioculturels est un moyen efficace d'intervention auprès des populations concernées. Reconnaître les différences culturelles, ce n'est pas seulement faire le constat de la multiplicité des manières de faire, c'est aussi comprendre que d'une culture à l'autre, c'est la manière de penser la maladie et le soin qui change. Ignorer ces différences de faire et de penser peut alors s'apparenter à un refus de (re)connaissance et provoquer une méfiance et des résistances face à des projets qui ne font pas sens dans la culture de réception.

Parce que tout processus de développement passe par la reconnaissance et le respect des diversités culturelles, parce que les programmes de développement sanitaire ne doivent pas signifier un refus de comprendre les manières de penser la maladie ; reconnaître les différences socioculturelles dans la santé, c'est aussi reconnaître l'Autre dans la démarche, l'échange et la rencontre.



DRAFT

Bibliographie par thèmes

Ouvrages généraux

Adam Ph. Et Herzlich C, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan Université, Paris.

Benoist J. - 1985. - "Une anthropologie médicale pour les anthropologues et les médecins". - *Bulletin d'ethnomédecine* (Paris) 33(1), p. 85-96

Benoist J, 1981, « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », *Anthropologie et Sociétés*, vol.5 no 2, pp.5-15, Québec

Fainzang S., 2001, «L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques», *Sciences sociales et santé*

Good B.J, 1994, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine rationalité et vécu*. Les empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson.

Sciences Sociales et Santé. - 1999. - Problèmes théoriques et méthodologiques en anthropologie de la santé dans les pays de l'Amérique latine. - *Sciences sociales et santé* (Toulouse) 17 (1)

Santé publique

Brunet-Jaillly J. (éd.), 1997, *Innover dans la santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris.

Dozon J.P et Fassin D. (ss dir), 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Voix et Regards, Balland

Fassin D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé, Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala

Fassin D et Defossez A.C, 1992, « Une liaison dangereuse : sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. » *Cahier des Sciences Humaines*, 28 (1), 23-36

Hours B., 1987, « Du droit à la santé aux droits de l'homme: le retour de l'ethnocentrisme », *L'Homme et la société*, n°3-4 : 13-23.

Hours B. 1992, (en collaboration avec M. Selim). " Santé et marché en Asie ". *Mondes en développement*, 93, XXIV

Massé R., 1995, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin.

Massé R., 2003, *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Les Presses de l'université de Laval, Quebec.

Tavares Soares L., 2003, «Les transformations du système de santé et leurs répercussions sur les femmes: le cas du Brésil» : 39-53 in Saillant F. et Boulianne M. (s.dir), *Transformations sociales, genre et santé* Québec , Presse de l'Université Laval, L'Harmattan

Sur les déterminants socioculturels de la maladie

Albrecht J, Asif A, 1995, « father's perception of child health in a squatter settlement, karachi », *Health Transition Review*, vol 5, N2

Baxerres C., J-Y Le Hesran., 2004, « Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies. », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°4, p. 5-21



DRAFT

Benoist J et Cathebras P., 1993, « The body: from an immateriality to another », *Social Sciences and Medicine*, vol. 36, no 7, pp. 857-865

Bonnet D., 1995, « Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique », *Cahiers de Sciences Humaines*, (2) : 501-522

Desjeux D., Favre I., Simongiovani J., 1993, *Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte*, Nutrition et santé, Paris, L'Harmattan

Early E. A. - 1982. - "The logic of well-being: therapeutic narratives in Cairo, Egypt". - *Social science and medicine* (New York) 6, p. 1491-1497

Gruénais M.E., 1985, « Mariages en ville et malnutritions aiguës ». *Sciences Sociales et Santé*, 3 : 57-83

Good B., Good M-J Delvecchio. - 1993. - "Au mode subjectif: la construction narrative des crises d'épilepsies en Turquie". - *Anthropologie et sociétés* (Québec) 17 (1-2), p. 21-42

Jaffré Y. et J.-P Olivier de Sardan., 1995, « *Tijiri*, la naissance sociale d'une maladie », *Cahiers des Sciences Humaines*, 31 (4) : 773-795.

Laplantine F. 1999, « Maladie, guérison et religion dans les mouvements pentecôtistes latino-américains contemporains », *Anthropologie et sociétés*

Mitrani P ; 1978 ; « Salud y enfermedad en la concepcion Yaruro (Ensayo de Antropología Médica). Santé et maladie selon la conception Yaruro (Essai d'anthropologie médicale) », *Montalban Caracas*, Vol.8 ; pp. 329-390

Ong A. - 1988. - "The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia". - *American ethnologis* (Arlington)15, p. 28-42

Zempléni A., 1985 " La "maladie" et ses "causes". Introduction " L'Ethnographie, 96-97, 1985.

Sur la prévention

Aïach P., Bon N. et Deschamps J.-P. (éd), 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Presses universitaires de Nancy.

Cherubini B., 2004, « L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif », *Autrepart* ; 29 : 99-115

Deccache A., et Meremans P., 2000, « L'éducation pour la santé des patients : un carrefour de la médecine et des sciences humaines », in B. Sandrin-Berthon (éd.), *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF, p. 147-167.

Jaffré Y., 1991, « Education pour la santé et conceptions populaires de la prévention. A propos d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale au Burkina Faso », *La revue du Praticien-Médecine Générale*, t.5, n°154 : 2489-2494.

Jaffré Y., banos M.-T., Kabo M., Moussa F., 1993, « Prévention et communication dans le cadre d'un programme de santé oculaire », *Cahiers Santé*, 3, p. 9-16

Santé de la mère et de l'enfant/nutrition

Bonnet D, 1996, « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. » *Sciences Sociales et Santé* ; 14 : 5-16

Desclaux A., 1996, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in : J. Benoist (sous la dir. de), *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, p. 251-279.



DRAFT

De Garine I., 1996, « Aspects psychoculturels de l'alimentation : motivation des choix. Interdits et préférences. », in : Froment A, De Garine I, Bikoi C.B, et al., eds. *Bien manger et bien vivre. Anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : du biologique au social*. Paris, L'Harmattan, 345-346

Farmer P. - 1988. - "Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti" - *American ethnologist* (Arlington)15, p. 62-83

Gojard S., 2000, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*. 41-3.

Hoérée T., Kolsteren P., Roberfroid D., 2002, « La prise en charge de la malnutrition chez les enfants préscolaires : le rôle des services de santé locaux », *cahiers d'étude et de recherches francophones : Santé*. Volume 12, Numéro 1, 94-9, Janvier- Février, Approches multiples.

Launer L.J, Habicht J., 1989, "Concepts about infant, health, growth and weaning : a comparaision between nutritional scientists and maduresse mothers". *Soc Sci Med*, 29 : 13-22

Rezkallah N, Epelboin A. - 1997. - *Chronique du saturnisme infantile (1989-1994): enquête ethnologique dans des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*. - Paris : L'Harmattan. - 261 p.

Suremain C.E, 2000, « Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo) ». *Autrepart* ; 15 : 73-91

Sur le paludisme

Agyepong I.A., 1992, "Malaria : ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control", *Social Science Medecine*, 35 (2), 131-137.

Asenso-Okyere W.K., Dzator J.A., 1997, "Household cost if seeking malaria care. A retrospective study of two district in Ghana", *Social Science and Medecine*, 45 (5), 659-667

Audibert M., 2004, « Lutte contre le paludisme, approche économique des obstacles à son contrôle. », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°4

Sur la sexualité et les MST/SIDA

Balandier G., 1984, « Le sexuel et le social, lecture anthropologique », *Cahiers Internat. De Sociologie*, vol. LXXVI

Bardem I., Gobatto I., 1995, *Maux d'amour, vies de femmes ; sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*. L'Harmattan, Coll. Santé et Sciences Humaines, Paris, 174p.

Benoist J., 1996, « Le sida entre biologie, clinique et culture », in *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Benoist J., Desclaux A., Ed. Karthala, Paris, pp. 5-10.

Desclaux, A., 2002 "L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ?" ANRS, L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA Mesures, déterminants évolution collection sciences sociales et sida.

Desclaux, A.,S. Crochet et al. 2006, « Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions » in *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud* Paris, CEPED

Fassin D., 1996, « Idéologie, pouvoir et maladie. Eléments d'une anthropologie politique du sida en Afrique », in : M. Cros, *Les maux de l'autre*, L'Harmattan, Paris.

Farmer P., 1990, "AIDS and accusation: Haiti, Haitians and the geography of blame", in: D. A. Feldman (ed.), *Culture and AIDS*, p. 67-91. - New York: Praeger.



DRAFT

Goldin C. S., 1994, « Stigmatization and Aids : Critical Issues in Public Health », *Social, Science and Medecine*, vol. 39, n°9, pp. 1359-1366.

Hancart Petitet, P. (2005). « Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie » in *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. L. Pordié. Paris, Karthala.: 123-143.

Hancart Petitet, P. (2006). « Une perspective " intime " sur les soignants. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud ». *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*. A. Desgree du lou and B. Ferry. Paris, Ceped: 190-207.

Vernon D., 1996, « Un exemple d'anthropologie adaptée : un programme de prévention contre le sida pour les Noirs Marrons de Guyane », in Benoit J et Desclaux A., *Anthropologie et Sida, Bilan et perspectives*, Karthala, Paris, p 117-126.

Sur la santé communautaire et la participation des populations

Blundo G., 1995, « Les courtiers du développement en milieu rural sénégalais », *Cahiers d'études africaines*, XXXV (1), 137 : 73-99.

Bruyn (De) M., 1992, « Women and Aids in Developing Countries », *Social, Science and Medecine*, Vol. 34, n°1, pp. 249-262.

Chauveau J.-P., 1992, « Le modèle participatif de développement est-il alternatif ? » *Bulletin de l'Apad*, 3, septembre 1992

Laurent P.-J., 1998, *Une association de développement en pays mossi. Le don comme ruse*, Karthala, Paris.

Laurent-Beq A., 1999, « Editorial. Les forums-citoyens : une contribution à la "démocratie sanitaire" ? », *Santé Publique*, vol. 11, N°1, v. 3-4.

Lavigne Delville P., 1992, « Groupements villageois et processus de transition », *Cahiers des Sciences Humaines*, 28 (2) : 327-343.

Paul B.D., et Demarest W.J., 1984, "Citizen participation overplanned : the case of health project in the Guatemalan community of San Pedro La Laguna", *Social Science and Medecine*, vol. 19., n°3 : 185-192.

Saillant F., 2001, « Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes » : 221-247 in Hours B (s.dir.) *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala

Saillant F., 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire, prendre soin, lien sociaux et médiation institutionnelles*, 28, 68 : 95-105

Tessier, S, 1990 « Le diagnostic communautaire comme outil pédagogique », in *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES : 39-46.

Sur le développement/ONG

Bauber T., 1999, *Les enfants des rues d'Antananarivo et les morts: culture, psychopathologie, et intervention humanitaire*. Prisme (Quebec); 9(1): 24-33.

Bouchon Magali, 2006, « L'Éducation Pour la Santé au Sénégal », In *WHEP*, Académie des Sciences, IAP, Paris, (en ligne)

Bourdier F., 1999, « ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde : enjeux et répercussions sociopolitiques », *Revue Autrepart*, juin 1999, IRD, Paris.

J. Brunet-Jailly, 2003, « Une éthique de la recherche médicale immédiatement universelle : un moyen de protéger la recherche médicale des pays du Nord ? » in D ;Bonnet (dir.), *L'éthique médicale dans les pays en voie de développement*, Autrepart, Ed de l'Aube



DRAFT

Delaunay K., 1998, « Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in Deler J.-P et al. (éds.), *ONG et développement*, Paris, Karthala, pp. 115-141.

Dozon, J.P, 1991, « Le dilemme connaissance-action : le développement comme champ politique », *Bulletin de l'APAD* n°1

Fabbrizio C, Desjeux D., Dupuis X., 1995, *La dimension culturelle du développement, vers une approche pratique*, UNESCO, Paris

Fassin D. et Jaffré Y. (éd.), 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.

Fassin D., 1996, « La production locale de la santé publique », *Prévenir*, numéro spécial "Ville et santé", 31 : 9-20.

Forde O. H., 1998, « Is imposing risk awareness cultural imperialism ? », *Social Science and Medecine* 47 (9) : 1155-1133.

Hours B., 1988, « Les politiques de santé du village à la planète : dépendance ou intégration » in Crousse, Delville, Mercier (éd.) *Les politiques de santé*, Bruxelles, Coll. Savoirs et santé De Boeck.

Hours B. et Selim M., 1989, *Une entreprise de développement au Bangladesh : le centre de Savar*, Paris, L'Harmattan.

Hours B., 1998, *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*. L'Harmattan, Paris.

Humanitaire., 2007, « Anthropologues et ONG : des liaisons fructueuses ? », Hors série n°4, Paris, ed Médecins du Monde

Laplante J., Bruneau J., 2003, « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », *Historia, Ciências, Saúde_Manguinbos* vol.10

Lefèvre P. et Kolsteren P., « le développement comme arène : implications pour l'évaluation des projets », *Le bulletin de l'APAD*, n°8, *Les sciences sociales et l'expertise en développement*

Naudet J.D, 1999, *Trouver des problèmes aux solutions. Vingt ans d'aide au Sahel*, Paris, Editions de l'OCDE.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

Olivier de Sardan J.-P., Paquot E., (ss dir.), 1991, *D'un savoir à l'autre. Les agents de développement comme médiateurs*. La documentation française, Paris

Olivier de Sardan J.-P., 1991, « L'Anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? » *Bulletin de l'APAD*, n°1, Montpellier

Sanchez-Arnau J.-C., Desjeux D., (éds.), 1994, *La culture, clé du développement*. L'Harmattan/Unesco, Paris

Zempeni, A, 1990 « Réflexions », in *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES : 98-99.

Sur la médecine traditionnelle, le pluralisme médical et l'interculturel

Benoist J., 1996, *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala

Benoist J, 1997, « Soigner dans des sociétés plurielles : les leçons du monde créole », in M.C. Hazaël-Massieux et D. de Robillard, *Contacts de langues, contacts de cultures, créolisation*, pp. 333-348. Paris, L'Harmattan, 1997, 475 p.

Bibeau G. et Tremblay J., 1980, « Résistance et soumission face à l'émergence d'une autre conception de la santé », *Union médicale du Canada*, 109 (5) : 789-790.



DRAFT

- Boy D, Michelat G., 1986. - "Qui y croit ?". - *Autrement* (Paris) 85, p. 93-97
- Desjeux D., 1994, *Le sens de l'Autre. Stratégies, réseaux et cultures en situation interculturelle*, L'Harmattan, Paris.
- Dozon J.P, 1988, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire ». *Politique Africaine*, n°28.
- Dozon J.P, Sindzingre A.N, 1986, « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle », *la santé dans le tiers monde*, Prévenir, Paris
- Fainzang S., 1981-1982, « La cure comme mythe, le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples africaines, in *Cahiers Orstom série Sciences humaines*, 18, 4 : 415-421.
- Fainzang S., 1985, « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, 3-4, 105-128.
- Fainzang S, 1997, « les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, vol 15, N°3, p. 5-23
- Fassin D., 1997, « L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme », *Esprit*, n°2, (février 97) 229 : 83-105.
- Gonseth M-O., 1993-1994. - "La fracture: médecine sacrificielle et médecine occidentale chez les Ifugao des Philippines". - *Ethnologica helvetica* (Berne) 17/18, p. 505-532
- Lock M.,1990. "Rationalization of Japanese herbal medication: the hegemony of orchestrated pluralism". - *Human organization* (Washington) 49, p. 41-47
- Loux F, Saillant F., 1991. - "Saigner comme un bœuf: le sang dans les recettes de médecine populaire". - *Culture* (Québec) 20 (1-2), p. 151-163
- Pordié, L. (2005). *Panser le monde, penser les médecines*. Paris, Karthala.
- Saillant F.,1990. - "Les recettes de médecine populaire: pertinence anthropologique et clinique".- *Anthropologie et sociétés* (Québec) 14(1), p. 93-114
- Tedlock B., 1987. - "An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America". - *Social science and medicine* (Oxford; Cambridge) 24, p. 1069-1083
- Odina Sturzenegger, *Le mauvais oeil de la lune. Ethnomédecine créole en Amérique du Sud*, Karthala, Paris
- Van Dormael M., 1997, « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde. » *Studies in Health Services Organisation and Policy* 1 : 1-39.
- Young J, Garro L.,1982. - "Variation in the choice of treatment in two Mexican communities". - *Social science and medicine* (Oxford; New York) 16, p.1453-1466
- Zimmermann F., 1995. - *Généalogie des médecines douces: de l'Inde à l'Occident*. - Paris: PUF

Sur la relation soignant/soigné

- Bouchon M., 2006, « Les soignants en souffrance : les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort, dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G, Bamako (Mali), *Face à Face, regards sur la santé*, n°9 (en ligne)
- Dujardin B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Karthala, Paris
- Cook J., Dommergues J.-P., 1993, *L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre familles et soignants*, Paris, Syros



DRAFT

Jaffré Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n°1, 41-71.

Jaffré Y. et Prual A., 1993, « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé XI (2)* : 63-80.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P (ss dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Hommes et Sociétés, APAD-Karthala, Paris

Mercadier C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Serli Arslan, Paris

Pouchelle M.C., 2003, *L'hôpital corps et âme*, Serli Arslan, Paris

Méthodologie

Bierschenk T. et Olivier de Sardan J.-P., 1994, « ECRIS : enquête collective rapide d'identification des conflits et des groupes stratégiques », *Bulletin de l'APAD*, 7 : 35-43

Desclaux A., 1992 ; « Le RAP et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique ». *Cahiers Santé*, 2 : 300-6

Estryn-Beharn, 1991, *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Lamarre, Paris

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et Lert F., 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, N°4, P. 75-128

Jaffré Y., 1996 « L'interprétation sauvage », *Enquête*, Interpréter, Surinterpréter, [En ligne], URL : <http://enquete.revues.org/document513.html>

Myers G. E. et Myers M. T ; 1984, *Les bases de la communication interpersonnelle. Une approche théorique et pratique*. Mc Graw-Hill, Québec

Peneff Jean. - 1992. - *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. - Paris: AM Métaillé.

Ruszniewski M., 1999, *Le groupe de parole à l'hôpital*, Dunod, Paris

Sur les médicaments

Ankri J ; Le Disert D ; Henrad J.C, 1993, « Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de littérature ». *Santé Publique 4*

Benoist., 1999, « À propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament » : 383-394, in O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*. Lyon, Fondation Marcel Mérieux.

Cunningham C., 1970, « Thai "Injection Doctors", Antibiotic Medicators », *Social Science and Medicine*, 4: 1-24.

Desclaux A., 2001, « L'observance en Afrique : question de culture ou "vieux problème de santé publique"? » : 57-66, in Y. Souteyran et M. Morin (dir.), *L'observance aux traitements du VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*. Paris, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida.

Etkin. L., 1994, « The Negotiation of "Side" Effects in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics » : 17-32, in N. L. Etkin et M. L. Tan (dir.), *Medicines: Meanings and Contexts*. Amsterdam et Quezon City, University of Amsterdam et HAIN.

Fainzang S., 2001, *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, Presses Universitaires de France.

Faure O. (dir.), 1999, *Les thérapeutiques. Savoirs et usages*. Lyon, Fondation Marcel Mérieux.

Greenhalgh T., 1987, « Drug Prescription and Self-medication in India: an Exploratory Survey », *Social Science and Medicine*, 42: 1155-1161.



DRAFT

Hardon A. P., 1987, « The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village: Doctor's Perception and Self-medication », *Social Science and Medicine*, 25 : 277-292.

Haxaire C., 2002, « "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes », *Sciences Sociales et Santé*, 20, 1 : 63-88.

Kamat V. R. et M. Nichter, 1998, « Pharmacies, Self Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India », *Social Science and Medicine*, 47, 6 : 779-794.

Laure P., Binsinger C., 2003, *Les médicaments détournés*, Masson, Paris

Lévy J.-J., J. Pierret et G. Trottier (dir.), à paraître, *Les traitements antirétroviraux : expériences et défis*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Mcvea K. L. S. P., 1997, « Lay Injection practices among Migrant Farmworkers in the Age of AIDS: Evolution of a Biomedical Folk Practice », *Social Science and Medicine*, 45 : 91-98.

Ngokwey N., 1995, « Home Remedies and Doctors Remedies in Feira (Brazil) », *Social Science and Medicine*, 40, 8: 1141-1153.

Okumura J., S. Wakai et T. Umenai, 2002, « Drug Utilization and Self-medication in Rural communities in Vietnam », *Social Science and Medicine*, 54: 1875-1886.

Saradamma R. D., N. Higginbotham et M. Nichter, 2000, « Social Factors Influencing the Acquisition of Antibiotics without Prescription in Kerala State, South India », *Social Science and Medicine*, 50 : 891-903.

Taverne B., 2001, « Enjeux individuels et collectifs autour de la circulation des antirétroviraux », *Transcriptase Sud*, 6 : 32-36.



Annexe 1.

Quelques pistes de méthodologie pour l'élaboration d'un diagnostic en matière de prise en compte des déterminants socioculturels dans l'accès aux soins

Le diagnostic socioculturel que nous proposons correspond à des axes thématiques et doit permettre d'éclairer l'arrière plan socioculturel dans l'accès aux soins des populations.

Ces questions concernent aussi bien les professionnels/structures de santé/projets que les populations qui en sont l'objet. En insistant sur les perceptions générales et sur les manières selon lesquelles les acteurs se représentent leurs propres conduites, ils permettent d'accumuler des connaissances qui autorisent des interventions culturellement appropriées dans un contexte donné.

Etant donnée l'impossibilité objective de faire le tour de toutes les composantes de la problématique d'une population, nous allons nous concentrer sur quelques thèmes d'actions : le savoir profane sur la maladie et les formes de transmission de savoir, l'organisation sociale et familiale (en particulier les rapports sociaux de sexe), sur les médecines traditionnelles, le système de santé moderne, les médicaments et enfin l'aide internationale. L'objectif de ce travail étant non pas de fixer une liste définitive de ces questions mais de sensibiliser les acteurs quant à l'importance des facteurs socioculturels dans le traitement des divers problèmes que pose la question de l'accès aux soins pour une population. MDM pourra peut être trouver ici une raison de plus pour consolider son rôle dans la promotion de cette démarche auprès de tous les professionnels du secteur de la solidarité internationale.

- Le savoir profane sur la maladie et les formes de transmission de savoir

Il s'agira ici de diagnostiquer les connaissances d'une population sur une maladie donnée en fonction d'un thème d'action envisagé, et les processus de transmission des savoirs et représentations populaires. Une telle démarche permet d'identifier les décalages entre les conceptions scientifiques et profanes, ce qui rend possible l'anticipation des incompréhensions et de trouver un angle d'approche commun.

Il faut alors s'intéresser à :

- la définition de la maladie et de la santé
- au mode de désignation (mise en mot de la souffrance)
- au mode d'identification des symptômes et des indices de la maladie ou de la santé
- au schéma d'explication (système de causalité)
- les procédures thérapeutiques retenues
- aux réactions sociales envers un individu classé « malade » (exclusion, mobilisation des solidarités, intégration dans des structures spécifiques comme l'hôpital ou un lieu sacré)
- transmission de savoir

Ce diagnostic nécessite l'identification des acteurs par lesquels transite l'information ou le savoir profane : les aînés, les tradithérapeutes, les médias... afin de montrer les sources du



DRAFT

savoir (transmission de mère en fille, par le tradithérapeute, par les télévisions/radios/journaux, enseignants, agents religieux, chefs communautaires...).

Type de question à poser :

Comment appelle-t-on la maladie?
Les populations considèrent-elles xxx comme pathologique ou comme normal ?
A quel moment des parents estiment-ils que leur enfant est malade ?
Quels sont le niveau d'information et les modes de transmission de cette information (famille, tradithérapeute, système de santé moderne, médias, ONG...) ?
Quelle est la perception des symptômes? De la gravité?
Quel est le statut social de cette maladie? Est-ce une maladie honteuse? Y a-t-il une stigmatisation/marginalisation du malade?
Quel est le traitement domestique? Le traitement traditionnel?
Pour quelles maladies consulte-t-on tel ou tel secteur de médecine et pour quelles raisons ?
Quel est le rôle de l'entourage dans le traitement de la maladie?
Quels sont les normes et principes religieux autour de la maladie?
quelles sont les sources importantes de savoir sur la santé au sein de la communauté (rôle du chef religieux ? de l'enseignant...) ?
la prévention de la santé est-elle intégrée dans des programmes scolaires ?
les communautés ont-elles accès aux médias ?

Exemple de diagnostic sur la santé reproductive :

- Qu'est-ce qui est représenté comme souffrance ou affection normale lors d'événements reproductifs (conception, grossesse, accouchement, contraception, etc.) ?
- Qu'est-ce qui est considéré comme souffrance ou affection anormale lors de ces événements ?
- Qu'est-ce qui est désignée comme maladie parmi toutes ces souffrances et affections contractées lors des événements reproductifs ?

Evaluer la connaissance du contraceptif chez les femmes et les hommes :

Combien de types de contraceptifs différents sont connus par la population ?

Connaissance en matière de physiologie de la reproduction chez les femmes :

Quels sont les types de savoirs dont disposent les individus en matière de physiologie, et d'anatomie de la reproduction ?

Les savoirs des adolescents en matières de planification familiale et du MST/SIDA :

Combien d'adolescents connaissent l'utilisation du préservatif?

Il s'agit d'essayer d'apprécier les connaissances des groupes cibles, ce qui permet de capter les savoirs élaborés par la population afin de rectifier d'une part d'éventuelles fausses conceptions et d'autre part d'utiliser les savoirs communs (concepts, principes de causalité, d'argumentation etc.) dans une action.

- L'organisation sociale et familiale

Ces questions doivent considérées des variables sexe, rang dans la fratrie et situation socio-économique de la famille

Type de question à poser :



DRAFT

Quelle est la structure de famille (monogamie /polygamie; famille élargie)?
Comment s'organise la journée d'une femme/homme/enfant?
Quels sont les rapports homme/femme, jeune/vieux, lettré/non lettré...(hiérarchie, soutien, solidarité)?
Quelles sont les manières de traiter les problèmes de santé en famille?
Qui prend les décisions importantes autour de la santé, dans la famille? Dans la communauté?
Qui décide de présenter un enfant ou un adolescent à un médecin ?
Qui tient le budget?
Quel est le type d'habitat (promiscuité; moderne / traditionnel)?
Quels sont leurs besoins et attentes par rapport à la santé?
...

Il s'agira ici d'observer la division socio-sexuelle des tâches concernant la santé, les rôles et tâches assignés aux femmes, à la petite fille, aux hommes et aux garçons ainsi que le type d'éducation qui en découle. Ce diagnostic peut concerner les discours d'autorité ou de référence (textes religieux, proverbes, médias, manuels scolaires, etc.) comme les discours de la quotidienneté (idées et propos tenus par les individus). Il doit intégrer selon la nature du problème à élucider des variables comme le sexe, l'âge, le niveau d'instruction etc.

D'un autre côté, il doit pouvoir indiquer les attitudes des leaders communautaires et des mainteneurs de l'ordre (notables locaux ou agents religieux envers la planification familiale).

➤ Les médecines traditionnelles

Combien y a-t-il de tradithérapeutes?
Quelles sont leurs spécialités?
Comment se transmet leur savoir?
Pour quel type de problèmes sont-ils le plus sollicités par les populations?
Quel est leur statut social et politique dans la communauté? (pouvoir)
Sont-ils organisés? Comment?
Quel type de collaboration ont-ils avec le système de santé moderne? Ont-ils déjà reçu des formations?
Y a-t-il des expériences préalables de dialogue sur leurs savoirs?
Quelles sont leurs attentes et craintes par rapport à l'intervention?
...

➤ Le système de santé moderne

Quel est le temps d'attente pour une consultation? Combien de temps dure la consultation?
Pour quel type de troubles consulte-t-on le secteur moderne ? Quel niveau d'évolution de la maladie ?
Quelles sont les perceptions des soignants vis-à-vis de la personne malade ? (stéréotypes)
Quels sont les modes de relation avec les malades (empathie, violence, indifférence...)?
Quelle est la réputation des soignants?
Quel est le salaire des soignants? Y a-t-il des paiements informels pour l'accès aux soins?
Quelles sont les difficultés quotidiennes des soignants (manque de matériel, salaire



DRAFT

insuffisant, forte sollicitation...)?
Quelles sont les plaintes de la population à leur sujet?
Y a t il un code de déontologie? Secret professionnel?
Quels sont les besoins, demandes, attentes des soignants vis-à-vis du projet?
...

Le but est de connaître et de comprendre les conditions qui déterminent le recours ou non à un agent médical (médecin, infirmier, pharmacien, etc.).

➤ Les médicaments

Quels sont les médicaments les plus achetés? Pour quel usage?
Quels sont les noms donnés aux médicaments les plus usités?
Quelles sont les connaissances sur l'efficacité, les effets secondaires, la posologie d'un médicament utilisé ?
Les soignants prennent-ils le temps d'expliquer le traitement à suivre, les effets secondaires...?
Quelle est l'importance de l'aspect économique sur l'usage et l'observance (prix, gratuité, revente, usage détourné...?)
Y a-t-il des réticences d'ordre religieux, des prises de position politique, des problèmes juridiques...par rapport à des médicaments?
Combien de réseaux de distribution licite et illicite de médicaments peut-on trouver?
Où se trouvent les marchés illicites de médicaments?
Quelle est l'importance de la pharmacopée traditionnelle?
Est-elle intégrée dans le système de santé moderne?
...

On doit pouvoir préciser les perceptions et les usages des médicaments.

➤ L'aide internationale

Type de questions sur l'aide internationale :
Combien d'ONG sur place?
Quelles sont leurs actions? Sur quelle type de population?
Existe-t-il un organisme de coordination des actions?
Quelle est la perception des populations de l'aide internationale?
Qu'ont retenu les populations des précédentes actions?
Quelles sont leurs attentes par rapport à la nouvelle action?
Qui, au sein de la communauté, a déjà une expérience avec les projets?
Quel est l'intérêt des populations à participer au projet?
Comment des populations les plus vulnérables peuvent-elles s'impliquer dans un projet?

Ces questions pourront aider à mesurer l'impact des actions sur les populations (Etat et ONG) dans le domaine de la santé, le degré de compatibilité ou d'incompatibilité socioculturelle de ces actions, l'ampleur et la distribution spatiale des actions entreprises dans un domaine, les attitudes des populations envers ces actions (acceptation, refus, indifférence).



DRAFT

Conclusion

L'objectif ici est d'explorer certaines pistes en vue de l'élaboration d'un système d'indicateurs qualitatifs. Nous avons montré que ce concept renvoie principalement à la recherche du sens que les acteurs confèrent à leur action. Le "qualitatif" que l'on oppose dans le discours courant au "quantitatif" n'exclut nullement le recours au langage des chiffres. Ainsi, nous avons procédé à l'exploration de quelques pistes en rapport avec quelques domaines clefs de la problématique de la population et de l'aide internationale. Dans l'éventail d'indicateurs que fournit le paradigme qualitatif, nous avons privilégié des révélateurs de contexte culturel. Ce choix se justifie par le fait que ces indicateurs sont censés servir dans le suivi et l'évaluation du projet. Plusieurs zones d'incertitudes persistent dans nos propositions car c'est encore au stade de première tentative d'élaboration d'indicateurs qualitatifs mais étant donnée la relative nouveauté de la position, cela demande outre de la patience, une expérimentation sur le terrain, afin d'être de projets en projets réalimentés par les acteurs eux-mêmes.



DRAFT

Liens utiles

Laboratoires de recherches :

- C R e C S S : Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés : www.mmsh.univ-aix.fr/crecss
- Institut de recherche pour le développement (IRD) : www.ird.fr/
- CEPED, (Centre Français sur la Population et le Développement) : www.ceped.org

Associations :

AMADES - Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé : www.amades.net/

Nomad Recherche Soutien International : www.nomadrsi.org

Organisation Internationale

Groupe URD : Urgence Réhabilitation Développement : <http://www.urd.org/>

Réseaux :

Doctorants Santé et Société : <http://doctorants.mshparisnord.org/>:

Réseau Epidémiologie et Développement (RED) : www.red.ird.fr/ :

Recherche bibliographique :

Bibenligne : sélection raisonnée de catalogues de bibliothèques et de centres documentaires en Sciences Humaines et sociales interrogeables sur le net...
bibenligne.mmsh.univ-aix.fr/directory.asp

Anthropologie et sociétés : <http://www.erudit.org/revue/as/>

Journal des anthropologues : <http://www.afa.msh-paris.fr/journal.html>

Sciences sociales et santé :

http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/sss/sommaire.md