

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET
REPRESENTATIONS DE LA DIARRHEE DE L'ENFANT
ALGERIE**

Contrat BEAUFOUR IPSEN INTERNATIONAL

décembre 1991

ORAN

Joelle SIMONGIOVANI

Direction scientifique :

Dominique DESJEUX, Professeur d'anthropologie sociale
et culturelle à Paris V-Sorbonne, Directeur scientifique Argonautes

Sophie TAPONIER, Directrice de la recherche et des études
Argonautes, Chercheur au Laboratoire d'Ethnologie de Paris V

Enquête réalisée par :

Isabelle FAVRE, Directrice d'études Argonautes, DEA Paris V

Joelle SIMONGIOVANI, Chercheur Argonautes, DEA Paris V

Marie-Hélène CAILLOL, Chercheur Argonautes, Magistère Paris V

Laurence VARGA, Chercheur Argonautes, Magistère Paris V

SYNTHESE

Le repérage de la diarrhée

La diarrhée est perçue comme une maladie courante et banale qui ne pose aucun problème quant à son repérage. Les signes descriptifs de la maladie reprennent les termes du discours médical selon lequel sa complication majeure est la déshydratation. C'est le terme de "dessèchement" qui exprime ce risque et l'inquiétude des familles.

Si le discours profane sur la maladie coïncide avec sa version scientifique c'est que le message d'information a été entendu de la population. Toutefois si les campagnes successives de prévention ont su sensibiliser les familles aux dangers de la diarrhée elles ne sont pas parvenues à modifier réellement les pratiques thérapeutiques ordinaires. En effet, on constate que l'utilisation des sels de réhydratation orale demeure faible et que, même lorsqu'ils sont utilisés, les S.R.O ne constituent pas un recours essentiel et exclusif.

Outre la diarrhée dénommée par le terme de "labtan" ou par le vocable français, les familles identifient une pathologie, appelée *leil*, dont les symptômes apparents sont ceux d'une diarrhée aiguë (amaigrissement, selles abondantes, vomissements accompagnés parfois de fièvre) mais que les mères distinguent catégoriquement d'une diarrhée ordinaire. *Leil*, définie spontanément comme une maladie arabe, survient lorsque la mère qui allaite son enfant absorbe "des légumes verts fraîchement apparus sur le marché" et relève de la compétence exclusive d'un thérapeute traditionnel.

La distinction entre ces deux maladies ne repose pas sur un ensemble de symptômes organiques mais dépend davantage de la personne qui va porter un diagnostic. Ainsi, les femmes âgées, mères de famille nombreuse, connaissent bien cette maladie alors que les plus jeunes avouent qu'elles ne savent pas reconnaître *leil*.

Si les discours opposent de manière radicale ces deux pathologies, on constate que dans la réalité plusieurs interprétations peuvent être mobilisées pour expliquer la maladie. Les familles peuvent diagnostiquer *leil* et conduire l'enfant chez la guérisseuse puis, si le traitement intenté échoue, conclure que le diagnostic était inexact et s'adresser alors à un médecin.

Les pratiques thérapeutiques

La diarrhée étant considérée comme une maladie grave pouvant causer la mort de l'enfant, l'attitude thérapeutique est le corrolaire immédiat de la reconnaissance du symptôme.

Les pratiques thérapeutiques des familles sont commandées par un double système l'un traditionnel l'autre moderne, tous deux fortement imbriqués. Aucune d'elles ne refusent l'apport de la médecine occidentale. Toutes ont recours au traitement traditionnel. Ce n'est que rarement que ces deux types de soins s'excluent.

Les familles n'hésitent pas à cumuler divers remèdes, espérant de la sorte accroître les chances de guérison de l'enfant. C'est l'attente d'une efficacité immédiate du traitement qui conduit les mères à user de diverses thérapies et commande leur jugement. Un bon traitement c'est un traitement qui entraîne le prompt rétablissement du malade.

Entre médecine moderne et médecine traditionnelle s'instaure un va et vient où l'efficacité est mise en avant selon la rapidité de guérison.

L'itinéraire thérapeutique, depuis le diagnostic au choix du traitement, est jalonné de part en part par l'action de diverses personnes proches de la mère qui interviennent comme prescripteurs. Amis, parents, voisins, tous participent de manière active à la prise en charge de la maladie. La maladie est un phénomène collectif qui engage l'entourage familial et social du malade.

Cette dimension collective est occultée par l'institution sanitaire qui valorise, en son sein, la relation privilégiée mère-enfant, allant jusqu'à refuser parfois de recevoir les autres membres de la famille.

L'attitude du corps médical

Les recommandations de l'OMS dans le traitement de la diarrhée se sont heurtées à des résistances au sein du corps des médecins. Dans les dispensaires, comme à l'hôpital, l'imposition d'un remède unique dans le traitement de la diarrhée a pu être vécue comme une atteinte à la liberté de prescription du

médecin. Ainsi on constate que les prescriptions des S.R.O viennent souvent en complément d'autres médicaments.

Les stratégies de refus ou d'adhésion du corps médical à l'égard de la campagne de lutte contre les maladies diarrhéiques dépendent de la position que les médecins occupent dans l'institution sanitaire et de leur projet professionnel.

Si le médecin envisage une carrière dans la santé publique et s'il veut gagner la reconnaissance de ces supérieurs, il collera alors au discours institutionnel.

Si, au contraire, il cherche une reconnaissance auprès de ses patients, dans l'éventualité d'une installation dans le privé, il devra alors se soumettre aux exigences de la clientèle pour laquelle le recours à un traitement bio-médical doit être suivi d'un effet spectaculaire. Le médecin prescrira alors, en complément des sels de réhydratation, une médication qui arrête visiblement la diarrhée de façon à prouver sa compétence et asseoir son autorité.

L'enjeu des S.R.O qui se situait, initialement, dans leur pouvoir de guérison effectif de la maladie, est devenu un enjeu de pouvoir et de lutte sociale au sein du corps médical.

Le personnel para-médical a joué un rôle prépondérant dans la promotion de la thérapie par voie orale. Elle a été l'occasion pour lui de revaloriser son statut au sein de l'Institution sanitaire et d'acquérir une plus grande autonomie par rapport à la hiérarchie médicale. En revanche, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques renforce les contraintes qui pèsent sur l'activité des médecins.

Officiellement, les médecins privés ne participent pas au programme de santé publique aussi ils ne sont même pas tenus informés de la thérapie par voie orale. Ceux qui y ont recours, l'associe à leurs prescriptions habituelles, d'autres ne l'utilisent jamais.

L'activité des médecins privés est soumise à l'entière appréciation de leurs clients. Si le praticien veut se constituer une clientèle fidèle et s'assurer une bonne réputation auprès de la population, il doit répondre aux attentes de ses patients en leur ordonnant des médicaments que ces derniers valorisent. La prescription exclusive de sels de réhydratation, outre le fait qu'il ne suffisent pas à arrêter la diarrhée mettant ainsi en doute l'efficacité du praticien, ne

correspond pas à l'image commune du médecin dont le pouvoir repose, pour beaucoup, dans l'abondance de ses prescriptions.

L'importance des pharmaciens

La tâche des prescripteurs est rendue difficile par le fait que les produits pharmaceutiques disponibles sur le marché algérien changent sans cesse. Les pays fournisseurs se succèdent, certains médicaments disparaissent ou sont remplacés par de nouvelles marques sans que n'en soient informés les praticiens. Dans ce contexte, les pharmaciens ont acquis un rôle prépondérant dans la délivrance du médicament, allant jusqu'à se substituer au médecin.

Sollicités comme conseillers, ils n'hésitent pas à poser un diagnostic et ordonnent un traitement qu'ils choisissent en fonction de la disponibilité de leur propre stocks.

Même si les familles sont très inquiètes lorsqu'il s'agit de la santé d'un enfant, certaines n'hésitent pas, néanmoins, à s'adresser directement à un pharmacien dans le cas d'une diarrhée. Elles économisent ainsi le prix d'une consultation médicale et obtiennent immédiatement un ensemble de médicaments.

RAPPORT FINAL

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.3
METHODOLOGIE	P.6
I. POPULATION	
I. 1. REPRESENTATIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE	
I. 1. 1. La santé	P.11
I. 1. 2. La maladie	P.12
I. 2. LA DIARRHEE	
I. 2. 1. Diagnostic et étiologie	P.17
I. 2. 2. Les pratiques thérapeutiques	P.21
I. 2. 3. Les traitements de la diarrhée	P.27
II. LE SYSTEME DE SANTE	
II. 1. L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE	
II. 1. 1. Le système de santé	P.32
II. 1. 2. Les ressources humaines	P.33
II. 2. LE SYTEME DE SANTE PUBLIC	P.35
II. 2. 1. La lutte contre les maladies diarrhéiques	P.36
II. 2. 2. Le service du C.H.U.	P.37
II. 2. 3. Les dispensaires	P.39

II. 3. LES MEDECINS PRIVES	P.48
II. 3. 1. Les relations entre médecine de ville et médecine hospitalière	P.52
II. 3. 2. Les relations entre confrères	P.54
II. 3. 3. L'information médicale	P.55
II. 3. 4. Les relations avec les malades	P.57
II. 3. 5. L'action thérapeutique	P.61
II. 3. 6. Les prescriptions médicales	P.65
II. 4. L'ACTIVITE DES PHARMACIENS	
II. 4. 1. Quelques éléments à propos de la politique du médicament	P.73
II. 4. 2. Le réseau de distribution de détail	P.77
II. 4. 3. Les pharmaciens comme prescripteurs	P.84
II. 4. 4. Quelques remarques sur le contexte social	P.86
CONCLUSION	P.88

INTRODUCTION

Les questions de santé publique, relatives aux pays dits du tiers-monde, offrent un champ de recherche privilégié à l'anthropologie.

Les orientations prises en matière de santé dans ces pays, ces dernières années, ont débouché sur un constat d'échecs ; les récents bilans sont alarmants et confirment que l'amélioration de l'état de santé dans cette partie du monde demeure un défi majeur de cette fin de siècle.

Les décideurs s'interrogent sur le décalage attesté entre les moyens mis en oeuvre par l'intervention sanitaire et les bénéfices perçus par les populations concernées.

Aujourd'hui, aucun projet de développement, aucune campagne d'information ou de prévention, ne se fait plus sans un détour par les sciences sociales.

Le projet sur "le traitement de la diarrhée de l'enfant à Oran", que nous présentons ici, s'est inscrit, au départ, dans ce contexte. Il a été amorcé en juillet 1988, dans le cadre d'un accord de coopération franco-algérien, à la demande du professeur M. TOUHAMI, du C.H.U. d'Oran.

Face à l'échec relatif des campagnes nationales de lutte et de prévention, (apprécié par la faible utilisation du traitement par voie orale, préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour enrayer ce phénomène), les médecins s'interrogeaient sur les moyens d'améliorer leur action sur le terrain.

L'investigation anthropologique, envisagée alors, devait analyser le comportement des mères lors d'un épisode de diarrhée de leur enfant ainsi que les logiques qui sous-tendent leurs choix thérapeutiques, en même temps qu'elle évaluerait la pertinence du message médical, au regard de la population.

Par ailleurs, informés du fait que les recommandations de l'O.M.S, dans le traitement de cette maladie, se heurtaient à des résistances au sein même de l'Institution médicale, nous proposons que la recherche s'intéresse aux conditions de la mise en oeuvre de ce programme de lutte contre les diarrhées, notamment dans les dispensaires qui forment le réseau de soins de santé de base.

Dans le souci d'appréhender le phénomène dans son ensemble, notre recherche intégrait donc, dans une même démarche, l'étude des représentations et pratiques observées à l'égard de la diarrhée, de la part des familles, comme celle du personnel de santé.

Les enquêtes menées durant l'année 1989, ont donné lieu à la rédaction d'un mémoire de maîtrise d'anthropologie, qui marque la fin du travail d'équipe.

La recherche se poursuit, depuis lors, dans le cadre d'une convention inter-universitaire, entre l'université de Paris-V (Laboratoire d'ethnologie), et l'université d'Oran Es-Sénia (Institut de sociologie).

La distance prise par rapport à la demande des médecins a permis de s'écarter d'un questionnement circonscrit au seul domaine de la santé publique. Notre réflexion s'est portée alors sur l'univers, plus large, des faits de maladie dans la société algérienne.

Dans cette perspective, la diarrhée infantile est devenue un objet révélateur du fonctionnement du système de soins, ainsi que des stratégies thérapeutiques en présence, dans le champ de la santé à Oran.

Dans un premier temps, nous avons adopté le point de vue des familles afin de comprendre les logiques qui président au choix d'un traitement dans une situation de pluralisme médical.

Puis nous avons rencontré l'ensemble des prescripteurs et acteurs sociaux engagés dans la prise en charge de la diarrhée.

Après avoir exposé la démarche méthodologique que nous avons emprunté nous développerons les résultats de nos enquêtes.

METHODOLOGIE

LA DEMARCHE

Notre approche privilégie, essentiellement, une démarche qualitative, proche de la méthode ethnologique, qui se fonde sur une observation des faits et un ensemble d'entretiens approfondis et qui prévoit une présence de longue durée dans un même lieu.

A ce jour, nous avons effectué trois voyages à Oran, pour une durée totale de cinq mois, au cours desquels nous avons mené une enquête dans divers endroits de la ville (familles, dispensaires, hôpital, médecins privés, spécialistes, pharmaciens, situés dans des quartiers différents). Nous avons pu, ainsi, appréhender la réalité locale dans son ensemble.

Ces séjours successifs, vécus dans différents contextes, ont permis d'affiner notre questionnement et de parachever un projet que nous avons esquissé dans le chapitre précédent.

Lors de nos déplacements, nous avons l'habitude de séjourner dans une famille d'amis algériens qui compte, depuis peu, parmi ses membres deux enfants en bas âge. Cette nouvelle situation a été pour nous l'occasion de s'immerger réellement dans les pratiques ordinaires à l'égard des jeunes enfants et de confronter nos données théoriques à la réalité tangible.

Outre cette récente phase d'observation participante, la collecte des données repose sur un ensemble d'entretiens approfondis menés, dans un premier temps, auprès des mères de famille et de leur entourage, puis, auprès des divers acteurs qui interviennent en tant que "prescripteurs" (légitimes ou profanes) dans la recherche de soins.

Dans un premier temps, nous pensions circonscrire notre travail à l'étude approfondie d'un quartier, dont nous épuiserions, dans l'analyse, la réalité des ressources thérapeutiques. L'idée était, en fait, d'établir une sorte de "topographie" sanitaire du lieu. Nos observations ont révélé que ce cadre préconçu collait mal à la réalité en ce sens qu'il ne permettait pas de saisir la dynamique à l'oeuvre dans le champ de la santé.

En effet, il s'avère que les itinéraires concrets, empruntés par les familles pour enrayer la maladie, couvrent l'espace sanitaire dans son ensemble et investissent la ville dans tous ses lieux, géographiques ou sociaux.

Nous avons alors opté pour un suivi des itinéraires thérapeutiques des familles :

Concrètement, il s'agit de reconstruire avec les familles les étapes de la prise en charge d'un épisode de diarrhée : reconnaissance de la maladie, diagnostic, recherche de soins, administration du (ou des) traitement(s).

Cette phase descriptive permet de repérer les acteurs (individuels ou collectifs, professionnels ou profanes) impliqués dans le processus de résolution de la maladie.

Une fois l'ensemble de ces acteurs identifiés, nous reconstituerons leur champ d'action et leur mode d'intervention respectifs, leur système d'action concret.

LE PROTOCOLE D'ENQUETE

1- Enquête, sous forme d'entretien dans les familles ayant au moins un enfant en bas âge.

- Volet socio-économique : habitat, composition des foyers, niveau d'instruction et sources de revenus;
- Champs sémantiques de la maladie : étude des définition(s) et théorie(s) locales de la diarrhée;

Diagnostic(s) et étiologie(s) : reconnaissance de la maladie, identification des symptômes, causes.

Les pratiques thérapeutiques associées à la diarrhée : ensemble des actions intentées pour enrayer la maladie et principe de leur efficacité.

2- Enquête au sein de l'Institution médicale :

a) Les structures de santé publique : deux dispensaires et un service pédiatrique du C.H.U (les premières étant des structures de premiers recours engagées dans le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques et la dernière en tant qu'unité pédiatrique spécialisée dans le traitement des cas de déshydratation sévère.)

- Observation du circuit diarrhée,
- Suivi des consultations,
- Entretiens avec les divers acteurs sociaux : médecins, personnel paramédical, personnel administratif.

Ces entretiens ont pour but de saisir les représentations de chacun à l'égard de la diarrhée et du traitement. Ils donneront lieu par la suite à la réalisation d'un diagnostic socio-organisationnel de ces structures du point de vue de la "filiale diarrhée".

b) Entretiens auprès des médecins privés, généralistes ou pédiatres, installés en cabinet.

3- Entretiens auprès de l'ensemble des prescripteurs "possibles"

Pour chaque acteur concerné par le traitement de la diarrhée, ils devront prendre en compte :

- Les représentations de la maladie et de son traitement.
- Le contexte socio-économique.
- L'action concrète : pratiques ou mode d'intervention des thérapeutes ou prescripteurs, systèmes de contraintes, enjeux.
- Les perceptions de chaque acteurs à l'égard du système de santé dans son ensemble, connaissance des autres traitements, relations avec les autres thérapeutes (ou prescripteurs).

LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Le travail d'enquête s'est effectué en plusieurs étapes :

Février 1989 :

Pré-enquête dans le quartier de El HAMRI.

Ce quartier populaire situé à la sortie de la ville a été choisi car il avait fait l'objet d'une enquête précédente portant sur l'utilisation des soins dirigée par un sociologue de l'Université d'Oran

Juillet 1989 / juillet 1990 :

- Entretiens avec des familles résidant dans les quartiers où sont implantées les structures de santé publique choisies pour l'étude.

- Observations et entretiens dans les dispensaires

A l'issue de cette période de recherche, nous disposons d'une quarantaine d'entretiens réalisés avec les mères et leur entourage.

Dans le but de diversifier les modalités d'investigations, les rencontres s'étaient déroulées dans deux lieux différents, au dispensaire ou dans les foyers.; certains entretiens pouvant débiter dans le centre de soins et se poursuivre au domicile.

Par ailleurs, l'étude au sein des deux dispensaires était achevée.

Juillet-Aout 1991 :

Trente entretiens supplémentaires ont été effectués au domicile des familles, dans le quartier environnant l'hôpital. Ils ont permis de confirmer nos hypothèses et d'approfondir certains aspects du recours au soins.

Cette nouvelle phase de l'enquête s'est surtout attachée à l'investigation au domaine de la médecine libérale ainsi qu'à l'ensemble des agents impliqués dans le traitement de la diarrhée : thérapeutes, pharmaciens, décideurs

Nous disposons à ce jour d'un total de 66 entretiens de familles. qui ont pu être réalisés grâce à la collaboration d'étudiants algériens servant d'accompagnateurs et d'interprètes. Afin de favoriser une relation plus conviviale avec nos informateurs nous n'avons pas utilisé de magnétophone. Les discours étaient traduits simultanément , notés en arabe et en français.

Les interview réalisés auprès du corps médical et chez les pharmaciens ont été menés entièrement en français, dans différents quartiers de la ville :

Nous avons pu rencontrer:

- des membres du personnel médical du service hospitalier spécialisé dans les diarrhées,
- des médecins et agents para-médicaux de deux dispensaires,
- des médecins privés, généralistes et pédiatres,
- des pharmaciens privés et publics.
- deux responsables de l'Enopharm.

I. POPULATION

I. 1. REPRESENTATIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

I. 1. 1. La santé

L'ensemble des propos que nous avons recueillis situent d'emblée la question de la santé dans le domaine social. L'idée de santé s'actualise dans la relation du sujet à son environnement. Elle est d'avantage ressentie comme un mode de vie qu'un état physique particulier :

"La santé ("saha"), c'est la vie. C'est mieux que l'argent. On est bien ; on est heureux. On mange bien, on dort bien."

Le discours s'articule autour des thèmes suivants :

- bonheur,
- vie aisée,
- absence de problèmes,
- repos,
- tranquillité.

Dans les faits, la santé est décrite comme un idéal de vie. Il s'agit non pas "d'être en bonne santé" mais plutôt "d'avoir la santé", de bien vivre, libéré des contraintes morales et pratiques.

La génèse intellectuelle de l'idée de santé est fortement déterminée par les conditions sociales d'existence. Etrangère à l'individu, la santé renvoie à un ailleurs phénoménal et revêt un caractère d'utopie. Cette jeune mère s'en explique :

"Etant perçue comme un problème d'ordre quantitatif, on cherche les réponses et les remèdes à la santé dans une pratique quotidienne. La santé existera à nouveau quand le monde ne sera plus malade. Les mères ont largement développé cette conception de la santé parfaite et absolue, qui ne co incide jamais avec leur vécu.

A l'image de "bien vivre" correspond toutefois une pratique : "se sentir bien". Cette réalité recouvre des manifestations physiques internes (telles le sommeil, l'appétit ou la forme physique) corrélatives à un ensemble de comportements (tel le fait de pouvoir de pouvoir marcher, de jouer ou de rire).

Le domaine de la santé étend son champ depuis la vie biologique de l'individu jusqu'à sa dimension psycho-sociale.

I. 1. 2. La maladie

1- Connaissance de la maladie

A la question "qu'est-ce que la maladie", les mères répondent en énumérant divers signes représentatifs. Les critères descriptifs de la maladie oscillent entre deux pôles : l'un organique, l'autre qui a trait à la personne, son psychisme, son comportement.

La température, la douleur, les symptômes externes constituent la réalité organique de la maladie. La fièvre, surtout chez l'enfant, représente, pour les mères, une véritable source d'angoisse. Même si elles ont appris à la soulager, notamment par l'utilisation de l'aspirine, elle n'en demeure pas moins redoutable :

"Ce qui me fait peur, c'est la fièvre. Elle monte vite chez l'enfant, elle donne la mort"

La douleur peut accompagner la maladie mais elle n'est pas un élément constitutif de celle-ci. L'enfant l'exprime par les pleurs, détonateurs qui éveillent l'attention de la mère :

"Lorsque l'enfant va bien, il rit, il joue. S'il se met à pleurer, c'est qu'il souffre de quelque chose. Il pleure, il ne dort pas, il peut avoir la fièvre, la diarrhée, des douleurs au ventre. On s'en rend compte surtout sur son visage"

En fait c'est sur le visage que la maladie se donne à voir. Le teint, les yeux apparaissent comme des indicateurs privilégiés auxquels les mères attachent une importance particulière :

"Le malade a la peau jaune, il ne peut pas marcher tout le temps, son teint change. Les petits, on reconnaît très vite s'ils sont malades ; ils sont passifs."

L'état de fatigue et le manque d'appétit sont des critères immédiats dans le repérage de la maladie. L'individu n'a plus le même rythme de vie ; son activité diminue de façon visible par rapport à l'ordinaire .

La maladie ne se réduit pas à sa réalité organique. Elle se révèle aussi dans son retentissement sur la personne et sur sa vie. La maladie affecte l'individu dans son corps mais aussi dans son intégrité psychique et sa conduite :

"Quelqu'un qui est malade maigrit. Il ne mange pas bien. Il est mal à l'aise. Il ne peut pas faire ce qu'il veut. On voit qu'il n'est pas normal ; ses habitudes changent."

Les modifications de comportement, de l'humeur ou la réduction de l'activité caractérisent le malade :

"On voit que la personne est malade car ses habitudes changent. Il ne fait pas ce qu'il faisait avant. Un de mes petits enfants faisait du sport et il a arrêté. Je comprends qu'il est malade mais je ne sais pas de quoi. Ses habitudes ont changé."

Les signes extérieurs de la maladie et les changements d'attitude qu'elle engendre sont autant d'indices qui attirent l'attention sur un dysfonctionnement. Hélas, ils ne renseignent pas toujours sur la nature du trouble, ni sur sa gravité.

On peut soupçonner qu'une personne est malade et ignorer de quoi elle souffre; Ainsi, la maladie apparaît comme une réalité opaque et ambiguë qui ne se donne pas à comprendre d'emblée. Si la santé relève d'un constat, la maladie demande à être interprétée. On la reconnaît à de multitude de signes (organiques ou comportementaux) qui nécessitent un travail d'analyse au demeurant sans grande signification pour le malade lui même;

Pourtant, on constate que certains sujets entretiennent un rapport actif à cette incompréhension. Ils perçoivent qu'il existe des maladies à l'état latent qui exigent de prendre à priori des précautions. On peut supposer que c'est par une vulgarisation de la "médecine savante" qu'une nouvelle dimension de la maladie est apparue. L'idée d'une médecine préventive largement diffusée par l'Institution médicale, trouve sa justification auprès du malade dans cette angoisse de "ne pas savoir ce qu'il a " :

"En apparence, on peut être en bonne santé mais à l'intérieur on ne sait pas trop. Par exemple, mon fils paraissait en bonne santé mais à l'intérieur il était malade. Pourtant, on avait pris toutes les précautions ; il était vacciné."

Le médecin se voit alors doté d'un pouvoir d'ordonnance de la maladie. La maladie est transférée dans un rapport entre le médecin et le patient. Ensemble ils lui permettent d'exister et de prendre corps comme objet de discours. Il se crée un terrain d'incertitude où le médecin prend toute son importance.

"Si la maladie n'est pas grave, on ne va pas chez le médecin ; surtout les arabes. Ils attendent d'aller très mal. Il ne faut pas attendre car parfois c'est trop tard. Il faut aller de temps en temps chez un médecin pour se surveiller, on peut être malade et se sentir bien. C'est le docteur qui détecte la maladie".

2- Appréhension de la maladie

Alors que la santé se définit comme une entité, la maladie se caractérise par sa diversité. Elle éclate en une multitude d'états pathologiques qui s'ordonnent suivant différents critères. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'un matériau ethnographique suffisant pour rendre compte d'un principe classificatoire à partir duquel les mères organisent le contenu de leur expérience pathologique. Toutefois, nous pouvons dire que leurs représentations s'articulent spontanément autour de la notion de gravité.

La gravité s'assimile souvent au risque de mort, à la durée de la maladie ou à son irréversibilité.

Aucun indicateur concret ne permet néanmoins de déterminer précisément le degré de gravité d'un trouble. La notion est difficilement déterminable et semble indépendante d'un jugement médical. Ainsi, certains symptômes peuvent sembler particulièrement alarmants pour les mères et n'être d'aucune gravité du point de vue du diagnostic médical.

Notre propos n'est pas de mesurer l'écart entre connaissance profane et connaissance scientifique de la maladie. Il s'agit de montrer que la science médicale n'est pas la seule à produire un discours signifiant sur la santé et la maladie.

Les sujets, aussi, en construisent le sens. Les mères proposent leur propre interprétation des phénomènes pathologiques. Leur connaissance de la maladie ne reprend pas les termes d'un savoir scientifique ; elle est avant tout de nature empirique et coïncide avec l'expérience qu'elles en ont.

Pour parler de la maladie, ces mères évoquent des cas familiaux. Leur discours est bâti sur des exemples empruntés à leur entourage immédiat. La nomenclature exacte des maladies importe peu ; ce qui compte est de pouvoir les décrire de la manière la plus riche.

3- La génèse de la maladie

De manière générale, la maladie procède des conditions de vie médiocres et des problèmes liés à l'entourage familial ou social :

"(La maladie) elle vient quand on a des problèmes, si on est nerveuse. Les problèmes de logement, par exemple, celui qui vit dans une seule pièce ne sera pas bien."

Sont ainsi évoqués les soucis, les conflits familiaux, la précarité du logement, le manque d'eau et d'hygiène.

"On tombe malade quand on a trop de soucis, des problèmes. On se fait du mauvais sang. Quand on pense trop aux enfants.. Pour les enfants, c'est à cause de la saleté. Ils sont toujours dans la rue ; c'est sale, il y a des ordures. Et puis, lorsqu'ils sont dehors, ils mangent n'importe quoi."

Les mères protestent de manière explicite et vive contre de telles conditions d'existence. Aucune résignation ni passivité, cependant, dans leurs propos même si leur réaction prend la forme d'une certaine patience ("sbar") qu'elle ont acquise face aux multiples problèmes de leur vie quotidienne.

En dernier ressort, la maladie a une signification religieuse, "c'est le destin" et revêt alors un caractère inéluctable :

"Il faut éviter ce qui peut provoquer la maladie, les problèmes, le mauvais sang. Il ne faut pas mélanger l'alimentation. Mais on est obligé de tomber malade ; c'est Dieu qui décide. C'est un présent de Dieu qui permet de racheter ses p ch s."

Même si une telle référence n'est pas toujours aussi explicite, les représentations de la maladie rencontrent souvent les conceptions de sacré et du religieux.

Cette étude sur les représentations de la santé et de la maladie atteste que les conceptions du pathologique dépassent largement le phénomène organique que la maladie désigne :

- d'une part, la maladie se définit comme un univers de comportements. Les signes organiques ne deviennent signifiants qu'une fois intégrés à l'ensemble des conduites de malade. La maladie apparaît alors comme une réalité physique doublée d'une conduite sociale.
- d'autre part, la maladie serait produite et imposée par les conditions de vie et les contraintes sociales.

Ainsi, la maladie se définit comme le produit d'un contexte social particulier et des relations que le sujet entretient avec son environnement.

I. 2. LA DIARRHÉE

I. 2. 1. Diagnostic et étiologie

Dans ces conceptions du pathologique la diarrhée apparaît comme une maladie courante de même que la rougeole, la bronchite ou l'angine qui sont des pathologies infantiles répandues à Oran. Lorsqu'elles évoquent la maladie, les mères parlent volontiers des enfants, les considérant comme plus fragiles et plus vulnérables.

La diarrhée n'est pas à proprement parler, une maladie infantile. Néanmoins, elle se caractérise chez l'enfant par sa fréquence et sa gravité.

Une première étape du travail consistait à reconstituer la sémiologie spontanée de la diarrhée, entendue comme l'ensemble des signes à partir desquels la maladie est identifiée par les profanes.

Les signes de la diarrhée sont décrits sans hésitation et d'un ton affirmatif. "*Vider*", "*couler*", "*se dessécher*" sont les verbes qui jalonnent le discours descriptif de cette maladie. Très proche du corps de l'enfant, la mère en expose aisément les symptômes : paroles qu'elle accompagne de gestes pour nous indiquer où se localisent les douleurs qu'elles situe au niveau du ventre. On

observe que la mère parle à l'enfant malade et le touche, ce qui révèle qu'il existe une intimité réelle entre le corps de la mère et celui de l'enfant.

La diarrhée apparaît comme une maladie courante et banale, qui ne pose aucun problème quant à son repérage.

Appréhendée comme une menace sérieuse, pouvant entraîner la mort, elle est devenue un véritable phénomène médical. Ainsi, les critères descriptifs de la maladie reprennent les termes du discours scientifique selon lequel sa complication majeure est la déshydratation de l'enfant. C'est le terme de "*déssèchement*" qui exprime ce risque et l'inquiétude des familles.

Dans tous les cas, la durée de la maladie est un indicateur de gravité pouvant "*prendre la vie de l'enfant*", selon leur propre expression.. De même, les pleurs ou les cris de l'enfant sont une source importante d'angoisse et servent souvent d'élément "déclencheur" à la mise en oeuvre des soins.

Compte tenu du danger latent que représente la diarrhée, l'attitude thérapeutique est le corollaire immédiat de la reconnaissance de la maladie. Certains témoignages laissent entendre qu'une telle attitude est récente, notamment en ce qui concerne le recours au médecin.

Il semblerait que les campagnes successives d'information soient parvenues à sensibiliser les mères aux dangers de la diarrhée ; ce faisant, elles présentent leurs enfants plus volontiers et plus tôt à la consultation médicale. Les cas de diarrhée représentent plus de la moitié de l'activité des praticiens durant les périodes d'été, où la maladie sévit plus fréquemment.

Le caractère hésitant et évasif des discours sur les causes de la diarrhée nous fait dire que l'origine de la maladie importe peu : l'origine du mal n'est pas directement observable sur le corps de l'enfant. On note que la diarrhée n'est jamais associée spontanément à ses causes. Lorsqu'elles sont abordées par les mères, c'est avec une certaine indifférence et une incertitude qui se traduit dans le discours par les expressions : "*on dit que..*", "*il paraît que*".

Trois facteurs peuvent, indifféremment, l'engendrer : l'eau, l'alimentation et la poussée dentaire. Les deux premiers faisant problèmes de façon plus générale, les moyens mis en oeuvre pour faire face à cette situation sont communs :

stockage de l'eau (en prévision des pénuries), achat d'eau minérale lorsque cela est possible, faire bouillir l'eau destinée à l'alimentation des enfants, attention soutenue quant à la fraîcheur des denrées.

Outre la diarrhée, désignée par le terme de *labtan*" ou par le vocable français, est relatée une pathologie identifiée sous le terme de *leil*" et dont une des manifestations est, vraisemblablement, une diarrhée aiguë.

Les signes décrits sont précis et univoques :

"L'enfant est tout jaune. Ses yeux se creusent. Il a un regard fixe. Ses oreilles maigrissent, elles deviennent très fines. L'enfant maigrit beaucoup. Les paumes de ses mains ont un gout amer. Son ventre coule ; les liquides qu'ils rejettent sont verts comme de l'herbe. Il vomit et se frotte le nez. L'enfant pleure toute la nuit."

Selon nos informatrices, cette maladie survient lorsque la mère qui allaite son enfant ou celui-ci mangent des "légumes verts fraîchement apparus sur le marché".

Leil, maladie définie spontanément comme une maladie "arabe", est du ressort exclusif de la médecine traditionnelle. Plus précisément, c'est la guérisseuse qui détient le pouvoir "hikma" de guérison en opérant une scarification au niveau du front du malade.

De façon surprenante, *Leil* apparaît à la fois comme une appellation possible de la diarrhée, une forme particulière de celle-ci, et comme une maladie radicalement distincte.

Cette distinction n'est pas fondée sur une réalité physique, appréciée à partir de l'ensemble des symptômes observés, mais sur un ensemble de pratiques spécifiques, dès le diagnostic jusqu'au traitement.

C'est la reconnaissance manifeste de la cause (les légumes verts) qui différencie de façon nette *leil* de la diarrhée. Les mères auront alors recours à la guérisseuse et *leil* couvrira tout le champ de la maladie.

En effet, c'est principalement parce qu'elle appelle un traitement exclusif (la scarification) et qu'elle est sous couvert d'une autorité supérieure (la guérisseuse) que *leil* existe sur un mode singulier.

La diarrhée, pour sa part, prend une connotation occidentale.

Ainsi, il existerait des maladies diarrhéiques "locales" relevant de la médecine traditionnelle et d'autres diarrhées à dominante occidentale, objets des thérapies biomédicales. Les femmes ont spontanément opéré cette dichotomie :

"La diarrhée est une maladie occidentale c'est pour ça que les médicaments modernes marchent."

Il nous est difficile, pour le moment, de définir précisément le contenu de ces deux catégories nosologiques. Dans un premier temps nous nous assurerons qu'il n'en existe pas d'autres pour spécifier la diarrhée.

Puis, nous chercherons à vérifier si, conformément à notre hypothèse, ces deux termes ne recroisent pas, au moins en partie, une même réalité, que les mères appréhendent selon deux modes spécifiques.

Quel est alors la nature de ce partage ?

Pour répondre nous approfondirons, ultérieurement, l'univers cognitif et symbolique de *leil* et celui de la diarrhée.

I. 2. 2. Les pratiques thérapeutiques

Les pratiques thérapeutiques des mères sont commandées par un double système : l'un se référant à la biomédecine, l'autre au système traditionnel, tous deux fortement imbriqués.

Aucune d'elles ne rejette l'apport occidental de la médecine. Toutes ont recours au traitement traditionnel. Ce n'est que rarement que ces deux types de soins s'excluent.

En ce qui concerne la diarrhée, les mères utilisent fréquemment les deux. Adaptant les idées nouvelles sur la maladie et les moyens de la combattre (diffusées dans le cadre d'une éducation sanitaire), les mères n'ont pas pour autant abandonné leurs anciennes habitudes :

"Dès qu'il (l'enfant) tombe malade, je l'emmène au dispensaire. Je n'attends pas. Il ne me laisse pas dormir la nuit alors je le conduis chez le médecin. Des fois, je lui donne un peu de cumin. Je prépare de la tisane avec des herbes qu'on achète au marché. Ces choses là font partie du passé. Avant qu'on connaisse le médecin on faisait comme ça."

Les itinéraires thérapeutiques sont variés et vont de l'automédication à la décision d'aller voir le médecin ou le guérisseur. Les mères ont relaté des pratiques de soins alternées :

"Depuis qu'il est né, mon petit à la diarrhée. Je l'ai emmené chez plusieurs médecins. Il se tord de douleurs. Pour le calmer, je le frictionne avec de l'huile d'olive. Je lui en passe sur tout le corps. Je lui donne de la tisane et du cumin. Je lui ai donné des médicaments traditionnels mais voyant qu'il ne guérissait toujours pas, je suis revenue au dispensaire pour consulter le médecin."

Dès lors qu'une perturbation est ressentie, dans le cas présent il s'agit de la diarrhée de l'enfant, le réseau social, (parents, famille, amis, voisins : l'entourage au sens large), se mobilise.

La maladie de l'enfant provoque l'inquiétude de la mère qui s'entoure des conseils et de l'aide de ses proches. Tous cherchent à interpréter la maladie depuis l'ensemble de leurs connaissances. Le moment du diagnostic apparaît comme celui qui va décider du choix de la thérapie.

La diarrhée étant une maladie commune, le diagnostic paraît facile. Dans un premier temps, la mère attend de voir l'évolution de l'état de santé de l'enfant :

"J'attends trois jours. S'il n'a pas guéri, je l'emmène chez le médecin. Je me dis que c'est peut-être à cause des dents. Si ça persiste je me dit que c'est la diarrhée."

Elle administre à l'enfant des remèdes domestiques, fruits d'une connaissance ancestrale, (tisane de végétaux, riz, carottes.). Ces gestes sont un savoir faire qui ne requiert aucune disposition particulière ; ils sont le résultat d'un apprentissage familial.

Simultanément, elle n'hésite pas à recourir aux médicaments prescrits antérieurement, pour le même trouble, par le médecin et dont elle a jugé de l'efficacité.

"Quand un traitement réussit, je garde les noms des médicaments. Lorsque les enfants sont à nouveau malades, je donne "la marque" des médicaments qui m'ont été conseillés par le médecin. Si ça continue je vais voir le médecin."

Quand leur inquiétude s'amplifie, elle prend l'avis de son proche entourage. Les parents ou les voisins proposent de nouveaux traitements relatifs à leur propre expérience du phénomène.

Ainsi, le choix d'un traitement implique la mobilisation d'un réseau de "consultants profanes" au sein duquel les différents acteurs interviennent en tant que décideurs. Les perceptions que la mère a des divers traitements semblent résulter d'un processus d'influence entre les diverses personnes qui l'entourent.

La discussion autour des symptômes et des traitements appropriés instaure une hiérarchie des compétences. Certaines personnes se voient dotées d'une confiance accrue. C'est le cas des femmes âgées qui sont très écoutées eu égard à la somme de leurs expériences. C'est alors qu'apparaît le rôle prépondérant de la grand mère et plus encore de la belle-mère.

Nous devons préciser qu'en Algérie, l'usage veut que le jeune couple s'installe dans la maison parentale du mari. La belle-mère seconde les jeunes femmes dans l'éducation des enfants. Elle est un personnage "central" dans la prise en charge de la diarrhée (comme dans beaucoup d'autres décisions familiales).

D'emblée, son opinion fait autorité. Elle tranche le diagnostic et décide du traitement :

"Ma fille a eu "leil". C'est la grand-mère qui l'a conduit chez le guérisseur. C'est elle qui avait découvert que c'était "leil". C'est elle qui sait, c'est elle qui choisit."

En ce sens, elle est habilitée à porter un jugement conséquent et capable de remettre en cause la "toute puissance" du praticien.

Toutefois, même si la médecine traditionnelle est naturellement leur domaine, il serait faux de croire que les grand-mères interviennent en "détracteur" de la médecine "moderne". Au contraire, elles expriment un grand respect à l'égard du médecin qu'elles sollicitent fréquemment et dont elles suivent les recommandations. Simplement, elle s'octroient le droit d'opter pour l'une ou l'autre thérapie.

La prise en charge de l'enfant malade est donc un processus collectif. L'autonomie restreinte de la mère au moment du choix de la thérapie est de plus entravée par le fait qu'elle ne peut se rendre seule chez le médecin. Elle doit pour cela avoir obtenu l'accord de son mari.

Alors que celui-ci accepte aisément qu'elle se rende au dispensaire seule ou en compagnie d'une voisine ou d'une parente, lorsqu'il s'agit de consulter un médecin privé installé en ville, le père de famille accompagnera son épouse. Ainsi, la visite au dispensaire peut devenir pour certaines femmes un prétexte pour sortir librement et échapper, pour un court moment, à l'emprise familiale. Ceci expliquerait, peut-être, les réflexions de certains médecins selon lesquels les dispensaires sont peuplés de "malades imaginaires", représentés essentiellement par des femmes.

Depuis l'ensemble de ces observations, on peut conclure que l'utilisation de tel ou tel traitement reste en grande partie déterminée par la nature des

relations sociales présentes dans la vie quotidienne. Le parcours qui va du diagnostic au choix de la thérapie est jalonné de part en part par l'intervention de divers agents sociaux qui participent à une prise en charge active de la maladie.

Dans ce contexte, le diagnostic définitif n'est jamais établi une fois pour toutes. Chacun formule des explications et propose des remèdes. Le rapport que les individus instaurent avec chaque traitement ne se pose jamais en termes simples d'acceptation et de refus. On ne refuse pas le traitement prescrit par le médecin mais parallèlement on n'hésite pas à utiliser d'autres remèdes, ou à consulter plusieurs thérapeutes.

L'accumulation de divers remèdes, irrationnelle d'un point de vue médical, répond à une logique de la part des usagers pour lesquels "dans tous les cas, deux remèdes valent mieux qu'un".

Entre médecine moderne et médecine traditionnelle s'instaure un va et vient où l'efficacité est mise en avant selon la rapidité de guérison.

Celle-ci relate son expérience :

Sa fille souffrait de *leil* elle était jaune, son visage et ses yeux étaient endormis. Elle avait la diarrhée. La mère s'est présentée au dispensaire où le médecin lui a donné des "sachets" (S.R.O). "*cela n'a rien donné*", dit-elle. Elle a revu un médecin qui lui a demandé de poursuivre le traitement. Sa voisine, mère de famille nombreuse a reconnu que c'était "leil" et a conseillé de faire scarifier l'enfant. La mère s'est donc rendue chez la guérisseuse ; et l'enfant a guéri le jour même, affirme-telle.

Ce scénario, représentatif de nombreux autres observés, mérite quelques remarques:

D'une part il soulève la question de l'efficacité thérapeutique, envisagée de point de vue des profanes. A quoi les familles jugent-elles de la valeur d'un médicament ou de la compétence d'un thérapeute, Comment reconnaissent-elles qu'un traitement est efficace ?

Comme le rappelle S. FAINZANG (1986), la tâche de l'anthropologue n'est pas d'évaluer le degré d'efficacité objective d'une pratique mais de comprendre pourquoi elle est pensée efficace par la société ou le groupe étudiés, quelle est sa signification et sa portée sociale.

D'autre part, ce récit confirme l'hypothèse selon laquelle, les catégories étiologiques et les registres thérapeutiques sont relativement souples et indépendants, et font l'objet d'un usage pragmatique de la part des individus. Face à la maladie, tout l'éventail symbolique et thérapeutique est mis à l'oeuvre pour la recherche d'une meilleure efficacité.

Alors que le discours relatif à l'interprétation de la diarrhée distingue, de manière exclusive, deux registres de cohérence : celui de "leil" et celui de la diarrhée, on constate que dans la pratique, ces deux interprétations se combinent. L'expérience vécue de la maladie conduit à réviser les schémas interprétatifs "à priori", que les individus ajustent à la situation présente.

Les catégories diagnostiques et thérapeutiques apparaissent comme des ressources mobilisables auxquelles les individus ont recours en fonction de la singularité des situations ou des relations sociales présentes dans le quotidien. L'échec du traitement est moins le fait de l'incompétence du prescripteur, qu'il n'est le signe de la difficulté à poser un diagnostic.

Le "modèle" décrit par les anthropologues, selon lequel toute quête thérapeutique se double d'une quête de sens, n'est pas pertinent pour expliquer les pratiques des familles à l'égard de la diarrhée. La diarrhée étant une maladie banale et fréquente, elle ne pose de problème quant à son interprétation.

On constate que quelque soit le type de diarrhée, la maladie n'est l'objet d'aucun traitement étiologique particulier. Dans tous les cas, le diagnostic s'appuie sur la reconnaissance d'un ensemble de symptômes et renvoie à une causalité naturelle. De même, le traitement opère sur le corps de l'enfant et vise à faire disparaître les symptômes.

En revanche, le délai précédant la consultation du thérapeute semble être un critère distinctif des "deux" pathologies. Alors que pour une diarrhée courante, les mères attendent facilement deux ou trois jours avant de consulter

un médecin, lorsqu'il s'agit de "leil", elles s'empresent de conduire l'enfant chez la guérisseuse.

Elles s'en expliquent en invoquant l'extrême gravité de la situation : "leil" est une maladie qui "prend" la vie de l'enfant, qui "l'emporte" si on tarde à agir. Est-ce à dire que c'est la crainte d'une mort immédiate qui décide à s'adresser de préférence à un thérapeute traditionnel avec lequel on partage les mêmes conceptions de la maladie (et de la mort) ?

Qu'est ce qui caractérise le mode d'intervention de la guérisseuse (ou celui du médecin), lorsqu'on sait que les motivations manifestes qui poussent à consulter l'un ou l'autre des thérapeutes sont identiques et expriment la même volonté de voir disparaître les symptômes ?

Dans quelles circonstances et pour qu'elles raisons l'enfant malade est adressé préférentiellement à l'un ou l'autre des thérapeutes ?

Si la trame des itinéraires observés est relativement permanente en ce sens qu'elle commande la combinaison de plusieurs recours thérapeutiques, on doit s'interroger, alors, sur le principe de leur ordonnance. Peut-être pourra-t-on y distinguer des groupes sociaux?

I. 2..3. Les traitements de la diarrhée

1- Les remèdes domestiques

Nous entendons ici par remède domestique l'usage thérapeutique de certaines plantes, herbes et aliments, qui s'acquiert par un apprentissage familial.

Le premier geste de la mère est de faire boire à son enfant une infusion de cumin afin de calmer ses douleurs. Elle met spontanément en pratique les conseils prodigués par son entourage, cherchant par tous les moyens à arrêter le mal.

Les produits couramment employés dans le traitement de la diarrhée sont : le cumin, le carvi, l'eau de riz (eau dans laquelle les mères ont fait bouillir du riz), les carottes (en purée ou en jus) et diverses plantes. Il arrive que les mères utilisent aussi la peau de grenade sèche, les poids chiches, le miel, la menthe. Certaines d'entre elles précisent qu'elles ajoutent du sel ou du sucre à leur préparation. L'huile d'olive sert fréquemment à frictionner le corps de l'enfant malade.

La préparation de ces remèdes apparaît comme un acte routinier qu'aucune mère n'ignore; C'est un savoir faire qui va de soi et dont les mères parlent avec aisance. Elles disent alors qu'elles se servent des "médicaments arabes" ou des "médicaments de la maison".

Les mères insistent sur le pouvoir de guérison de ces traitements. Trois seulement parmi celles que nous avons questionné refusent ces médications traditionnelles. De peur que la maladie ne s'aggrave elles affirment n'y avoir jamais recours dans le cas d'une diarrhée.

2- La visite médicale

On observe qu'en règle générale, les familles attendent deux à trois jours avant de présenter l'enfant malade à la consultation médicale. Pendant ce temps, elles auront tout mis en oeuvre pour soigner l'enfant dans un cadre familial.

Les mères avouent volontiers attendre quelques jours dans l'espoir que l'enfant guérisse. Ceci peut paraître paradoxal lorsqu'on sait qu'elles considèrent la diarrhée comme une maladie grave.

En fait, dès les premiers signes de perturbation la mère tente de soulager son enfant en lui administrant des remèdes domestiques ou des médicaments occidentaux. Si ces soins s'avèrent insuffisant, elle consulte alors le médecin.

3- Le choix entre médecins privé et médecin du dispensaire

La majorité des mères déclarent qu'elles préfèrent voir un médecin privé. Elles citent toujours le nom de celui en qui elles ont confiance. On pourrait penser qu'elles apprécient la qualité des soins. En fait, elles vantent davantage la relation thérapeutique et insistent sur le déroulement de l'examen médical.

Les critiques formulées à l'égard du dispensaire sont largement partagées. Les mères déplorent l'attente excessive, une consultation trop rapide et un accueil jugé "inhumain".

Malgré ces reproches, les structures sanitaires publiques demeurent bondées. Il semblerait que ce soit la proximité géographique et la gratuité des soins qui conduisent les gens à fréquenter le dispensaire.

En réalité, la mère a recours à toutes les solutions thérapeutiques. Elles n'hésitent pas à demander l'avis de plusieurs médecins. C'est un va et vient incessant entre le dispensaire, le médecin privé, et parfois, le guérisseur. Ce qui importe avant tout c'est la guérison rapide de l'enfant.

4- L'image du médecin

Les mères reconnaissent et respectent le savoir du médecin. "*lui, il sait*", affirment-elles. Elles sont exigeantes à l'égard de celui à qui elles confient leur enfant et n'hésitent pas à dénoncer le praticien qui ne leur a pas donné entière satisfaction. Soit qu'elles jugent ses prescriptions inefficaces ou qu'elles critiquent ses pratiques lors de la consultation médicale.

Elles nous ont livré une image stéréotypé du "bon" médecin. Elles l'identifient à celui qui "touche les parties du corps" de l'enfant, qui instaure une relation plus personnalisée avec la patiente, en prenant le temps de l'écouter, mais surtout, celui dont les prescriptions auront rapidement guérit le malade.

5- Connaissance et utilisation des S.R.O

Une grande majorité des mères connaissent ce traitement, même si elles ne l'ont pas personnellement expérimenté.

Les sources d'information sont multiples : la télévision, les médecins, l'entourage familial ou le voisinage.

Celles qui disent l'avoir utilisé l'ont fait, le plus souvent, à l'issue d'une visite au dispensaire où on leur a remis le traitement. Elle savent comment l'administrer à l'enfant et la précision de certaines descriptions révèlent l'importance qu'elles accordent aux conseils du médecin.

Aucune mère ne refuse explicitement les S.R.O. Néanmoins, ils n'apparaissent pas comme un médicament essentiel dans la guérison de la diarrhée ; leur utilisation n'exclut pas la prise d'autres remèdes. Lorsque les mères y ont recours c'est le plus souvent en complément d'un autre traitement. Cette attitude tient, en partie, au fait que les sels de réhydratation ne suffisent pas à arrêter la diarrhée.

Les mères indiquent d'autres médicaments prescrits par le médecins pour soigner la maladie. Parfois, elles nous les montrent faute de pouvoir les nommer. Qu'importe le médicament pourvu que l'enfant guérisse.

C'est l'attente d'une efficacité immédiate du traitement qui conduit les mères à user de diverses thérapies et commande leur jugement. Un bon traitement c'est un traitement qui entraîne le prompt rétablissement du malade.

6- Le recours à la guérisseuse

Les mères croient profondément que la maladie "leil" ne relève pas de la biomédecine. Seuls les thérapeutes traditionnels détiennent ce pouvoir de guérison en opérant une scarification sur le front de l'enfant. A l'aide d'une "lame gillette", le tradi-praticien extrait une goutte de sang et la met dans la bouche de l'enfant afin de chasser le mal.

En partant chez le thérapeute, la mère emporte avec elle des gousses d'ail et de la menthe. Après l'opération de scarification la guérisseuse écrase l'ail et la menthe et les applique en cataplasme sur la tête de l'enfant. Il arrive qu'elle frictionne son corps avec un mélange de menthe, de henné et d'eau.

Les mères insistent sur l'efficacité symbolique de ces gestes. La croyance en cette pratique exclut à priori tout autre traitement.

Nous avons rencontré la guérisseuse du quartier de EL HAMRI. Son discours et ses connaissances sur la maladie sont analogues à ceux des mères. Elle reçoit beaucoup d'enfants en été, période durant laquelle les diarrhées sévissent, leur âge varie de 6 à 12 mois. Parfois elle traite des nouveaux nés.

Elle a reçu ce pouvoir de guérison de son grand-père qui était *taleb*. Elle n'exige aucune somme d'argent des consultants ; chacun donne ce qu'il veut. En général, elle perçoit par acte thérapeutique une somme modique : 5 à 10 dinards (au cours officiel un dinar équivaut environ entre 30 et 35 centimes).

Elle affirme que les médecins ne savent pas soigner cette maladie et prétend que certains d'entre eux lui adressent des enfants.

II. LE SYSTEME DE SANTE

II 1. L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE

II. 1. 1. Le système de santé

Selon, **M. KHIATI** (1990), l'évolution du système de santé algérien couvre trois étapes principales :

De l'indépendance à 1973, le pays a du prendre des mesures d'urgence destinées à parer au plus pressé. Dès cette période, néanmoins, la priorité est donnée à l'action préventive.

L'année 1974 marque l'institutionnalisation de la médecine gratuite dans le secteur public. Les actions engagées durant les dix années qui suivirent visent à unifier le système national de santé. On peut citer quelques mesures d'importance :

- adoption de la carte sanitaire nationale
- promulgation du code de la santé qui consacre deux secteurs d'activités : public (hôpitaux, secteurs sanitaires) et para-public où le personnel exerce à mi-temps, la matinée étant réservée à l'exercice d'une activité dans les structures publiques.

La troisième étape, de 1984 à nos jours, marque un retour à une politique de santé caractérisée par une planification par objectifs et une revalorisation de l'action préventive :

- mise en place du plan d'action de santé,
- loi sur la protection et la promotion de la santé qui remplace le code de la santé,
- lancement des grandes campagnes de santé publique (mortalité infantile, maladies à transmission hydrique),
- définition d'une liste de médicaments essentiels...

II. 1. 2. Les ressources humaines

Au lendemain de l'indépendance, les ressources humaines de santé se résumaient à 600 médecins dont 285 algériens et 250 agents paramédicaux diplômés soit un médecin pour 16 600 habitants et un agent de paramédial pour 40 000 habitants. Les infrastructures sanitaires étaient peu nombreuses et très inégalement réparties sur le territoire. L'Algérie comptait alors 143 hôpitaux dont des sanatoriums, 188 centres sanitaires de base, 1016 salles de soins et 130 dispensaires et salles de secours pour une population estimée à 10 millions d'habitants.

Un effort important en matière de formation a été soutenu depuis l'indépendance. Alors qu'ils s'élevaient à un millier de praticiens tous corps confondus en 1962, les personnels de santé totalisaient un effectif de 132 902 salariés en 1987, dont 23 330 médecins (sources Ministère de la Santé Publique).

Le système de formation mis en place au lendemain de l'indépendance a permis de former 46 médecins en moyenne par an entre 1963 et 1973. Malgré un accroissement constant du nombre des praticiens, ce chiffre demeurait insuffisant au regard des besoins en matière de santé.

Une réforme de l'enseignement médical est mise en place en 1971 avec l'objectif de former 1 000 médecins par an. Dans le même temps, les infrastructures de formation se multiplient. Les objectifs de la réforme sont

atteints avant même qu'elle ne soit totalement appliquée. Ainsi, de 1976 à 1986, la moyenne nationale annuelle de diplômés passe de 1200 à 2000 individus par an.

Les normes définies par la carte sanitaire adoptée par le gouvernement en 1981 qui prévoyait un médecin pour 2000 habitants sont alors dépassées. En 1987, le principe du *numerus clausus* est introduit pour limiter l'entrée des étudiants en facultés de médecine.

Si, aujourd'hui le besoin en médecins généralistes est largement couvert, en revanche, le pays manque considérablement de spécialistes. Une nouvelle réforme des études en vigueur depuis la rentrée universitaire 1987-1988, vise à pallier ce déséquilibre, en accordant la priorité à neuf spécialités dites de base vers lesquelles seront orientés 80% des étudiants en post-graduation (années de spécialisation).

Par ailleurs, afin de garantir une répartition équitable des ressources de santé sur l'ensemble du territoire national, l'Etat adopte, à la fin de l'année 1984, une mesure appelée "zoning" qui favorise l'implantation des médecins dans les régions reculées et réglemente le service national de ces derniers.

Le principe du zoning repose sur un partage du pays en zones géographiques où la durée du service civil est variable : 4 ans dans les grandes villes, 3 ans dans les villes plus modestes et éloignées de la région côtière, 2 ans dans le sud et les endroits enclavés. A la fin de l'année 1987, la satisfaction des besoins en praticiens généralistes a entraîné la suppression du zoning puis, en 1989, du service civil pour les médecins.

II. 2. LE SYSTEME DE SANTE PUBLIC

L'Algérie couvre une superficie de 2 380 000 km, environ. Sa population, au recensement du 20 mars 1987, atteignait le chiffre de 23 038 942 habitants (elle aura doublé en moins de vingt ans) et se caractérise par sa jeunesse (plus de la moitié de la population à moins de 16 ans).

Administrativement, le pays est divisé en 48 wilayate (départements ou préfectures) subdivisées en daïra, dont chacune regroupe un certain nombre de baladia (communes).

Le système de santé publique est hiérarchisé et se présente sous une forme pyramidale :

Le sommet est constitué par les centres hospitalo-universitaires (C.H.U.) qui veillent à la formation des médecins et assurent les soins de santé tertiaires (prise en charge des pathologies lourdes).

A l'échelle de la wilaya, une division de la santé et de la population (D.S.P.) contrôle et coordonne l'activité des structures sanitaires (à l'exception des C.H.U.). Elle est chargée de l'animation et du contrôle de tous les programmes de santé initiés ou ordonnés par l'administration centrale.

A ce niveau, l'organisation sanitaire repose sur la division géographique du territoire national en secteurs sanitaires. Le secteur sanitaire correspond à l'aire géographique d'une ou plusieurs daïra. Il est défini par l'ensemble des structures publiques de diagnostic, de soins et de prévention existant sur ce territoire.

La base de la pyramide de santé (ou premier niveau) est représentée par le sous-secteur sanitaire. Sa mise en place, en 1986, a parachevé, sur la plan organisationnel, le système de santé publique.

Chaque sous-secteur est constitué par le regroupement de plusieurs unités sanitaires de base présentes à l'échelle d'une commune ou d'un quartier, pour les grandes agglomérations. Cette sectorisation vise à répondre à la demande en soins de la population résidant dans cette zone géographique.

Au niveau des sous-secteurs, les activités sanitaires de base comprennent des prestations curatives (consultation médicale, chirurgie dentaire, soins infirmiers) et des actions de prévention (vaccination, planification familiale, hygiène scolaire).

En ce qui concerne Oran, la population de l'agglomération compte (au 20 mars 1987) 598 527 habitants dont 47 % sont âgés de moins de 16 ans. Sur le plan sanitaire, la ville est divisée en 9 sous-secteurs qui comprennent, au total, 10 polycliniques, 14 centres de santé et 2 maternités. Oran dispose, également, d'un centre hospitalo-universitaire.

II. 1. 1. La lutte contre les maladies diarrhéiques

Les recommandations de l'O.M.S dans le traitement de la diarrhée fond l'objet d'une campagne nationale annuelle, particulièrement active durant la période d'été, qui vise l'information des familles sur les dangers de la diarrhée et l'application du traitement par voie orale (T R O).

Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques concerne tous les enfants mais vise en particulier la population la plus exposée, constituée par les enfants de moins de deux ans. Il s'agit de lutter contre la complication majeure de la diarrhée : la déshydratation aiguë. La lutte contre la déshydratation aiguë est basée sur l'amélioration des conduites thérapeutiques et essentiellement sur la généralisation de l'utilisation des sels de réhydratation orale (S.R.O.).

Cette action est intégrée aux activités quotidiennes des structures de santé publique. Elle est soutenue par une vaste campagne d'information télévisée sur les dangers de la diarrhée et les moyens de la combattre par l'utilisation des S.R.O.

D'après le discours des mères on peut conclure que le message a été entendu de la population. En effet, leur description des symptômes reprend les termes de discours médical officiel. Néanmoins, on constate que la campagne n'a pas réussi à infléchir réellement leurs pratiques.

L'utilisation des S.R.O. s'insère dans un ensemble d'habitudes thérapeutiques n'a que les campagnes successives n'ont pu modifier. Cet échec relatif lié partiellement aux représentations de la maladie et de son traitement ne peut être imputé à ces seuls facteurs culturels.

Nous faisons l'hypothèse que l'acceptation du traitement dépend aussi de la relation que les mères entretiennent avec l'Institution sanitaire. Au sein même de celle-ci, les recommandations de l'O.M.S se sont heurtées à des résistances.

Notre travail, au sein de deux dispensaires de la ville et auprès du personnel la d'un service du CHU s'est attaché à analyser ces blocages et à décrire les conditions d'application du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

II. 2. 2. Le service du CHU

C'est un service pédiatrique du C.H.U. d'Oran, spécialisé dans la prise en charge des maladies diarrhéiques. Elle fonctionne en hôpital de jour et accueille les enfants accompagnés de leur mère.

Par ailleurs, il remplit d'importantes fonctions de recherche. Les protocoles de recherche, conduit tout au long de l'année, avec la collaboration des familles, s'articulent aux activités curatives. En ce sens, la clinique fait figure d'un service pilote.

Située à l'extérieur du centre hospitalier, ce service occupe un ancien bâtiment d'habitation et est connu de la population sous l'appellation de clinique Saint-Michel. Dans l'ensemble, le lieu jouit d'une bonne réputation, tant pour l'accueil réservé aux familles que pour la qualité des soins distribués.

Théoriquement, l'organisation des structures de santé prévoit que les malades soient orientés vers les services hospitaliers à la suite d'une visite au dispensaire, lors de laquelle le médecin leur remet une lettre de recommandation. En ce qui concerne les diarrhées infantiles, on envoie à l'hôpital les enfants qui présentent une déshydratation sévère nécessitant un traitement par voie intraveineuse.

Dans les faits, on constate que certaines familles s'adressent directement à la clinique et y sont accueillies sans formule d'orientation. Il semblerait alors que la décision d'hospitalisation dépende entièrement de la personne qui reçoit l'enfant, quelque soit, d'ailleurs, son statut dans l'institution. Ainsi, il est fréquent que le règlement soit contourné au gré des initiatives personnelles.

En effet, l'observateur, qui séjourne dans diverses structures sanitaires de la ville, est frappé par l'absence d'une réelle hiérarchie professionnelle, en permanence transgressée par la prégnance des relations informelles.

Ce service hospitalier joue un rôle de "pivot" dans le programme de lutte contre les diarrhées. Elle assure l'information des personnels de santé et forment les agents responsables de la campagne au niveau de chaque dispensaire.

Néanmoins, une partie du personnel médical et paramédical témoigne de comportements qui contredisent, parfois, les actions menées par le chef de service et son équipe. C'est le cas, par exemple, de l'usage du traitement par voie orale de la diarrhée.

Ici, comme dans l'ensemble des dispensaires visités, on observe que les médecins n'hésitent pas à prescrire des médicaments en accompagnement des S.R.O., alors que le règlement l'interdit formellement.

Nos enquêtes successives, dans deux dispensaires de la ville, ont permis d'apporter quelques éléments de réponse au sujet de cette pratique largement attestée au sein de l'institution sanitaire.

II. 1. 3. Les dispensaires

Nos observations ont porté essentiellement sur deux structures : une polyclinique et un centre de santé, toutes deux situées dans des quartiers populaires de la ville : les revenus des habitants sont faibles et une bonne partie de la population est analphabète.

Notre investigation a duré environ deux mois. Nous avons pu aisément assister aux consultations médicales. Le personnel de santé composé de médecins et d'agents paramédicaux s'est volontiers prêté à nos entretiens. Nous nous sommes mêlés aux patients dans la salle d'attente, les couloirs, le bureau d'accueil, investissant le dispensaire en tous ses lieux de rencontre.

Par ailleurs, nous avons rencontré les mères venues consulter pour un cas de diarrhée. Avec elles, nous avons suivi le protocole de prise en charge. Parfois, nous avons pu les accompagner jusqu'à leur domicile afin de poursuivre l'entretien.

Le samedi et le dimanche (qui sont les premiers jours de la semaine dans les pays musulmans) sont les jours d'affluence pour les consultations. La fréquentation est très supérieure le matin. La clientèle est essentiellement constituée des mères et de leurs enfants. Parfois, elles y viennent seules, le plus souvent elles sont accompagnées d'autres femmes.

Les deux dispensaires que nous avons visités ne présentent pas exactement la même situation :

Le centre de santé est un dispensaire bien connu de la population oranaise. Anciennement administré par des soeurs espagnoles, c'est un lieu qui jouit d'une bonne réputation, au-delà même du quartier dans lequel il est implanté.

Vieille demeure de style colonial, il est un endroit accueillant et familial. Quelques escaliers conduisent au bureau d'accueil où l'on renseigne les nouveaux malades. Les soins sont distribués en un cabinet médical pour adulte et un service de pédiatrie très fréquenté pour les vaccinations.

La polyclinique est une structure plus récente, de construction moderne. Initialement c'était une clinique dentaire. Depuis 1987, elle abrite également un service de soins médicaux, installé au premier étage du bâtiment.

La "marche à suivre" lorsqu'un enfant diarrhéique est conduit au dispensaire est très précisément définie dans le cadre d'un protocole de prise en charge. Elle se décompose en plusieurs étapes et repose sur une division du travail médical.

Les modalités de prise en charge des enfants diarrhéiques diffèrent toutefois dans chaque dispensaire :

- au sein du centre de santé, la responsabilité de la campagne revient à une technicienne de la santé formée à cette intention .
- dans la polyclinique, tous les praticiens s'intègrent au programme sous le contrôle du Chef de service.

Dans les deux cas, les responsables entretiennent des liens étroits avec l'hôpital.

Le "programme diarrhée" a reçu un accueil difficile parmi les médecins. Les responsables ont dû s'appuyer sur le personnel paramédical qui s'avère être une pierre de touche dans l'application des soins prônés par l'O.M.S eu égard à la position qu'il occupe dans l'institution médicale.

1- Les agents paramédicaux

Le travail d'agent paramédical éclate en plusieurs fonctions : l'accueil des patients, la consultation, la protection infantile, la tenue des registres statistiques. La hiérarchisation de la profession en diverses catégories (agent technique de santé : A.T.S, technicienne de santé : T.S, technicienne supérieure de santé : T.S.S.) renvoie à des écarts de salaire et non à une pertinence dans l'exercice des pratiques. Les agents paramédicaux (composés essentiellement de femmes), quelque soit leur formation initiale, occupent des poste analogues.

Les infirmières organisent les entrées et opèrent un classement des usagers qu'elles orientent vers la consultation. Leur tâche consiste en grande partie à la gestion des documents : tenue des fichiers, enregistrement des malades, bulletins d'analyse et d'évaluation à l'encontre du praticien.

Leur pratique est largement assujétié à celle du médecin et consiste en des tâches subalternes. Sollicité par les malades et par les médecins, le personnel paramédical se plaint de la surcharge de travail et de son manque de reconnaissance au sein de l'Institution sanitaire : les salaires sont bas, les journées de travail lourdes et l'intérêt moindre. Les agents sanitaires vivent mal leur position, insistant sur la dévalorisation de leur rôle par rapport à celui des médecins.

En contact permanent avec les patients, ils essuient leurs plaintes et gèrent les conflits. Les usagers leur reprochent une trop longue attente et une mauvaise réception des malades.

L'heure d'appel varie. Le médecin peut avoir plusieurs heures de retard ou ne pas se présenter du tout. Dans ce cas, ce sont les infirmières qui reconduisent les malades, ce qui donne lieu à de fréquentes disputes.

Dans ce climat de tension, la campagne de lutte contre les diarrhées devient un enjeu entre les divers agents de santé. Les agents paramédicaux sont investis de nouvelles responsabilités. Une infirmière prend en charge, et de façon prioritaire, l'enfant malade. Après s'être acquittée des formalités d'accueil, elle se livre à une consultation préliminaire à celle du médecin. Elle pèse l'enfant, le mesure, prend sa température.

Elle cherche à identifier les symptômes afin d'évaluer l'état de gravité de la maladie. Si la déshydratation est sévère, elle entame le traitement, en expliquant à la mère comment administrer les sels de réhydratation à l'enfant. Dans le même temps, elle donne les premières recommandations d'hygiène et de diététique.

Cette phase initiale de la prise en charge est laissée à l'entière initiative du personnel paramédical, et lui confère, de ce fait, une certaine autonomie. Cela lui permet de s'identifier au médecin. C'est donc auprès des usagers qu'il cherche à valoriser sa position au sein de l'Institution sanitaire.

Même si, en dernier lieu, c'est le médecin qui conclut la consultation, les infirmières ont acquis un rôle prépondérant dans la prise en charge de la maladie. Elles tiennent, également, les registres épidémiologiques et gèrent les convocations aux visites de contrôle. Ainsi, elles bénéficient d'une véritable emprise sur le phénomène. L'application du traitement repose largement sur leur travail.

Ce cas de figure concerne la polyclinique où la gestion de la campagne s'appuie sur l'ensemble de personnel de santé. La situation est quelque peu différente dans l'autre dispensaire. Le "programme diarrhée" a été confié à une technicienne de santé : fatima. Travaillant principalement sous le contrôle du Chef du service hospitalier, elle échappe en partie à la gestion interne du centre et bénéficie de la reconnaissance de ses supérieurs.

Une salle de consultation est mise à sa disposition permanente. Elle y voit tous les enfants atteints de diarrhée et eux seulement.

Pour fatima l'implantation de la campagne a été un moyen de trouver une place autonome au sein de l'Institution sanitaire. A la tête d'un poste à responsabilité qui ne devait pas, logiquement, lui revenir compte tenu de sa formation de base (fatima est titulaire d'un diplôme d'A.T.S.) elle a appris à gérer l'ensemble du processus, de la réception des malades à la distribution des S.R.O.

Son écoute réelle des mères et sa connaissance des problèmes que celles-ci rencontrent quotidiennement, font d'elle une figure particulière parmi les divers agents. On a le sentiment qu'elle illustre parfaitement la fonction de

médiateur qui avait été attribué aux agents paramédicaux par les responsables des campagnes sanitaires.

De ce fait, et malgré le problème financier, la fatigue et tous les obstacles qu'elle rencontre quant au réapprovisionnement en matériel, fatima trouve une satisfaction et un équilibre dans l'exercice de son travail. Elle se sent utile et présente à la fois dans le corps médical et au milieu des familles qu'elle comprend et qu'elle sait appréhender de façon correcte et productive.

2- Les médecins

La polyclinique compte cinq cabinets médicaux qui reçoivent indépendamment tous les malades. Lors de notre dernière enquête en juillet 1990, quinze médecins exerçaient ici.

Dès huit heures du matin, la salle d'attente est comble. Bien que les consultations ne commencent jamais avant neuf heures, les patients arrivent tôt dans l'espoir d'être parmi les premiers consultés. Ils sont réceptionnés par une infirmière qui les enregistre sur présentation du carnet de santé. Ceux qui l'ont oublié devront revenir.

Les entrées sont contrôlées par un système de fiche où figure l'itinéraire thérapeutique du malade au sein du centre. Un tel fonctionnement a été mis en place par le Chef de service qui met l'accent sur le suivi nécessaire des malades. Les patients sont ensuite dirigés vers les différents médecins.

Compte tenu du nombre important de médecins, les consultations s'achèvent, généralement, vers onze heures. A cette heure-ci, il est très rare que de nouveaux malades se présentent à la consultation. Les femmes s'attachent à préparer le repas et quittent moins volontiers leur domicile.

Les salles de consultation sont de taille moyenne, meublées d'un bureau, d'une table, parfois d'une armoire à pharmacie quasiment vide.

Le temps de la consultation, conditionné en grande partie par la fiche d'entrée et le carnet de santé, dépasse rarement les cinq minutes. L'écrit est souverain ; la tenue des registres épidémiologiques, des fiches d'évaluation et la

rédaction de l'ordonnance sont autant d'actes qui médiatisent la relation thérapeutique et légitiment la pratique médicale.

Dans la pratique, le médecin se livre à un examen clinique de l'enfant et questionne la mère. Le dialogue entre celle-ci et le thérapeute se limite, en fait, à un bref interrogatoire à propos des symptômes observés. On est loin de la relation médecin-malade prônée dans le discours comme facteur essentiel de réussite de la thérapie.

On en vient, donc, rapidement au moment clé de la visite : la prescription de l'ordonnance. Tout semble se jouer à cet endroit précis. C'est de l'ordonnance que l'on jugera de l'efficacité du médecin.

Dans les faits, c'est par ses prescriptions que le médecin acquiert une certaine reconnaissance auprès de ses clients : *"un bon médecin, c'est celui qui donne des médicaments rapidement efficaces"*

La prescription du traitement de la diarrhée permet d'illustrer le problème de l'efficacité médicale.

Les sels de réhydratation orale n'enrayent pas la maladie de façon spectaculaire. Ils stoppent la déshydratation de l'enfant et freinent les complications de la maladie, mais ils ne suppriment pas les symptômes manifestes.

Si la mère n'a pas saisi cette différence essentielle, (c'est souvent le cas), elle fera appel aux thérapies concurrentes. On comprend, alors, que le médecin ait recours, en complément du traitement, à une médication qui arrête, visiblement la diarrhée, de sorte qu'il puisse prouver sa compétence et asseoir son autorité.

Dans le cas de la diarrhée, le pouvoir et l'autorité du médecin, qu'il tenait pour tous puissants sont directement menacés. Alors qu'il était le seul à ne pas revendiquer sa place au sein de l'institution sanitaire, voilà qu'avec le traitement par réhydratation orale, le médecin remet en jeu sa propre efficacité.

L'enjeu des S.R.O, qui initialement se situait dans son pouvoir de guérison effectif de la maladie, a été repensé par le médecin comme la

possibilité de garder son pouvoir sur le malade et de conserver une clientèle quand elle peut faire appel à d'autres formes de thérapies.

Dans la pratique, il s'agit de faire revenir le malade. Ainsi, alors que le protocole prévoyait une visite de contrôle au troisième jour (voire au septième jour), les familles qui se présentent à la polyclinique sont reconvoquées dès le lendemain.

Pour justifier cet écart au règlement, le Chef de service invoque la nécessité d'un suivi quotidien des malades. Il parle alors de la prise en charge effective du malade, de l'efficacité maximale et dans les meilleures conditions du traitement ordonné. Telle est l'image moderne de la médecine et du "vrai médecin".

Pour que ce suivi soit effectivement possible, il faudrait occulter la dimension familiale de la prise en charge de la maladie. Notons à ce sujet la réticence qu'ont les médecins à traiter avec la belle-mère; celle-ci n'est pas assez souple, peu influençable. Il lui arrive de refuser le traitement donné par le médecin et d'opter pour une thérapie qu'elle connaît mieux.

On assiste alors à une valorisation de la relation "mère-enfant". Relation qui si elle s'avérait effectivement exclusive rendrait plus facile la diffusion de la médecine moderne. Telle serait l'image moderne du patient, du "vrai malade". Dans les faits, il arrive qu'un enfant ne soit pas accepté en consultation si sa mère n'est pas présente. On demande alors à la personne qui l'accompagne d'aller chercher celle-ci.

Comment s'adresse-t-on aux mères pour les persuader de se représenter au dispensaire ? Les médecins nous ont confié faire preuve d'intimidation. Ils ne leur donnent qu'un seul sachet de sels (le protocole en prévoit trois) et insistent sur les risques d'aggravation de la maladie. Discours mené sur un ton autoritaire, parfois proche de la réprimande. L'autorité du médecin prend toute son ampleur face à l'incertitude des patients.

Depuis l'ensemble de ces observations, il apparaît clairement que l'attitude des personnels de santé à l'égard des recommandations préconisées par l'O.M.S dépend de la position qu'ils occupent dans l'institution sanitaire. Alors

que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques permet aux agents paramédicaux de s'autonomiser par rapport à la hiérarchie professionnelle, il renforce au sein de corps des médecins, les contraintes qui pèsent sur son activité.

3- Connaissance et diffusion des S.R.O.

Nos enquêtes dans les familles ont montré que les mères connaissent les S.R.O sans pour autant les utiliser de façon systématique, leur usage étant, de toute façon, rarement exclusif. Quant aux médecins, leur discours sur ce traitement est demeuré vague, parfois contradictoire. Pour nombre d'entre eux, les sels de réhydratation n'apparaissent pas comme un médicament particulièrement efficace. La plupart le prescrivent depuis peu, et encore, sous l'influence active de leurs supérieurs, responsables de la campagne.

Même s'il le recommande aux malades, le personnel féminin hésite à le prescrire à ses propres enfants. Des infirmières ont avoué ne pas insister lorsqu'elles se heurtent au septicisme des familles. Elles préfèrent alors conseiller une plus grande hygiène alimentaire et recommandent l'absorption de préparations domestiques comme l'eau de riz ou le bouillon de carottes.

Les médecins, pour leur part, n'hésitent pas à prescrire d'autres médicaments antidiarrhéiques ou des antibiotiques et donnent les sels en supplément de leurs prescriptions.

On constate que le traitement de réhydratation orale est discuté par le corps médical. Les adaptations portées au traitement ne sont pas sans conséquence sur sa diffusion puisqu'elles en modifient les termes.

Depuis son émetteur initial à son acceptation par les usagers, le message médical subit diverses réinterprétations relatives aux agents de diffusion. Ils peuvent en réduire le contenu en omettant, par exemple, de préciser son mode d'administration (petite cuillère ou biberon) ou l'enrichir d'éléments extérieurs visant à l'intégrer dans des pratiques déjà existantes.

Ainsi, une infirmière recommande son absorption dans un jus de fruit pour que le goût en soit plus agréable. Une autre suggère de l'accomoder à de l'eau de riz ou du jus de carotte.

Le réseau de distribution est jalonné d'obstacles tant dans son application pratique, dans sa réalité matérielle (insuffisance de l'approvisionnement en équipement) que dans sa valorisation.

L'action du traitement elle-même fait doute. Certains médecins prétendent que les S.RO arrêtent la diarrhée quand ils ne servent qu'à réhydrater l'enfant. Au sein même de l'institution sanitaire, le message n'est donc pas toujours restitué correctement aux usagers. Les mères, à la recherche d'une efficacité du traitement perdent alors confiance, si elles n'observent pas une amélioration rapide de l'état de santé de leur enfant.

Au sein des familles le traitement de la diarrhée soulève divers avis. Rappelons que la mère n'est pas autonome d'un bout à l'autre de la chaîne thérapeutique. Nous avons vu comment la maladie devenait l'objet d'un diagnostic collectif. La décision de consulter est un acte familial, de même la prise en charge de l'enfant malade. Elle dépend d'un réseau d'influences inhérentes à chaque famille. La mère peut confier la garde de son enfant à un de ses proches. Ainsi, on apprend qu'elle n'administre pas toujours le traitement par elle-même.

En multipliant les intermédiaires, le message sur la diarrhée et les moyens de la combattre s'appauvrit et perd parfois toute signification. Il prend alors la forme d'un geste thérapeutique dévalorisé que les mères mettent en oeuvre sans conviction et de manière approximative. Elles l'abandonnent vite et négligent de se présenter à la visite médicale. L'enfant a-t-il guéri ou bien ont-elles changé de thérapie ?

L'information médicale emprunte des réseaux de diffusion complexes ; les connaître permettra peut-être d'améliorer la qualité de la communication ?

II. 3. LES MEDECINS PRIVES

Les quinze médecins, pédiatres ou généralistes d'âges différents, que nous avons rencontrés hors de l'institution sanitaire, exercent en cabinet privé individuel. Nous les avons interrogés sur leur lieu de travail. Malgré la charge de travail que certains assument quotidiennement, la plupart nous ont accordé un long entretien, dépassant souvent les deux heures.

Certains ont été choisis au hasard, au gré de nos déplacements dans le quartier environnant l'hôpital. D'autres, notamment les pédiatres, nous ont été recommandés par les familles résidant dans ce même quartier et exercent en divers endroits de la ville. On constate, en effet que les familles n'hésitent pas à se déplacer pour consulter un médecin dont leur entourage aura vanté les mérites.

Informé du fait que les familles s'adressent préférentiellement à un "spécialistes des maladies pour enfants" lorsque leurs enfants sont très jeunes (0 - 2 ans) nous avons cherché à rencontrer tous les pédiatres qui jouissent d'une bonne réputation auprès de la population. Certains étant absents durant la période d'été, nous n'avons pu en interroger que quelques uns. Oran compte environ une quinzaine de pédiatres, sept d'entre eux ont accepté de nous recevoir.

La plupart de ceux que nous avons questionnés exercent depuis plusieurs années en cabinet , après avoir fait un séjour prolongé à l'hôpital. De ce fait, ils ont vécu différentes étapes de la politique de santé et sont les témoins des changements à l'oeuvre dans la société algérienne de ces dernières années. Les plus âgés évoquent avec nostalgie "une période dorée" qu'ils situent durant les premières années de l'indépendance pendant lesquelles tous les espoirs étaient encore permis ; les médecins étaient alors peu nombreux mais compétents, le matériel ne manquait pas, les coopérants étrangers garantissaient un bon niveau de formation. La médecine collait au modèle biomédical tel qu'il s'actualise en France.

Tous ces médecins "de la vieille école", comme certains aiment à se définir, établissent une dichotomie parmi les médecins entre "les anciens", qui, comme eux, ont suivi une partie de leurs études, sinon la totalité, en Europe (et plus particulièrement en France) et ont bénéficié d'une expérience hospitalière et les "jeunes" qui arrivent aujourd'hui sur le marché, formés

dans les écoles de médecine algériennes et qui n'ont plus l'obligation d'exercer dans le public.

Si les spécialistes, peu nombreux, arrivent tous à se faire connaître de la population de la ville, le nombre de généralistes, en revanche, est si important que l'on peut s'interroger sur la charge de travail de chacun. Certains affirment qu'*"il y a suffisamment de travail pour tous"*.

Nous avons pu observer cependant que certains médecins reçoivent très peu de malades. Un jeune médecin que nous avons rencontré en milieu d'après-midi n'avait pas eu de clients dans la journée. Vraisemblablement gêné par cette situation, il nous expliqua qu'il lui était très difficile de planifier son travail car *"les gens en Algérie ne sont pas disciplinés, ils se rendent chez le médecin à n'importe quel moment, comme ça les arrange, sans rendez-vous."* Ainsi, certains jours, il est obligé de renvoyer des patients alors que la veille il n'en avait pas vu plus de deux ou trois. De plus, les gens préfèrent venir le soir après le travail, parfois même très tard, de sorte que le médecin est contraint à travailler en dehors des heures d'ouverture ordinaires s'il veut satisfaire sa clientèle.

Compte tenu de la pléthore de médecins présents sur le marché de l'emploi, les structures de santé publique n'arrivent plus à absorber les jeunes diplômés. Les médecins sont donc amenés à s'installer dans le privé dès la fin de leur études.

Nous ne développerons pas en détail les motivations qui poussent les médecins à s'installer dans le privé. Outre le fait qu'il devient difficile d'obtenir un poste à l'hôpital ou dans les dispensaires, notamment dans les villes, la médecine gratuite jouit d'une image de plus en plus dévalorisée aussi bien parmi le corps médical qu'auprès de ses usagers. Le manque de matériel, la pénurie de médicaments, la dégradation des conditions de travail, le "laisser-aller" d'une partie des personnels de santé, le "laxisme" des responsables politiques, les salaires trop bas, et la dévalorisation du statut professionnel sont autant d'arguments majeurs que les médecins évoquent pour expliquer leur choix.

Mais si pour certains, la pratique libérale semble le seul choix possible, l'installation d'un cabinet en ville n'est pas acquise pour tous. Pendant une

période, le principe d'un *numerus clausus* imposait une limite à l'installation des praticiens dans les villes suffisamment peuplées en médecins généralistes. Ces derniers devaient alors s'exiler dans les campagnes en attendant la possibilité de revenir dans l'agglomération de leur choix. "*Il fallait être pistonné*", diront certains.

Aujourd'hui, aucune loi ne réglemente plus l'installation des médecins. Il suffit d'être titulaire du diplôme. Dans les faits, les choses se compliquent dès lors que l'on se met en quête d'un local et de l'équipement nécessaire. Les contraintes financières sont très lourdes de sorte que l'ouverture d'un cabinet médical est le privilège des plus nantis.

Pourtant, le nombre de médecins privés ne cesse de s'accroître. Une fois installé les problèmes continuent : il faut se constituer une clientèle, (ce qui paraît particulièrement difficile pour les nouveaux venus compte tenu de nombre de cabinets déjà existants). Certains médecins évoquent leurs premières années de travail comme une période particulièrement décourageante.

Il semblerait, à en croire certains propos, que la tendance à la privatisation de la profession commence à s'inverser et que certains médecins, confrontés à l'ampleur des inconvénients relatifs à l'ouverture d'un cabinet, choisissent de retourner dans le public. Nous rapportons ici des informations dont nous ont fait part plusieurs personnes au cours de discussions informelles et pendant nos entretiens. Nous ne pouvons pas en garantir la véracité.

Ici encore, l'importance de réseau familial et social est primordial. Il apparaît souvent comme le garant de la réussite du jeune diplômé. D'une part, il peut contribuer à réunir les fonds nécessaires à l'installation ; d'autre part, il aide à la constitution de la clientèle. En effet, les médecins qui parviennent, sans grande difficulté, à s'établir sont ceux qui bénéficient du soutien de leur entourage et jouissent, de part leur appartenance familiale ou géographique, d'une certaine reconnaissance dans cet entourage. Les voisins, les amis n'hésiteront pas alors à le consulter, ils en parleront positivement et le recommanderont dans leur propre entourage. La promotion des médecins fonctionne essentiellement sur "le bouche à oreille". Ceux originaires de régions avoisinantes seront largement défavorisés.

Après avoir brièvement évoqué le contexte dans lequel s'inscrit la médecine libérale, nous nous attacherons à décrire la pratique quotidienne des médecins afin de dégager le système de contraintes qui pèse sur l'exercice de la profession dans le contexte algérien, et plus particulièrement à Oran.

II. 3. 1. les relations entre médecine de ville et médecine hospitalière

Le système de santé publique tel que nous l'avons présenté en introduction du chapitre précédent occulte totalement le secteur privé où exercent, pourtant, 40 % des praticiens. Dans la réalité, ce cloisonnement des deux secteurs d'activité se mesure au manque d'intérêt, voire à l'ignorance, dont chacun fait preuve à l'égard de l'autre. Ainsi, plus qu'une réelle opposition entre deux types de pratique, on est davantage en présence de deux mondes qui s'ignorent.

Les médecins privés sont véritablement marginalisés par l'institution médicale qui ne les informe ni des orientations politique en matière de santé et ni des actions de santé publique. Aussi ont-ils vaguement connaissance de la campagne de lutte contre les maladies diarrhéiques par les réseaux de communication populaires.

Alors qu'un fascicule de l'O.M.S est prévu à l'attention des personnels de santé présents dans les structures publiques aucun document n'est disponible pour les médecins du secteur privé. Certains ignorent que l'on peut se procurer les sels de réhydratation orale dans les pharmacies, pensant qu'ils sont uniquement disponibles dans les structures sanitaires publiques comme ce fut le cas quelques années auparavant. Comment faire alors qu'ils les prescrivent aux malades ?

Cette situation fait que les médecins du secteur privé vivent leur pratique dans un complet isolement. "*On travaille le dos au mur* ", disent certains, pour exprimer le manque de considération et de reconnaissance que l'institution médicale leur témoigne. La critique la plus virulente à l'égard de l'hôpital est l'absence d'un retour d'information. En effet, dès lors qu'un

enfant est orienté vers l'hôpital et qu'il est prise en charge par l'institution, il est échappé complètement à la bienveillance de son médecin de ville.

La procédure d'usage qui veut que le médecin hospitalier adresse une lettre au médecin traitant et l'informe du diagnostic et du traitement thérapeutique envisagé n'est jamais appliquée. Ce n'est que rarement que le médecin est tenu informé par le chef de service du devenir de son malade. L'information filtre parfois par des réseaux informels : par exemple, lorsque les deux médecins en présence nourrissent des relations personnelles.

C'est dire que dans la majorité des cas le médecin de ville est totalement tenu à l'écart de la pratique hospitalière.

Certains médecins se rendent alors à l'hôpital comme de simples visiteurs. Leur présence est souvent mal perçue par le personnel hospitalier, l'accueil est difficile et la communication avec le médecin chef souvent impossible.

En ce qui concerne les enfants, les médecins insistent auprès des familles pour que celles-ci les tiennent informés de l'évolution de l'état de santé de l'enfant et du traitement qu'il suit. Certains incitent les parents à présenter à leur cabinet l'enfant à sa sortie d'hospitalisation. Parfois, les familles servent donc de trait d'union entre le milieu hospitalier et la médecine de ville. Il semble néanmoins que dans la majorité des cas, les enfants adressés à l'hôpital soient perdus de vue par le médecin traitant.

Cette rupture avec le milieu hospitalier est d'autant plus mal acceptée par les médecins qui ont fait partie de l'institution hospitalière durant leurs premières années d'exercice. Tous déplorent vivement cet état de fait qui selon eux entrave le bon fonctionnement du système de santé et rend difficile une prise en charge effective de l'enfant malade.

Dans ce contexte, les médecins privés hésitent à orienter les malades vers l'hôpital que ce soit pour des examens complémentaires, des soins ou une hospitalisation complète et tentent de prendre en charge l'enfant malade dans l'enceinte de leur cabinet. Certains disposent d'une pièce où ils peuvent garder l'enfant quelques heures et lui administrer les premiers soins.

Afin d'échapper à toute dépendance à l'égard de l'institution hospitalière d'autres ont choisi de s'équiper en matériel médical, ce qui représente un investissement financier considérable. Parmi les médecins que nous avons rencontrés, trois seulement disposaient d'une assistance matérielle (radiologie ou échographie).

Ceux qui ne détiennent pas de ce matériel orientent leurs malades vers des laboratoires privés dont ils apprécient le travail ou bien laissent ce choix à l'entière initiative des clients. Pour certains, l'acquisition de matériel sophistiqué apparaît également comme un moyen de rentabiliser leur activité en devenant en quelques sortes "des prestataires de services". Les examens médicaux, faisant appel à une technologie moderne, sont particulièrement prisés par la population.

C'est précisément cet aspect de la profession auquel certains médecins, issus de la génération des "anciens" font référence lorsqu'ils dénoncent l'appât du gain que privilégient les jeunes médecins au détriment d'une véritable médecine sociale. Ces médecins évoquent encore la différence de mentalité caractéristique des deux groupes de praticiens lorsqu'ils s'inquiètent de l'avenir de la médecine en Algérie qui selon eux finira par perdre son caractère "noble" pour ne devenir qu'une activité "marchande".

II. 3. 2. les relations entre confrères

A souligner l'opposition entre les "jeunes" et "les vieux" médecins on pourrait penser que les praticiens du secteur public se répartissent spontanément en deux groupes partageant, respectivement, des idées communes sur la profession, échangeant des informations et formant des alliances.

Dans les faits, les relations, au sein même de la profession libérale, sont quasi-inexistantes. Certains évoquent des tentatives de regroupement qui ont échoué sans que l'on puisse savoir précisément quelles en sont les raisons. Les médecins ne se retrouvent jamais dans un but professionnel. Lorsqu'ils rencontrent leurs collègues, c'est dans le cadre de relations amicales.

En règle générale, les médecins anciennement installés à Oran se connaissent bien mais se refusent à donner un avis sur leurs confrères. "*on s'entend bien, on se respecte, c'est tout*". Lorsqu'ils émettent un jugement c'est pour reconnaître la compétence d'un collègue à qui il leur arrive, exceptionnellement, de demander conseils.

Les échanges des jeunes médecins avec leurs aînés se limitent à la visite de courtoisie rendue à l'occasion de leur installation. Il est rare qu'ils soient amenés à se rencontrer à nouveau. Certains parlent d'une véritable "*césure entre deux générations qui ne voient pas les choses de la même manière*". Les plus vieux interprètent mal l'attitude de ces jeunes médecins qui ont perdu, selon eux, tout sens du respect professionnel et de la hiérarchie des compétences et peuvent se passer des conseils de leurs aînés.

L'absence d'une formation "*à la française*" et d'une expérience hospitalière pour les jeunes médecins vient alors expliquer cette rupture dans la profession. En effet, le séjour en milieu hospitalier est envisagé comme un passage obligé dans la carrière d'un médecin au cours duquel le jeune praticien parachève sa formation sous la direction d'un "patron". Il marque une phase décisive de la formation du praticien sans laquelle ce dernier ne peut prétendre à une réelle compétence et reconnaissance professionnelle.

Certains jeunes praticiens ressentent ce manque de pratique empirique dans leur formation et la juge, à cet égard, incomplète, trop théorique.

II. 2. 3. L'information médicale

L'information médicale est laissée à l'entière initiative des praticiens. L'Algérie dispose d'une seule revue médicale, propre aux pays de Maghreb, qu'il est difficile de se procurer régulièrement.

Comme le font remarquer les médecins, il est pratiquement impossible de "se tenir à la page", informé des dernières innovations techniques ou des nouveaux médicaments. Certains profitent de leurs déplacements à l'étranger, à l'occasion de voyages touristiques pour se procurer un ensemble de revues ou d'articles récents.

Ceux qui ont suivi des études universitaires en France et qui ont conservé des contacts avec des membres de la profession reçoivent par courrier une partie de la documentation qui leur fait défaut.

D'autres ont conservé des relations avec des visiteurs médicaux présents à Oran. Même si ces derniers ont l'interdiction d'exercer depuis les années 1980, il semblerait que certains aient continué à prospecter, de manière officieuse, auprès d'une partie du corps médical. Pour certains médecins les délégués médicaux et les documents que distribuent les laboratoires pharmaceutiques constituent les seules sources d'information dont ils disposent.

Dans l'ensemble, les médecins privés lisent peu de revues spécialisées et ne participent à aucun colloque ou journée d'information auxquelles, au demeurant, ils sont rarement conviés.

Les médecins minimisent cette lacune en insistant sur la spécificité de leur pratique empirique. Compte tenu de la pathologie qu'ils rencontrent, constituée essentiellement de maladies infantiles banales comme les diarrhées, les angines, les bronchites et autres problèmes respiratoires particulièrement répandus à Oran, les médecins pensent que les connaissances qu'ils ont acquises pendant leur formation initiale suffisent.

La moindre qualité de la formation, la dégradation des relations professionnelles, le manque d'information, la facilité de s'installer en cabinet privé ("*comme si on ouvrait un magasin*") qui selon certains discréditent la profession, inquiètent réellement les médecins qui s'interrogent sur le devenir de leur activité et l'amélioration du niveau de santé de la population dans un tel contexte.

Pourtant, malgré les nombreux griefs adressés au système, les discours ne prennent jamais un ton militant. Les médecins ne croient pas à l'action collective ; ils ne proposent aucune solution, n'envisagent aucun changement. Ils ont appris "*à faire avec*". Accoutumés aux apories du système, les médecins cherchent dans une pratique individuelle les remèdes à une situation de crise. Ils trouvent une légitimité et une reconnaissance de leur pratique auprès des malades.

II. 2. 4. Les relations avec les malades

Les médecins du secteur privé travaillent en marge de l'institution médicale. En l'absence de toute forme de reconnaissance dans le milieu professionnel, leur activité est entièrement soumise à l'appréciation de leur clientèle.

Le jugement critique auquel ils s'exposent, dans ses circonstances, ne repose plus sur les normes définies par la communauté scientifique mais sur un ensemble de critères subjectifs privilégiés par les profanes. Telle est la pratique médicale sous "dépendance des clients", dont parle E. FREIDSON (1960).

Outre les compétences professionnelles du médecin, la nature de la relation thérapeutique est fortement valorisée par les familles. Si le médecin ne répond pas aux attentes implicites de ses clients, s'il "déçoit", ils se retourneront alors vers un confrère.

Les médecins privés exercent en prise directe avec les familles, leurs préoccupations, les problèmes qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne. Cette proximité est, selon eux, constitutive de la démarche thérapeutique.

"On doit prendre en compte les difficultés économiques et sociales des familles. Même les plus pauvres vont chez le médecin pour un oui pour un non, surtout pour leurs jeunes enfants ; elles s'inquiètent vite. Mais c'est coûteux, aussi pour des raisons économiques, ils se rendent d'abord au dispensaire car c'est gratuit. Ensuite, ils reviennent chez moi. Ils se plaignent du comportement des médecins qui ne les "a même pas interrogé ". Les gens veulent un médecin qui écoute, interroge, explique. Ils deviennent de plus en plus exigeants à l'égard du médecin, des médicaments aussi : ils veulent des produits français."

Pour satisfaire ces exigences, le médecin doit considérer la réalité de la demande formulée et le contexte dans lequel elle émerge.

"Les gens viennent avec une demande particulière qu'il faut comprendre et satisfaire ne doit pas occulter ou condamner les autres recours mais comprendre leur logiques et prendre en compte les pratiques existantes y compris les traitements traditionnels. C'est à

cette condition seulement que le medecin peut établir une relation de confiance avec sa clientèle"

Ainsi, sont-ils très avertis des pratiques thérapeutiques réelles des familles. Ils en parlent volontiers et situent leur propre intervention dans un ensemble d'actes thérapeutiques dont ils ne maîtrisent pas le déroulement.

Conscient des limites de leur propre action, les médecins mènent un réel effort d'éducation auprès de leurs patients, dans l'espoir de parvenir au terme de ce travail à modifier les pratiques courantes.

Assez paradoxalement, (lorsque l'on sait que les médecins privés sont tenus à l'écart de la politique sanitaire), les médecins privés valorisent, dans leurs discours, l'image d'une médecine sociale. Ils situent leur action dans une logique de santé publique : disposant de moyens réduits tant dans l'équipement médical que dans le choix des médicaments, ils soignent une pathologie infantile courante, trop souvent mal traitée eu égard aux moyens engagés dans les programmes sanitaires.

Le succès de leur propre travail réside moins dans la maîtrise d'un savoir que dans leur aptitude à "corriger" les pratiques existantes. Ainsi, les médecins parlent-ils de l'importance de l'éducation sanitaire. Alors qu'au sein du dispensaire le "manque d'éducation" des malades est perçu comme une entrave à l'avènement de la science médicale, les médecins libéraux l'ont repensé comme le fondement de leur pratique. L'éducation des familles apparaît alors comme un garant de l'efficacité thérapeutique en même temps qu'un moyen de fidéliser une clientèle.

Le problème de l'éducation sanitaire concerne plus particulièrement les mères. Toutefois, compte tenu de la dimension collective de la maladie, le médecin sait qu'il doit aussi mettre en confiance les autres membres de la famille. La grand-mère apparaît alors comme un personnage incontournable.

"Il faut convaincre la mère et ménager la grand mère : surtout ne pas contester les actes de celle-ci tout en essayant de corriger ses gestes. Dans le même temps, on doit valoriser les pratiques ancestrales auprès de la mère tout en lui expliquant qu'elle ne doit pas s'en tenir seulement à celles-ci et adopter les nouvelles méthodes de soins."

Dans les faits, les pratiques habituelles des familles, qui changent régulièrement de thérapeutes et alternent l'usage de plusieurs remèdes, rendent difficile le suivi médical de l'enfant malade, particulièrement en cabinet privé où la consultation est onéreuse.

Si les familles, même les plus modestes, n'hésitent pas recourir au "*médecin de l'argent* ", selon leur propre expression, pour venir en aide à leur enfant lorsque son état inquiète, elles n'en voient plus la nécessité dès que celui-ci, en apparence, recouvre la santé.

Toutefois, selon les pédiatres, l'intérêt d'un suivi médical, pour les nouveaux nés et les enfants en bas âge, est de mieux en mieux perçu par les familles, notamment dans certains milieux sociaux comme le corps enseignant ou chez les jeunes couples. Les pédiatres voient d'un regard optimiste l'évolution récente des pratiques thérapeutiques à cet égard et espèrent qu'avec le temps l'image du "médecin de famille" s'imposera à l'ensemble de la population. Leur travail d'éducation consiste en partie à encourager ces nouvelles pratiques.

Si les pédiatres se réjouissent du fait que les familles adressent plus volontiers leurs enfants à un spécialiste, les généralistes, pour leur part, se sentent lésés. Il évoque la hiérarchie des compétences professionnelles, selon laquelle les généralistes accueillent l'ensemble des malades qu'ils orientent vers les cabinets spécialisés lorsque la pathologie le nécessite. Selon eux, l'action des spécialistes qui traitent toutes les maladies courantes, court-circuitent trop fréquemment leur travail.

Selon les pédiatres, la visite chez le spécialiste apparaît dans les itinéraires thérapeutiques en ultime recours. Ils s'accordent tous pour définir la pédiatrie comme une intervention d'urgence.

"Dans la chaîne thérapeutique la pédiatrie est située au bout.. De plus en Algérie on trouve un médecin en formation dans chaque immeuble. les gens s'adressent d'abord à lui ;. ils font des ordonnances informelles. C'est lorsque l'enfant ne va pas mieux que les mères se décident à consulter un spécialiste".

D'un autre côté, les spécialistes se plaignent des médecins généralistes qui ne leur adressent jamais leurs malades conservant leur clientèle à tout

prix, quitte à en encourrir des risques inutiles ou commettre des fautes professionnelles.

Tous déplorent le manque d'organisation et de coordination dans la profession -"*tout le monde fait n'importe quoi; chacun empiète sur le domaine des autres*"- sans pour autant remettre en cause son propre comportement.

L'accroissement considérable du nombre de médecins en ville, renforce la concurrence entre les praticiens et les contraint à travailler de manière encore plus individualiste. Même les cabinets médicaux les plus fréquentés enregistrent une baisse de leur clientèle. Les vieux médecins se souviennent de l'époque révolue où les malades faisaient la queue sur le trottoir pour les consulter.

"Le médecin de famille", à la fois thérapeute et confident, incarne une image idéalisée de la médecine privée, qui fait largement référence au "modèle français".

Dans les pratiques, la demande des patients à l'égard du médecin demeure essentiellement matérielle et ponctuelle. Il est souvent impossible d'entreprendre un travail de longue haleine tant dans l'éducation des parents que dans le suivi des enfants. Le médecin est davantage sollicité comme un "prestataire de services". On lui demande d'être rapide, efficace, concurrentiel.

Le médecin doit obtenir des résultats thérapeutiques probants aux yeux des parents. En ce qui concerne la diarrhée, nous savons que l'efficacité médicale s'identifie à la complète disparition des symptômes apparents. C'est lorsque la diarrhée cesse, lorsque l'enfant ne présente plus de selles anormales en abondance que son entourage considère qu'il est guéri. Dès lors, les parents cesseront de lui administrer le traitement médical et jugeront superflu de revoir le thérapeute.

II. 3. 5. L'action thérapeutique

Alors que dans le secteur public, les médecins se disent sans cesse dérangés par les "faux malades", dans le privé le praticien n'est confronté qu'à de "vraies demandes". Pour les satisfaire, le médecin est parfois amené à effectuer des actes qui ne relèvent pas de sa stricte compétence.

"Il faut agir. Pour ma part, je fais même des actes paramédicaux. Je commence à administrer le traitement à l'enfant devant la maman pour qu'elle comprenne et puisse le faire correctement par la suite. Il faut beaucoup de patience; ça ne sert à rien d'expliquer les choses pendant trois heures ; il faut les montrer aux parents."

Les médecins définissent spontanément leur pratique professionnelle en la comparant à la médecine hospitalière. C'est la rapidité d'action qui vient spécifier la médecine de ville.

"Le médecin doit agir vite et avec peu de moyens. Alors qu'à l'hôpital on fait des examens préalables et on attend les résultats pour définir le diagnostic et décider du traitement, en cabinet privé le médecin doit agir vite et seul."

L'examen clinique approfondi définit l'essentiel de leur pratique médicale.

A l'heure de l'engouement pour les technologies médicales, les médecins revalorisent la pratique clinique chère à Claude BERNARD.

"De mon temps on était clinicien, les jeunes aujourd'hui demandent des examens et attendent les résultats or, souvent, on ne peut pas attendre les résultats, il faut traiter vite. On doit être très précis dans le diagnostic. Alors qu'à l'hôpital il suffit d'attendre , le médecin libéral doit faire marché sa tête".

Dans la pratique, les examens complémentaires, préalables à l'action thérapeutique, sont souvent difficiles à obtenir. Si le praticien oriente le malade vers l'hôpital ou un laboratoire d'analyse, il risque de ne plus le revoir. Certaines familles ne jouissent pas de revenus suffisants ou jugeront inutiles de suivre ses recommandations. D'autres déprécieront l'attitude du thérapeute, en l'interprétant comme une preuve de son incompetence : un bon médecin serait en mesure d'intervenir dans n'importe quelle situation.

Sous la pression des malades, la démarche médicale s'inverse et le praticien s'éloigne du profil universitaire. Le médecin privilégie une reconnaissance sociale au détriment de la normalisation scientifique.

"Le malade vient vous voir avec une demande précise, il a déjà une idée du traitement. (...) Ils ne veulent pas un diagnostic mais une ordonnance, on est obligé parfois de céder à ses désirs"

Si le médecin juge, néanmoins, que ces examens sont indispensables, d'un commun accord avec la famille du malade, il les ordonnera. Il n'attendra pas pour autant la confirmation de son diagnostic initial pour entamer le traitement.

Il s'en explique ainsi : d'une part, il ne peut pas prendre le risque d'une aggravation dans la mesure où l'enfant malade échappe à sa surveillance ; d'autre part, les parents ne comprendraient pas que le médecin refuse de soulager l'enfant malade. C'est par sa rapidité d'intervention que le médecin gagne la confiance de ses patients.

"Les gens n'ont pas toujours les moyens financiers de faire des examens complémentaires. Ils dépensent beaucoup pour aller chez le médecin. Il faut une faire une approche diagnostique précise de façon à traiter immédiatement. Si le malade repart sans ordonnance il ne comprend pas."

La tâche du médecin est alors de trouver une solution "acceptable" par l'ensemble des partenaires.

"Certaines familles sont prêtes à mettre en oeuvre tout ce que le pédiatre leur demande. Si elles ont les moyens elles suivent des examens médicaux, elles se représentent à la consultation. D'autres veulent que l'enfant soit traité immédiatement"

A la recherche d'"un modus vivandi" qui garantisse la rigueur scientifique sans trahir les attentes de ses patients, le médecin arbitre ses choix en pondérant les exigences de chacun. Il doit s'adapter aux cas singuliers et proposer des solutions et des remèdes pertinents : adéquats à la situation et aux individus en présence.

Ainsi, Le protocole de prise en charge d'un enfant malade ne peut-être défini à priori. La démarche thérapeutique doit prendre en compte un ensemble de facteurs qui dépassent la seule rationalité scientifique.

On est loin de l'image de la médecine comme science objective. Elle se définit davantage comme une pratique évaluative. Le médecin doit adapter le modèle thérapeutique dominant acquis pendant les années de formation aux cas singuliers. Le passage de la pratique hospitalière à celle de cabinet marque, à cet égard, un nouvel apprentissage. Le médecin est confronté à des situations pour lesquelles il est souvent mal préparé : il doit être à l'écoute des patients et instaurer une relation de confiance qui dépasse le seul registre de sa compétence professionnelle.

Les médecins insistent sur ce décalage qui sépare la médecine enseignée, identifiée au modèle occidental, de sa pratique concrète, quotidienne. Dans ce modèle, la relation thérapeutique est définie comme une relation triangulaire, impliquant l'enfant malade, sa mère et le médecin ; il occulte une dimension essentielle de la pratique médicale en Algérie, relative au rôle de l'entourage familial dans la prise en charge de la maladie.

"En plus de la mère en Algérie, il y a la grand mère. Si on n'a pas la grand-mère dans la poche, c'est foutu. On peut- être assuré que l'enfant ne prendra pas notre traitement ", explique ce pédiatre. "Lors de la consultation, il faut s'allier la grand-mère. Si j'interroge la mère c'est elle qui répond de toute façon. Elle connaît mieux l'enfant que la mère, lorsque la mère est très jeune ; elle est encore en apprentissage".

Les plus jeunes respectent davantage la démarche hospitalière qui consiste à pratiquer des examens antérieurs à l'action thérapeutique. Ils en rendent compte en s'appuyant sur leur formation universitaire. Certains justifient ainsi leur désir de s'équiper en matériel médical : par le souci de garantir la meilleure prise en charge du malade.

"Dans tous les cas, il faut d'abord trouver la cause et ensuite, seulement, entamer une démarche thérapeutique", expliquent ce jeune médecin installé depuis moins d'un an.

Les plus anciens assument le caractère inéluctablement approximatif de leur pratique :

"Parfois on est obligé de courir le risque de traiter au hasard.. Pour ma part, je choisis un antibiotique qui théoriquement devrait marcher et je demande à revoir l'enfant"

"Parfois, on obtient des résultats sans vraiment connaître les causes, en cabinet on est irrationnel volontairement; on choisit l'efficacité."

Toutefois, ils comprennent l'attitude des jeunes diplômés. Ils ont partagé leurs incertitudes relatives à l'exercice individuel de la médecine : le sentiment d'isolement, la peur de commettre une erreur, le souci de jouir d'une bonne image auprès de la population, la difficulté de se constituer une clientèle.

"Au niveau de la responsabilité c'est différent. A l'hôpital, elle est diluée ; en cas de problèmes les médecins sont couverts. En cabinet, c'est plus délicat, le praticien est entièrement responsable de ces actes. C'est une lourde charge. C'est pourquoi les jeunes ont peur au début de leur carrière."

Dans un premier temps, les jeunes praticiens gèrent communément ces angoisses par un recours accru à la médication.

"Les jeunes médecins qui s'installent sont angoissés, ils ne se sentent pas encore à la hauteur donc ils prescrivent beaucoup de médicaments car ils doutent de leur diagnostic; Lorsque le médecin prend de l'expérience et de l'assurance, ses prescriptions deviennent plus rationnelles. Au départ, ils ne veulent prendre aucun risque, en fait ils se couvrent eux mêmes."

Cette attitude n'est, cependant, pas le seul fait des débutants, des médecins plus âgés avouent qu'il leur arrive encore de prescrire des médicaments pour se prémunir d'un éventuel risque d'aggravation de la maladie.

II. 3. 6. Les prescriptions médicales

Le moment de la prescription médicale synthétise l'ensemble des contraintes qui pèsent sur le médecin. L'ordonnance se fait alors le reflet des exigences de sa clientèle. Les médecins reconnaissent aisément

qu'une partie des médicaments prescrits est inutile d'un point de vue strictement médical. *"Malheureusement si le médecin ne prescrit pas beaucoup de médicaments les gens ne sont pas contents"*, diront-ils. Aussi certaines ordonnances visent-elles essentiellement à satisfaire les patients en proposant des prescriptions conformes à leurs attentes.

Les médecins se déculpabilisent de contribuer à cette sur-médication par le fait que dans tous cas les patients se procureront le médicament qu'ils désirent. Les mères l'obtiendront auprès de leur entourage ou bien chez le pharmacien. Mieux vaut alors qu'il soit prescrit par le thérapeute.

Les familles consultent fréquemment le médecin dans la seule intention d'obtenir une ordonnance. Elles s'adressent parfois à un généraliste après s'être déjà rendue au dispensaire. Insatisfaites de l'accueil dans les structures publiques, elles n'ont pas toujours confiance dans les recommandations de leurs médecins. Elles cherchent alors à être rassurées par un thérapeute qui confirmera le bien-fondé de l'ordonnance rédigée au dispensaire.

Les médecins affirment que dans la majorité des cas ces prescriptions sont correctes. Pourtant, confrontés à une telle situation, ils devront en modifier les termes ou y adjoindre un traitement complémentaire, des fortifiants par exemple, pour conserver leur crédibilité aux yeux de leur clientèle. La prescription du traitement illustre le problème de l'efficacité du thérapeute :

"Pour avoir une bonne réputation et qu'on lui reconnaisse une compétence on juge un médecin sur ces résultats. Dès que l'on donne un traitement, les gens s'attendent à un résultat spectaculaire."

Pour garantir ce résultat, le médecin doit prendre en compte le contexte dans lequel intervient la prescription et les soins à l'égard du jeune enfant.

"Ce n'est pas la peine de prescrire un traitement compliqué qui exige par exemple, une prise de médicaments fréquente ou à des heures régulières, lorsque l'on sait que dans la réalité, les recommandations du médecin ne seront pas suivies à la lettre.", explique ce médecin.

1- Le traitement de la diarrhée

Pour traiter les diarrhées infantiles, les médecins mobilisent un "éventail" de 5 ou 6 médicaments (Ercefuril, Entérix, Collimicyne, Imodium, Arobon Umagel). Souvent, le médecin recommande l'usage cumulé de ces remèdes. Les S.R.O viennent alors en complément de ces prescriptions. Certains praticiens ne les utilisent pas du tout.

Dans le cas d'une diarrhée où le diagnostic est aisé la pression familiale joue un rôle prépondérant dans le choix des prescriptions.

"Dans certains cas de diarrhée, les sels peuvent suffire mais les gens ne comprennent pas ; il faut ajouter un antiseptique pour satisfaire les mères"

Selon certains praticiens, le traitement par réhydratation orale convient en milieu hospitalier alors qu'il est inapproprié à domicile dans la mesure où les mères ne l'administrent pas toujours correctement.

"Si l'enfant refuse de le prendre, la mère n'insiste pas. la diarrhée s'aggrave et la mère n'a plus confiance ni au traitement ni au médecin qui l'aura prescrit"

En règle générale, les sels de réhydratation orale ne sont pas considérés comme un médicament d'une grande efficacité. Dès lors que l'origine de la diarrhée fait doute, le praticien refuse de le donner à l'enfant comme unique recours.

"Lorsque le médecin privé est assuré que la maladie est une petite diarrhée qui s'arrêtera toute seule dans les jours suivants, il peut se contenter de donner des sels et quelques conseils de diététiques. Mais, souvent, il ne peut pas prendre le risque d'une aggravation dans la mesure où une fois que l'enfant quitte son cabinet il n'a plus de moyen de contrôle. En plus, les parents demande presque toujours un médicament en complément, je donne alors de l'imodium"

Certains médecins n'y ont jamais recours, soit qu'ils le croient réservé à l'usage exclusif des structures de santé publique, ou bien qu'ils le jugent inopérant.

Ce médecin déconseille même son utilisation aux parents qui viennent de l'hôpital où on leur a déjà remis ce traitement. *"Les S.R.O, c'est pour le Sahara ou les pays du tiers monde, à Oran, les gens ont suffisamment d'eau."* Il s'indigne à l'idée qu'au dispensaire ce soit le seul médicament que l'on prescrive. *"Toutes les diarrhées ne se traitent pas avec le S.R.O. ça dépend de la cause. Ne donner que ça, dans certains cas, ça peut aggraver la diarrhée."*

Parmi les médecins privés les S.R.O prennent parfois la forme d'un remède dévalorisé, chargé d'une connotation "tiers-mondiste"

Le seul pédiatre qui l'utilise de manière exclusive, atteste d'une longue carrière hospitalière au cours de laquelle il a travaillé dans le service pédiatrique spécialisé dans le traitement des diarrhées. On comprend mieux qu'il soit particulièrement sensible à la campagne de lutte contre les maladies diarrhéiques. Dans l'enceinte de son cabinet, il applique le protocole de l'O.M.S, qu'il adapte aux besoins des situations individuelles.

"Surtout, il faut bien expliquer ce que l'on fait, je dis aux familles que je remplace l'eau perdue. Je demande à revoir l'enfant trois jours plus tard comme le prévoit le protocole. Bien sûr je ne fais pas payer les parents pour cette visite de contrôle."

L'ensemble des médecins privés ont recours à une médication commune pour traiter la diarrhée. Dans les faits, ils ne disposent pas d'une grande autonomie de choix. En dernier lieu, ils prescrivent en fonction des médicaments disponibles sur le marché.

2- Prescriptions médicales et marché pharmaceutique

Le marché des médicaments est règlementé par une nomenclature qui définit un ensemble de produits autorisés à circuler sur le marché algérien. Le principe de cette sélection s'oppose à priori à la liberté de prescription des médecins en les obligeant à travailler de manière plus routinière en fonction d'un éventail limité de médicaments.

Les avis des médecins à l'égard de cette politique du médicament sont divergents :

- un certain nombre d'entre eux sont en accord avec l'idée d'une rationalisation de l'usage des médicaments. Même s'ils regrettent la non disponibilité de certains produits qu'ils aimait utiliser, ils reconnaissent volontiers que l'abondance de médicaments satisfait avant tout le plaisir du praticien,

"Le manque de médicaments est gênant au début puis on s'habitue. On se rend compte qu'une dizaine de médicaments suffisent pour traiter la majorité des cas que l'on rencontre. On avait pris l'habitude de prescrire avec une grande variété de produits qui en fait n'est pas indispensable. Plus je vieillis moins je donne de médicaments ; La pratique en cabinet contient une part de cinéma : une bonne partie des médicaments servent à faire plaisir aux parents".

- d'autres (en majorité les plus jeunes) déplorent ce choix politique qu'ils vivent comme une atteinte à leur autonomie professionnelle.

"on souffre du manque de médicaments, on travaille avec 200 médicaments; avant on utilisait le Vidal, il y avait des milliers de médicaments on se régalaient; remarquez maintenant c'est moins compliqué ; on ne se casse pas la tête, toutes les prescriptions se ressemblent"

S'ils s'accommodent du manque de certains médicaments, les médecins se plaignent, en revanche, de la qualité des produits importés. Alors que les produits français jouissent d'une confiance totale tant parmi les médecins que dans la population, les nouveaux médicaments en provenance des pays de l'Est, par exemple, ne leur donnent pas entière satisfaction.

Ils estiment que le dosage de leur formule n'est pas le même, qu'ils sont moins efficaces. Aussi, certains médecins n'hésitent pas en augmenter la posologie ordinaire lorsqu'ils y ont recours.

Outre cette limitation de principe, les prescriptions médicales se heurtent également aux problèmes posés par la diversification des sources d'approvisionnement dans l'importation des produits pharmaceutiques.

La nomenclature des médicaments utilisée dans le cadre des appels d'offre internationaux reprend la dénomination chimique internationale (DCI) qui fournit la désignation chimique de chaque produit mais pas le nom de spécialités. Or le référent usuel des praticien est la marque du produit.

Dans le système actuellement en vigueur, le nom des médicaments varie au gré du renouvellement des stocks. Chaque année, l'Etat par l'intermédiaires des "pharms" négocie de nouveaux marchés avec les fournisseurs étrangers les plus concurrents. Les médicaments sont régulièrement remplacés par de nouvelles marques, moins chères.

Habitué durant de longues années à utiliser exclusivement les produits français, les médecins sont contraints désormais à travailler avec des produits qu'ils ne connaissaient pas jusqu'alors, et qui, de plus est, changent sans cesse. A peine découvrent-ils un nouveau remède qu'ils apprennent qu'il a déjà disparu du marché.

L'arrivée sur le marché algérien de nombreux médicaments étrangers a pu conduire à des situations absurdes : d'un côté les praticiens continuaient à prescrire des médicaments français que leurs clients ne pouvaient plus se procurer en Algérie ; d'un autre, des stock entiers de la même molécule importée sous une appellation différente, périssaient dans les entrepos faute d'être connus et prescrits par le corps médical.

Les médecins ne disposent d'aucune source d'information concernant le marché des médicaments, les nouveaux produits importés, ceux qui ont

disparu, les ruptures de stocks. C'est souvent par l'intermédiaire de leur clientèle qu'ils apprennent quels sont les produits manquants.

Pour se tenir informés des stocks disponibles, les médecins se renseignent auprès des pharmacies de leur quartier, lorsqu'ils entretiennent de bonnes relations.

Certains continuent à prescrire les médicaments sous l'appellation française qu'ils connaissent bien et laissent à l'initiative des pharmaciens le soin de donner un produit équivalent.

D'autres précisent la désignation de la DCI ou prescrivent un ensemble de produits équivalents. Les ordonnances sont parfois très fournies en prévision des manques éventuels. Plus généralement, les praticiens se contentent de renouveler les prescriptions que les pharmacies ne peuvent satisfaire.

"Cette situation semble se dégrader. Sur cinq médicaments prescrits les gens en trouve deux on passe notre temps à refaire nos prescriptions, les gens viennent nous voir en nous indiquant les médicaments qu'ils ne trouvent pas et on renouvelle l'ordonnance. De plus en plus d'ailleurs, les pharmaciens assurent ce rôle si bien qu'ils arrivent à se substituer au médecin".

Compte tenu des incertitudes du médecin à l'égard du marché pharmaceutique, sa position s'est trouvée directement menacée par le rôle prépondérant tenu par les pharmaciens dans la délivrance des médicaments. Les pharmaciens auraient du servir de relais en facilitant l'information des médecins et en "traduisant" leurs prescriptions selon la réalité du marché. On se rend compte, en fait, que les deux professions ne collaborent en aucune façon.

Les pharmaciens ont vu dans cette situation une chance de s'autonomiser entièrement par rapport au corps médical. Ils modifient librement les prescriptions médicales en fonction de l'état de leur propre stock. Le pharmacien peut, par exemple, prétendre qu'un médicament n'est plus importé en Algérie alors qu'il manque seulement dans sa boutique, de façon à vendre un autre produit "équivalent" dont il dispose.

Aussi, dans l'ensemble les pharmaciens ne jouissent pas d'une bonne image parmi le corps médical : vendeurs, épiciers, charlatans sont autant de vocables que les médecins utilisent pour en parler. Selon eux, ils n'hésitent pas à se substituer au médecin, modifient ses prescriptions sans informer celui-ci, proposent de nouveaux traitements. Comprise comme une activité de commerce par le corps médical, la pharmacie a intérêt à honorer les demandes de sa clientèle : l'appât du profit a remplacé la conscience professionnelle. Les pharmaciens encouragent la consommation excessive de médicaments, en délivrant toutes sortes de produits sans avis médical.

La situation de pénurie ne pose pas un problème d'efficacité thérapeutique. les médecins reconnaissent que les médicaments disponibles suffisent dans la plupart des cas à faire face à la pathologie. En revanche, elle amoindrit la "toute puissance du médecin". La question du médicament devient alors le lieu d'enjeux sociaux, de pouvoir entre pharmaciens et médecins.

Le médicament apparaît alors comme un opérateur stratégique qui se définit tant par sa dimension scientifique que par son caractère symbolique. Il circule dans un système complexe d'échanges matériels et de rapports sociaux. Les connaître mieux permettra peut-être d'en augmenter l'efficacité ?

II. 4. L'ACTIVITE DES PHARMACIENS

II. 4. 1. Quelques éléments à propos de la politique du médicament

1- La sélection des médicaments

Les médicaments représentent 13,79 % de la masse globale des dépenses de santé. Elles étaient estimées à 100 DA par habitants en 1984, et à 80 DA en 1989 (M. KHIATI. 1990. p100).

Durant les premières années de l'indépendance tous les produits étaient admis sur le marché. Ce n'est qu'en 1973 que le Ministère de la santé publique met en place une nomenclature basée sur la dénomination internationale et qui comporte deux listes : l'une concernant la consommation hospitalière, l'autre l'approvisionnement des pharmacies et officines d'état.

La commission nationale de nomenclature constituait l'élément central de la sélection des médicaments. Elle était formée par un ensemble de spécialistes en médecine choisi par cooptation par une personnalité désignée par le ministre de la santé pour être le président de la commission. Le travail de la commission prend fin sitôt la liste publiée.

Depuis sa formulation initiale, cette nomenclature a subi de nombreuses modifications relatives aux personnalités en charge des Affaires Sanitaires, au contexte social ou aux contraintes économiques du moment. Elle comporte à ce jour une liste d'environ 1500 médicaments, remise à jour périodiquement.

A ce premier outil de limitation de la consommation nationale de médicaments est venue s'ajouter, en 1984, une nouvelle sélection de 534 médicaments jugés essentiels et dont l'état devrait garantir la disponibilité en tout moment et en tout lieu.

2- Approvisionnement et distribution des médicaments.

En 1969, l'Algérie institue un monopole d'état sur l'approvisionnement et la distribution de gros des médicaments. Elle nationalise son marché de gros des médicaments et met fin à l'activité des comptoirs des entreprises françaises et des magasins généraux.

La création de la Pharmacie Centrale Algérienne (P.C.A) marque une volonté politique de construire un état indépendant capable de maîtriser ses approvisionnements en médicaments et d'assurer une production nationale.

Certaines unités présentes sur le territoire font alors l'objet d'une restructuration conforme à de nouveaux objectifs de production.

Dans le même temps, la P.C.A crée des centres de stockage et de distribution notamment à Alger, Oran et Constantine.

Cette activité d'implantation d'infrastructures de production, d'approvisionnement et de distribution a été soutenue par un effort de formation des cadres. De 1975 à 1978, 80% des cadres de la P.C.A ont pu être formés dans les universités européennes grâce aux bourses d'étude débloquées par cette entreprise.

Malgré ce souci d'autonomie, l'Algérie est largement tributaire de ses fournisseurs étrangers. Dans les faits, elle importe 90% des médicaments qu'elle consomme.

Au lendemain de l'indépendance et jusque dans les années soixante dix, l'importation des médicaments s'effectuait selon un mode dit "de gré à gré" : selon un accord tacite entre l'Algérie et ses fournisseurs étrangers. Dans le système "de gré à gré", les fournisseurs français occupaient environ 90 % du marché des médicaments. Cette situation demeura inchangée jusqu'en 1971, date à laquelle l'Algérie décide de la nationalisation de ses hydrocarbures. En réaction à cette nouvelle situation, la France répond par un embargo sur ses produits à destination de l'Algérie, notamment les médicaments.

En 1978, le principe d'une liste des médicaments en conformité avec les besoins réels du pays et la décision de diversifier les sources d'approvisionnement en médicaments aident le pays à sortir de la dépendance du seul fournisseur français. La demande algérienne en médicaments s'ouvrent alors à de nouveaux fournisseurs étrangers. Le système "de gré à gré" jusqu'alors en vigueur est remplacé par un "appel d'offre international".

Cette nouvelle orientation politique s'est accompagnée de diverses mesures comme celle de l'institution d'une dénomination commune internationale du médicament, une limitation de la nomenclature plus proche des besoins réels de la pathologie du pays et la suppression des visiteurs médicaux.

Sans développer les conséquences économiques, politiques ou sociales de ce changement, nous mentionnerons que l'adoption brutale de ces nouvelles mesures a eu des effets catastrophiques tant sur le fonctionnement général du système d'approvisionnement que sur la pratique quotidienne des médecins.

3- La création des "pharm"

En 1982, dans le cadre d'une réorganisation générale des entreprises la P.C.A est scindée en 5 entreprises :

- une entreprise spécialisée dans l'approvisionnement de l'appareillage médical et du petit matériel,
- un outil de production : SAIDAL,
- trois entreprises régionales d'importation et de distribution des médicaments : l'Encopharm pour l'est du pays, l'Enapharm pour le centre, l'Enopharm pour la région d'Oran et tout l'ouest du territoire.

La production nationale de médicaments n'est jamais parvenue à se développer. Tout au plus, elle concerne quelques rares médicaments et certains produits paramédicaux et couvre à peine 10% des besoins.

Les "pharms" sont responsables de l'importation de tous les produits pharmaceutiques et de leur distribution. Chacune dispose d'une

compétence territoriale et d'une autonomie de gestion. Concrètement cela signifie que chaque région est pourvue différemment, en fonction à ces besoins spécifiques et des orientations prises par les responsables de l'entreprise.

En conséquence, certaines informations dont nous disposons sur le fonctionnement du réseau de distribution à Oran concernent uniquement la situation de l'ouest du pays. L'organisation générale du système pharmaceutique est, pour sa part, commune à tout le territoire.

L'année 1988 marque l'abolition de la notion de monopole d'état qui entraîne en 1989 la réforme des entreprises nationalisées qui deviennent alors autonomes.

Officiellement, depuis lors, les "pharms" sont devenues des entreprises autonomes, soumises à la loi du marché. En libéralisant la politique du médicament, l'Algérie ouvre son marché aux investisseurs privés et aux laboratoires pharmaceutiques étrangers.

C'est un bouleversement capital dans l'histoire du pays. Mesurer les multiples et éventuelles conséquences de ce changement demanderait une étude très fine de la situation politique et du contexte économique et social que nous ne sommes pas en mesure de produire à l'heure actuelle. Aussi, nous nous attacherons dans ce chapitre à l'analyse de l'organisation et du fonctionnement réel du système de distribution.

Compte tenu du temps nécessaire à la mise en oeuvre d'une telle réforme, la situation que nous observions encore lors de notre séjour en été 1991, est celle qui caractérise l'ancien système. Dans le quotidien des pharmaciens, les réalités n'ont pas véritablement changé et l'Enopharm demeure, en l'occurrence, leur unique interlocuteur.

Après une description de l'organisation formelle du réseau de distribution de détail à Oran, nous verrons comment les pharmaciens gèrent leur activité dans le contexte présent en nous interrogeant sur la manière dont ils envisagent leur proche avenir à la lumière des changements attendus.

II. 4. 2. Le réseau de distribution de détail

1-Les officines publiques et pharmacies privés.

Oran offre un nombre important de pharmacies qui se différencient en officines d'état et pharmacies privées.

Le nombre de pharmacies privées a enregistré une croissance exponentielle ces trois dernières années. Elles étaient 40 en 1988 ; on en compte plus de 140 aujourd'hui. Cette explosion s'explique par la suppression de toute réglementation visant à harmoniser leur implantation dans la ville. Comme les médecins, les pharmaciens diplômés s'installent tout à fait librement.

Le nombre des agences d'état demeure stable, pour sa part. Peu de nouvelles ouvertures ont pu être enregistrées pendant la même période. Selon ses propres sources, Enopharm, disposent de 310 points de vente répartis sur l'est du pays et dont la plupart sont situées en ville. Nous ne connaissons pas le nombre exact d'officines d'état à Oran mais il est nettement inférieur à celui des pharmacies privées.

Les officines d'état dépendent directement de la pharmacie centrale de l'Enopharm. La majeure partie de leurs employés sont issus de cette entreprise et n'offre pas de qualification particulière. Les chefs des agences sont souvent d'anciens responsables de la manutention.

En effet, au moment où l'Etat décidait de constituer son propre réseau de distribution de détail, le pays manquait considérablement de personnel formé. Il a donc mobilisé dans un premier temps l'ensemble des salariés des "pharms" dans l'idée de renouveler ce personnel à mesure de l'arrivée des diplômés sur le marché de l'emploi. De toute évidence le secteur public n'a pas été jugé suffisamment attractif pour les jeunes qui préfèrent travailler dans les pharmacies privées.

En 1987, 250 jeunes diplômés ont été affectés dans les pharmacies d'état dans le cadre du service civil. L'année suivante cette obligation

disparaissait pour l'ensemble des membres de la profession, dont la plupart allait regagner le privé. Ainsi, aujourd'hui encore il est courant d'entrer dans une pharmacie qui ne compte pas de pharmaciens diplômés parmi ses membres.

On pourrait penser que cette situation incite les gens à s'adresser préférentiellement à un pharmacien privé qui a reçu une formation. En fait, les usagers ne différencient pas les deux types de pharmacies de ce point de vue. Le diplôme d'état de pharmacien est largement dévalorisé tant parmi les patients que dans le corps médical.

De nombreux médecins affirment que les employés de l'Enopharm connaissent mieux leur métier que certains pharmaciens. Formés sur le tas, ils jouissent d'une longue expérience dans la pharmacie qui leur garantit, selon eux, une bonne connaissance des médicaments et du marché pharmaceutique et équivaut largement la formation délivrée aux futurs pharmaciens.

On constate, par ailleurs, que les pharmacies privées sont souvent gérées par une personne étrangère à la profession : le conjoint du (ou de la) pharmacien(ne) ou un membre de la famille. Ainsi, se créent des alliances entre des partenaires ; l'un fournissant le diplôme, l'autre l'apport financier nécessaire au fond de commerce.

L'utilisateur n'est donc pas davantage assuré d'être conseillé par un véritable pharmacien lorsqu'il choisit de s'adresser à une pharmacie privée plutôt qu'à une agence de l'Enopharm.

En revanche, les pharmacies privées offrent un choix de produits para-pharmaceutiques et cosmétiques que les officines d'état ne sont pas habilitées à vendre. L'activité de ces dernières est circonscrite à la délivrance des médicaments "vignétés", c'est à dire qui peuvent faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, pour les personnes qui en bénéficient.

2- Les médicaments

Le prix des médicaments est fixé par l'Etat. Très bas jusqu'à présent, il a enregistré cette année une hausse moyenne de trois cent pour cent, consécutive à la dévaluation du Dinard. Cette augmentation soudaine soulève le mécontentement de l'ensemble de la profession : elle est la cause d'une réduction de leur activité et met les pharmaciens dans une situation financière difficile. La multiplication des points de vente avait eu un retentissement négatif sur l'activité des pharmaciens. Depuis la concurrence n'a cessé de se renforcer. Les pharmaciens notent régulièrement une baisse de leur chiffre de vente.

La hausse du prix des médicaments a aggravé cette situation. Elle conduit les usagers à diminuer leur consommation. Alors que l'achat des médicaments était devenu un acte totalement banalisé, on peut penser que l'accroissement de leur coût aboutira à une plus grande rationalisation de leur usage.

"La pharmacie est une profession sinistrée. Le pharmacien ne gagne plus sa vie. Les marges bénéficiaires sont trop étroites. Depuis quelques années nos revenus ne cessent de baisser ; avec l'augmentation des prix c'est la catastrophe : la consommation baisse de plus en plus."

Les médicaments en vente sont répertoriés selon un classement en trois tableaux (identique à celui utilisé en France) qui détermine leur mode de délivrance (en vente libre ou sur présentation d'une ordonnance médicale).

Dans les faits, les pharmaciens délivrent indifféremment tous types de médicaments. S'ils se refusent parfois à donner certains produits, comme les somnifères, c'est par respect d'une déontologie médicale personnelle. Chacun détient sa liste des médicaments qu'il juge dangereux et les vend selon sa propre appréciation de la demande et de la situation.

Les pharmaciens ne réalisent aucune préparation pharmaceutique. Par manque de matériel et de produits chimiques, cette tâche a complètement disparu de l'activité des pharmaciens. Il se contentent de vendre les produits distribués par les pharms.

3- L'approvisionnement

La procédure de réapprovisionnement est commune à toutes les pharmacies : une fois tous les quinze jours, les pharmaciens font parvenir à la pharmacie centrale de l'Enopharm la liste des produits qu'ils désirent. Les délais de livraison sont parfois très longs. Cette attente excessive entraîne des ruptures de stocks dans les pharmacies.

Pour alléger les problèmes de pénurie engendrés par les lenteurs administratives, l'Enopharm a créé à Oran, à l'initiative de son président,

une structure intermédiaire réservée à l'usage exclusif des pharmacies de détail. Elle fonctionne comme une "superpharmacie" dans laquelle les pharmaciens peuvent être servis immédiatement. Cette structure s'engage également à garantir la disponibilité des médicaments essentiels.

Dans la pratique le réapprovisionnement des pharmacies est très insatisfaisant. Tous les pharmaciens se plaignent des nombreuses pénuries qu'ils subissent. Pour donner plus de poids à leur discours, certains nous montreront, les registres dans lesquels ils inscrivent les médicaments manquant qui se comptent, à chaque commande, par plusieurs dizaines.

La totalité des médicaments inscrits à la nomenclature n'est pas disponible sur le marché. Certains ne sont plus importés pour des raisons économiques, d'autres en quantité insuffisante.

De même que les médecins ne sont pas tenus informés des médicaments disponibles, les pharmaciens ne connaissent pas non plus les stocks de l'Enopharm. Parfois une circulaire d'information est rédigée à l'attention des employés des officines publiques, mais il semble que ce soit très exceptionnel. Les nouvelles circulent de manière informelle ; un tel connaît quelqu'un à l'entrepôt de l'Enopharm qui prétend qu'un nouvel arrivage de tel produit est attendu. Les pharmaciens attendent sans grande certitude ; les rumeurs de la sorte s'avèrent souvent sans grand fondement.

4- La pénurie de médicaments

La question de la pénurie des produits pharmaceutiques est fort complexe et ne peut s'appréhender au seul niveau local. Observer des ruptures de stocks dans les pharmacies, écouter le discours des pharmaciens et de certains responsables de l'Enopharm renseignent sur la réalité des faits mais n'en fournissent pas une explication satisfaisante.

Les données objectives nous manquent et les informations recueillis auprès des pharmaciens sont parfois contradictoires. Certains pharmaciens affirment que tel produit n'est plus vendu en Algérie alors qu'on se le procure aisément dans une pharmacie située dans un autre quartier de la ville. Aucun d'entre eux n'a fourni la même liste de médicaments manquant à l'heure actuelle sur le marché d'Oran.

En revanche, les raisons invoquées par les pharmaciens sont univoques : "c'est la faute à l'Etat" et plus particulièrement à L'Enopharm : mauvaise gestion, absence d'organisation dans le travail, l'incompétence des salariés, corruption des responsables.

Les critiques incriminant les technocrates sont particulièrement virulentes parmi les pharmaciens privés. Les employés des officines d'état partagent les mêmes opinions qu'ils expriment, néanmoins, dans un discours plus nuancé.

Les pratiques observées révèlent, à notre sens, un "véritable syndrome de la pénurie" qui dépasse largement le domaine pharmaceutique. Les restrictions imposées après l'indépendance ont été durement vécues par la population habituée jusqu'alors à s'approvisionner dans des boutiques bien achalandées. Les magasins d'état offrent un choix restreint de produits de première nécessité. Cette situation n'a guère évolué et perpétue un sentiment de frustration qui conduit certains à regretter la période de la colonisation :

"Au temps de la France c'était bien, on ne manquait de rien ; il y avait des médicaments, des petits pots pour les enfants, tous les fruits, tout ce qu'on voulait." (mère de famille de 54 ans)

Cette abondance regrettée a fait oublier que seuls les plus nantis pouvaient alors se procurer l'ensemble de ces produits.

Dans ce contexte de crise, le marché noir est en pleine expansion et s'affiche à chaque coin de rue. Les produits rapportés de l'étranger s'achètent à n'importe quel prix : nourriture, vêtements, hifi, meubles...

Les gens ont alors pris l'habitude d'acheter tous les articles qu'ils peuvent s'offrir indépendamment de leurs besoins immédiats et de les conserver en attendant l'éventuelle occasion de les utiliser. Ils constituent des stocks qu'ils rangent soigneusement au fond de leurs armoires.

Si nos propos s'éloignent quelque peu de la question des médicaments c'est qu'il nous semble que ces pratiques concernent aujourd'hui tous les produits y compris les médicaments.

Les produits pharmaceutiques ne se revendent pas au marché noir même si les individus profitent de leurs voyages à l'étranger (France, Maroc) pour se procurer les produits qu'ils apprécient particulièrement. Par contre, si leurs moyens financiers le leur permettent, les gens achètent systématiquement les médicaments en quantité bien supérieure aux doses nécessaires au traitement .

Dans les foyers, les médicaments s'empilent dans tous les endroits : armoires à linge, meubles de cuisine, réfrigérateurs...

Les algériens tentent par tous les moyens de prévenir d'éventuelles restrictions, en stockant toutes sortes de produits. Nous faisons l'hypothèse que cette attitude a pour effet, à terme, d'entretenir, voire de produire, les pénuries contre lesquelles elle vise à se prémunir.

Les pharmaciens admettent qu'ils encouragent ces pratiques en vendant les médicaments en quantité qui dépasse les prescriptions médicales. Mais ils s'en défendent en invoquant la concurrence.

"Si chacun ne prenait que ce dont il a besoin, il y aurait moins de pénurie. Pourtant si je ne leur donne qu'une seule boîte, ils vont aller dans une autre pharmacie et les acheteront de toute façon."

Pour faire face concrètement aux pénuries, leurs moyens sont moindres. Il leur est impossible de constituer des stocks importants de médicaments dans la mesure où ce sont des produits périssables. Ils ne peuvent que s'accomoder de cet état de fait, en trouvant des solutions ponctuelles. Pour faire plaisir à un "bon client" ou à un ami et lui éviter de se déplacer, ils se dépannent auprès d'autres collègues.

II. 4. 3. les pharmaciens comme prescripteurs

les pharmaciens sont quotidiennement sollicités par leur clientèle en tant que conseillers. Avant de consulter un médecin, les familles, surtout lorsqu'elles disposent de revenus modestes, se rendent chez le pharmacien.

L'automédication est une pratique fort répandue en ville. Dès qu'une personne est malade son entourage se presse de lui administrer un traitement auquel il a déjà eu recours en pareil cas, soit qu'il aie été recommandé antérieurement par un médecin ou qu'il jouisse d'une bonne réputation dans la population.

Il existe ainsi un ensemble de médicaments couramment utilisés dans toutes les familles pour faire face à toutes sortes de maux. (Upsa pour les adultes, Catalgine pour les enfants, Mallox, ..). Ces médicaments "populaires" sont les seuls à être connus dans la population par leur nom. En règle générale, les gens ne connaissent pas la marque des produits qu'ils utilisent. Ils les identifient par leur emballage, la couleur ou la forme des comprimés, leur goût, leur provenance.

Lorsque les mères de famille jugent qu'un traitement est particulièrement efficace, elles conservent soigneusement l'emballage de manière à pouvoir le racheter si le besoin se présente.

Outre quelques produits "miracles" qu'elles ont en permanence chez elles, les familles ne sont pas très fidèles aux traitements médicaux qu'elles emploient et essaient volontiers des produits différents. Cette attitude est renforcée par le fait que la marque des médicaments présents sur le marché change sans cesse. Aussi, dès qu'un nouveau produit arrive, la nouvelle se répand et les gens cherchent à se le procurer. Dans chaque foyer, les médicaments s'empilent. Certains ne seront jamais consommés.

Les familles attendent du pharmacien qu'il les informe de la qualité des produits et de leur efficacité, qu'il leur recommande le meilleur traitement. Les clients parlent de leur maladie, décrivent leur trouble, demandent un avis. Le pharmacien se voit alors doté d'une véritable fonction de prescripteur.

"Toute la journée les gens viennent me demander des conseils. Le médecin c'est cher. On fait de petites prescriptions, comme du sirop pour la toux, des médicaments pour la diarrhée. Parfois on oriente vers le médecin" (officine d'état)

Les pharmaciens assument totalement, certains mêmes le revendiquent, ce rôle de thérapeute qui selon eux fait partie intégrante de leur métier.

Dans le traitement de la diarrhée, ils prescrivent fréquemment des antibiotiques auxquels ils ajoutent des compléments diététiques comme la farine de caroube, l'Arobon ou une préparation à base de carottes, Caril. Parfois ils donnent les sels de réhydratation orale mais ils prétendent que leurs clients n'aiment pas beaucoup les acheter. On note d'ailleurs que les S.R.O ne sont pas disponibles dans toutes les pharmacies.

Pour asseoir leur crédibilité, les pharmaciens avouent qu'ils se livrent fréquemment à une "petite consultation médicale" : il interroge la mère, demande à voir l'enfant, l'examine. Lorsque le cas leur paraît suspect ils prétendent qu'ils orientent immédiatement l'enfant vers un médecin. Cette affirmation n'est pas confirmée par les médecins qui prétendent que les pharmaciens tentent par tous les moyens de se substituer au thérapeute, quitte à dépasser le seuil de leurs compétences.

Les pharmaciens jugent qu'il est souhaitable qu'ils conservent ce rôle de prescripteur. Ils contestent l'idée selon laquelle ils nuisent à l'activité des médecins. Au contraire, ils participent dans la limite de leurs connaissances à l'amélioration de la situation sanitaire et au mieux-être de la population. Le prix d'une consultation médicale étant trop élevé pour une bonne partie de la population, les pharmaciens offrent des soins de base à moindre coût. Les pathologies les plus courantes, faciles à traiter, ne nécessitent pas, selon eux, un recours obligé au médecin.

II. 4. 4. Quelques remarques sur le contexte social

Les pharmaciens avec lesquels nous nous sommes entretenus ont longuement évoqué le contexte politique et social de l'Algérie. L'instabilité politique, l'émergence du multipartisme, la libéralisation de l'économie annoncent des changements profonds qui préoccupent la population.

Les pharmaciens du secteur privé ont du mal à se positionner dans cette nouvelle situation qu'ils considèrent comme une période de transition. Ils s'inquiètent de leur devenir et ne cachent pas leur scepticisme à l'égard des leaders politiques.

Les réformes annoncées dans la presse, comme la libéralisation du marché n'offrent pas d'exemples concrets de réalisations. Aussi, les initiatives personnelles sont timides. Les plus entrepreneurs qui envisagent d'étendre leur activité osent à peine évoquer leurs projets. La période est à l'expectative. Les gens veulent s'assurer de la "bonne foi" du gouvernement.

"Ce ne serait pas la première fois qu'on serait berné".

"Ils disent que maintenant c'est l'ouverture mais on ne voit rien. Les laboratoires français voudraient bien s'installer en Algérie... Même mon patron avec d'autres pharmaciens aimeraient ouvrir leur société mais on attend. On ne sait pas par qui va nous gouverner : le F.I.S, le F.L.N ?"

Alors que d'ordinaire, les critiques à l'égard du FLN sont virulentes, les avis prennent aujourd'hui un ton plus nuancé. Certes, le parti unique doit disparaître, le système doit évoluer, l'Algérie aussi. Pourtant, si tout le monde s'accorde pour reconnaître que le gouvernement actuel "a fait son temps", un changement de régime politique n'apparaît pas forcément comme la panacée.

"On sait ce qu'on laisse on ne sait pas ce que l'on va trouver" diront certains pour exprimer leur inquiétude à ce sujet. Les gens avaient appris à composer avec les faiblesses et les incohérences du système. Aujourd'hui comment se préparer à une nouvelle règle du jeu dont on ignore tout ?

"Les règles sont truquées d'avance. Le nouveau système favorisera encore ceux qui intéressent le gouvernement. Ce sont toujours les mêmes qui vont payer."

Quels seront ces nouveaux nantis ? Telle est la question que tout le monde se pose.

Dans la nouvelle partition qui se prépare, les pharmaciens ont peur "*d'y perdre au change*". Le système actuel leur avait permis de maintenir une position forte sur le marché sanitaire ; vont-ils perdre ces quelques avantages sans trouver de contrepartie ?

CONCLUSION

Par une approche globalisante, appuyée sur des investigations qualitatives et une connaissance approfondie du terrain, nous avons tenté d'appréhender le phénomène de la diarrhée dans ses dimensions médicale, familiale, sociale et culturelle.

La maladie se définit à la fois comme réalité organique et univers de comportements. Elle se prête à une double lecture médicale et sociale. La question de la maladie n'est pas réductible à l'Institution médicale. Les sujets produisent leur propres significations du pathologique.

La diarrhée apparaît comme une maladie banalisée que les mères ont appris à maîtriser de diverses manières. L'attitude thérapeutique est le corrolaire de la reconnaissance de la maladie. En ce sens, le diagnostic s'avère un moment déterminant, envisagé comme un processus actif impliquant divers acteurs proches de la mère. Le contexte social ou familial apparaît aussi important pour prédire son comportement que la nature ou la gravité de l'état de santé de l'enfant.

La maladie est vécu comme un événement collectif dont la résolution mobilise l'entourage du malade.

Le choix d'un traitement reste en grande partie déterminée par les pratiques socio-culturelles antérieures et par la nature des relations sociales présentes dans la vie quotidienne. L'arbitrage auquel les familles se livrent dans ce choix se pose pas en termes simples de refus ou d'acceptation. Elles ne refusent pas le traitement prescrit par le médecin mais n'hésitent pas à utiliser simultanément ou successivement d'autres remèdes, jugés aussi efficaces.

Nos observations insistent sur le rapport complexe que la mère instaure avec le traitement. On est en présence de plusieurs logiques fortement imbriquées et non pas antinomiques.

Si les familles ont recours à la guérisseuse comme nous l'avons constaté dans le cas de la maladie "leil", c'est aussi parce qu'elles adhèrent à leur discours et partagent son interprétation de la maladie.

Face à la variété des offres thérapeutiques, la prise en charge des maladies diarrhéiques reflète la concurrence active au sein de la médecine. C'est la possibilité de choix offerte au malade et la nécessité économique et sociale du médecin de se forger une clientèle qui vont dynamiser l'ensemble du corps médical.