

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET
REPRESENTATIONS DE LA DIARRHEE DE L'ENFANT
ALGERIE - THAILANDE - EGYPTE - CHINE**

**Contrat BEAUFOUR IPSEN INTERNATIONAL
décembre 1991**

SYNTHESE

D. DESJEUX - I. FAVRE

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

SOMMAIRE

A. SYNTHÈSE	p. 2
I. Famille, Cultures et Décisions	p. 3
II. Représentations et Contraintes des Thérapeutes	p. 14
III. Les Offres de Traitements et leur image	p. 18
B. METHODOLOGIE	P. 25
C. CONTEXTE D'UNE RECHERCHE ANTHROPOLOGIQUE	P. 30
D. PROBLEMATIQUE	P. 35
E. BIBLIOGRAPHIE	P. 47

SYNTHESE

I. FAMILLES, CULTURES ET DECISIONS

Représentations et stratégies des familles

I. 1. DEFINITION ET EVALUATION DE LA DIARRHEE DE L'ENFANT :

1. La diarrhée est un phénomène banal et éventuellement grave

Quel que soit le pays dont l'on parle, la diarrhée de l'enfant est présentée avec un paradoxe apparent :

D'une part il s'agit d'une maladie que tous les enfants connaissent une ou plusieurs fois, et qui n'est pas non plus exceptionnelle chez les adultes, même si les conséquences sont souvent moins graves. De plus, la diarrhée dans la plupart des cas cesse d'elle-même, sans qu'il soit besoin de faire appel à une quelconque thérapie.

Mais d'autre part, certaines diarrhées peuvent être graves, affaiblir fortement l'enfant et même entraîner sa mort.

En conséquence, **la diarrhée n'est pas toujours considérée comme une maladie :**

Elle peut en effet apparaître comme le signe "normal" d'une phase du développement de l'enfant, tel que la poussée des dents (Egypte, Chine) ou la maîtrise de la position assise (Thaïlande).

Les familles estiment alors que la diarrhée ne relève pas de soins spécifiques. Plus exactement, elle ne sera pas une manifestation que l'on cherche à supprimer, car elle est le signe d'un développement positif.

Lorsque la diarrhée est considérée comme une maladie, elle peut être considérée de trois façons :

- Comme une maladie **fréquente**, et donc **banale**, qui ne suscite pas l'inquiétude de l'entourage de façon systématique ;

- Comme une maladie qui peut être **bénigne**, puisqu'elle guérit seule dans de nombreux cas ;

- Comme une maladie **grave** ou très grave, qui peut parfois entraîner la mort de l'enfant.

Mais dans tous les cas, **elle n'est pas perçue comme une maladie dramatique socialement** : même lorsque la maladie est dangereuse pour l'enfant et prend l'expression du malheur pour sa famille, elle ne représente pas une remise en cause de l'ordre social dans son ensemble, comme pourra l'être par exemple une épidémie.

Cette perception de la diarrhée, sur un mode non dramatique explique, en partie, pourquoi les campagnes de sensibilisation ont du mal à atteindre leur pleine efficacité auprès des populations.

En tant que maladie, **son repérage par les familles est extrêmement variable** selon les pays et à l'intérieur d'un même pays : une famille reconnaîtra une diarrhée à des signes qu'une autre ne relèvera pas comme caractéristiques.

En revanche, dans tous les pays et quels que soient les signes, **on va retrouver la distinction entre une diarrhée bénigne, qui n'inquiète pas l'entourage, et une diarrhée grave, pour laquelle il faut prendre des précautions.**

2. L'évaluation de la gravité

On constate que **les représentations, les explications et les recours des familles s'organisent entièrement en fonction de l'évaluation qui sera faite de cette gravité**, et ceci indépendamment des signes objectifs de cette gravité :

En effet l'estimation de la gravité de la diarrhée est variable selon les pays, et à l'intérieur d'un même pays : à Beijing et au Caire, certaines mères emmènent leur enfant à l'hôpital aux toutes premières selles liquides, alors que même les médecins jugent inutile une consultation. Parallèlement, d'autres attendent quinze jours avant d'avoir un recours quelconque.

Les signes de reconnaissance de la gravité peuvent être aussi liés à des facteurs indépendants de la maladie : la proximité ou au contraire l'éloignement géographique d'un lieu de soin. Dans une société où le domaine des femmes est celui du privé, et dans laquelle les lieux de rencontre publics sont très limités pour les femmes, le dispensaire peut devenir un lieu de rencontre privilégié. Il favorise la propension des femmes à diagnostiquer une diarrhée grave, et donc à légitimer leur venue au dispensaire. La notion de gravité est en grande partie définie par le contexte local.

Il existe donc une **grande variation entre les pays et les familles dans l'estimation de la gravité et de ses signes**.

Cependant, on constate que **l'évolution** de certains signes est décisive pour l'évaluation de la gravité. Le passage d'une diarrhée bénigne aux yeux des familles, à une diarrhée qu'elles considèrent comme grave se traduit notamment par :

- **L'aggravation et la persistance des signes initiaux** : c'est parce que les selles deviennent plus fréquentes, plus liquides, qu'elles durent plus d'un certain temps.

- **Une modification dans le comportement de l'enfant** : une diarrhée sans gravité ne perturbera pas réellement le cours de la vie de l'enfant alors que dans le cas contraire il s'en trouvera modifié : inactivité, pleurs, faiblesse, refus de la nourriture sont certains de ces signes.

- **L'apparition de nouveaux signes**, tels que sang et mucus, ou fièvre.

On constate finalement qu'il existe une variation très forte quant à la perception des populations sur la diarrhée comme maladie ou non, grave ou non, et quant aux facteurs locaux qui jouent sur cette perception. Mais on constate deux grands invariants :

- dans toutes les sociétés on distingue diarrhée bénigne et diarrhée grave ;

- dans toutes les familles, il existe un schéma qui permet de repérer le passage de la maladie bénigne à la maladie grave.

I. 2. CAUSES ET INTERPRETATIONS DES CAUSES DE LA DIARRHÉE DE L'ENFANT

1. La connaissance des causes de la diarrhée n'est pas primordiale aux yeux des familles, dans leurs choix des actions à entreprendre

D'une part, lorsque la diarrhée est considérée comme un événement appartenant au quotidien des familles, elles ne s'interrogent pas sur ses origines.

D'autre part, on constate que la recherche des causes d'une maladie ne se fait pas systématiquement. Elle a lieu en particulier :

- Lorsque la maladie est analysée comme une atteinte à l'équilibre du groupe social ; la restauration de l'équilibre social passera alors par l'explication du phénomène qui l'a remis en cause. Or il ne semble pas que la diarrhée de l'enfant, on l'a signalé, soit une maladie socialement dramatique, au même titre que le sera une épidémie de choléra : En Thaïlande, *Ha* est à la fois le nom d'un esprit malfaisant et celui donné à l'épidémie.

- Lorsque la famille se trouve dans une situation biomédicale, elle considère que c'est au médecin de rechercher les causes qui lui permettent d'établir son diagnostic.

Les familles n'énoncent donc des causes que lorsqu'on les sollicite. Mais **ces causes n'induisent en rien les pratiques qu'elles mettent en oeuvre pour soigner leur enfant.**

D'une cause particulière ne découle pas un recours thérapeutique plutôt qu'un autre. Les familles décident de ce recours en fonction du diagnostic qu'elles ont établies, mais pas en fonction de l'origine de la diarrhée.

Par exemple, dans certaines sociétés africaines, si on estime que la cause de la maladie est liée à une agression sociale en sorcellerie, la famille décidera que le désorceleur est le meilleur recours thérapeutique. C'est donc bien la cause qui détermine le choix du recours. Par contre, dans le cas de la diarrhée, même en Algérie avec le *Leil*, le choix d'une guérisseuse ne dépendra pas de la cause, mais des signes.

2. Compte tenu de ce qui vient d'être dit, quand on interroge les familles, **elles donnent les causes suivantes à la diarrhée :**

- **Le manque d'hygiène** : qu'il s'agisse de l'alimentation, de l'eau ou de l'environnement ;

- **L'alimentation** : cette cause sera citée en terme de déséquilibre, d'excès et de manque, comme en Chine où semble-t-il les typologies rejoignent celles du *Ying* et du *Yang* ; et en terme de nourriture "interdite" : il s'agit par exemple de la viande crue pour les femmes enceintes en Egypte, du melon en Algérie ou de la salade de papaye pour les femmes qui allaitent en Thaïlande ;

- **Le climat ou la température** : diarrhée d'automne en Chine ou diarrhée de saison des pluies en Thaïlande ;

- **La constitution de l'enfant** : qui sera plus sensible à la diarrhée parce qu'il est d'une nature fragile ou du fait d'une maladie de naissance ;

- **La croissance de l'enfant** : on a déjà parlé de la poussée des dents et de l'acquisition par l'enfant d'une nouvelle position en Thaïlande.

3. Deux conclusions peuvent être tirées de ce que l'on vient d'exposer :

- Nous avons la confirmation qu'il n'y a **pas de quête de sens dans la recherche des causes de la diarrhée**. C'est à dire qu'elles ne renvoient pas à une explication d'ordre surnaturel ou religieux : il s'agit d'une **maladie "prosaïque"**, à l'occasion de laquelle les familles ne remettent pas en cause l'ordre social. C'est dans ce sens qu'elle n'est pas dramatique.

En conséquence la demande qui sera faite au thérapeute, qu'il s'agisse de la guérisseuse dans le cas de *Leil*, diarrhée aiguë en Algérie, ou du médecin de l'Hôpital des Enfants, ne concerne pas le **sens** de la maladie.

- La deuxième conclusion est que, non seulement la recherche des causes n'est pas évidente, mais de plus **certaines causes sont plus ou moins bien acceptées** :

Il s'agit notamment de l'hygiène, que les mères semblent refuser dans plusieurs pays comme une cause acceptable de la diarrhée de leur enfant. Même s'il est difficile de généraliser, on constate que l'hygiène est souvent associée à un **marqueur social** : la saleté classe les gens dans le bas de l'échelle sociale.

Ainsi on a constaté, et ceci de façon particulièrement nette en Thaïlande et en Egypte, que **l'hygiène est systématiquement présentée par les mères de façon à ce qu'il ne soit pas possible de leur imputer la responsabilité de ce manque** : soit elles la mettent en doute et avancent d'autres facteurs, soit elle démontrent que l'enfant n'était pas sous leur responsabilité lorsque que ce manque s'est produit.

Il semble que **les discours mettant en avant l'hygiène** comme cause première à la diarrhée, qu'ils soient issus des campagnes de communication de l'OMS ou du système biomédical dans son ensemble, **critiquent de façon directe les pratiques des mères, les accusant de négligence envers l'éducation de leurs enfants : or les familles n'ont le plus souvent pas conscience de vivre dans un milieu non hygiénique** puisqu'il s'agit de leur lieu de vie habituel. Elles n'ont bien souvent pas grand pouvoir d'amélioration sur celui-ci. Elles se replient donc sur des facteurs ayant plus de sens (l'hygiène reste une notion relative) ou un sens plus acceptable à leurs yeux (tels que la faiblesse naturelle de l'enfant, la saison ou la nature des aliments).

On doit souligner à cet égard **l'importance du regard des autres et de la norme de groupe** dans l'établissement d'un diagnostic. Présents en Chine et en Thaïlande, où le diagnostic se doit de prendre en compte le

point de vue des mères plus expérimentées ou des femmes âgées, ils sont particulièrement nets en Algérie, où les décisions ne se prendront pas sans l'avis de la belle-mère, et en Egypte, où faire participer son entourage de la façon la plus spectaculaire montre que l'on est une mère qui déploie le maximum d'effort pour soigner son enfant.

I. 3. LES RECOURS¹ THERAPEUTIQUES DES FAMILLES :

L'enquête se déroulant dans des grandes villes, on a pu constater que les familles avaient dans les quatre pays le choix entre un certain nombre de structures médicales comparables :

- **Des dispensaires publics**, qui assurent les soins de santé les plus quotidiens et les vaccinations.
- Au dessus de ces dispensaires, **des hôpitaux**, publics également, sont chargés de prendre le relais pour les problèmes de santé plus graves et les hospitalisations.
- Parallèlement, **des lieux de soins privés**, qui peuvent aller du cabinet médical sans beaucoup d'assistance médicale technique, en Algérie, à l'hôpital totalement équipé en Thaïlande ou en Egypte. La Chine est le seul pays à ne pas offrir les deux services, publics et privés.
- Enfin, **les pharmacies**, qui entrent également dans l'éventail des choix possible lorsque ceux ci s'appuyent sur l'automédication. ²

¹Rappel : on entend par recours thérapeutique les actions mises en oeuvre par les familles pour soigner leur enfants.

²Le système de soins est certes plus complexe. Les hôpitaux publics par exemple se divisent en hôpitaux provinciaux, municipaux, universitaires, militaires... Mais l'important est ici de souligner les distinctions qui prennent un sens pour les familles.

Les recours recherchés par les familles sont étroitement liés aux représentations que nous avons exposées, et transcendent la diversité des structures thérapeutiques que l'on rencontre :

En effet, **les recours thérapeutiques s'organiseront entièrement autour de l'évaluation qui est faite de la gravité de l'affection.**

Indépendamment des signes objectifs de cette gravité, les mères et les proches demandent **un recours efficace et qui les rassure. Ce soin doit se distinguer nettement de celui qui aura été administré lorsque la diarrhée n'était pas considérée comme grave.**

Ceci entraîne deux conséquences quant à la nature du recours :

1. Les recours peuvent être **cumulatifs** comme l'illustre l'exemple de ces mères caiotes qui passent d'hôpital en hôpital jusqu'à ce qu'elles aient trouvé les soins qu'elles attendent, et aussi pour montrer qu'elles font le maximum pour la santé de leur enfant. **Il n'y a pas de "scénario" thérapeutique défini à priori.** Les mères ont un objectif, et déploient tous les moyens dont elles disposent pour l'atteindre : elles peuvent fort bien avoir recours à la guérisseuse le matin, au dispensaire l'après-midi et à l'automédication le soir, selon qu'elles estiment que ces recours sont ceux dont leur enfant a besoin.

2. **Les mères préfèrent la biomédecine lorsqu'elles ont diagnostiqué une diarrhée grave.**

En effet, les familles reconnaissent à la biomédecine la propriété de **soigner vite et de donner des résultats "spectaculaires"**. Elle est donc un recours particulièrement approprié en cas de maladie aiguë.

En revanche, une thérapie perçue comme aussi "puissante" est souvent susceptible d'entraîner des effets secondaires, dont il faut se méfier. Aussi les familles semblent préférer soigner les diarrhées qu'elles

considèrent bénignes à l'aide de remèdes plus familiers dont elles contrôlent mieux les effets.

A l'inverse, les médecines traditionnelles, qu'il s'agisse de la médecine chinoise à Bangkok ou Beijing, ou de l'herboristerie oranaise ou cairote, sont perçues comme plus adaptées aux maladies chroniques et aux problèmes fonctionnels : elles ont une action de long terme et sont sans danger.

Pour cette raison, il semble qu'une diarrhée grave entraîne désormais le recours à la biomédecine, considérée comme efficace immédiatement. En revanche, une diarrhée bénigne demande semble-t-il des médecines plus "douces" et plus familières ; il s'agit autant des remèdes "traditionnels" : herboristerie ou médecine chinoise, des préparations domestiques : tisanes, régime alimentaire, eau de riz... que des remèdes biomédicaux les plus courants et les mieux connus : anti-diarrhéique, anti-émétique ou antibiotiques³.

3. Ceci entraîne une **certaine hiérarchisation dans l'ordre des recours**, organisée selon les attentes des familles et en fonction de la gravité qu'elles ont diagnostiquée :

- **Lorsque la diarrhée est perçue comme bénigne, les recours pourront être "familiers"** : la maladie est bien connue, de même que les médicaments qu'elle requiert.

- **Lorsque la diarrhée sera perçue comme grave au contraire, les recours devront présenter le même degré d'"exception" que le mal** : exception tant en terme de rareté que d'efficacité.

³On voit bien que les médicaments les plus familiers pour les familles ne sont pas forcément des médicaments "doux" au sens purement médical (cf antibiotiques ou anti-diarrhéiques pour adultes administrés aux enfants). De plus l'indication médicale ne correspond pas nécessairement à l'effet attendu par les familles (elles ne connaissent pas souvent le rôle des antibiotiques).

C'est ainsi qu'on a pu constater que l'hôpital (ou la clinique privée, lorsqu'elle existe et qu'elle est accessible financièrement aux familles) constitue un recours souvent adéquat en cas de diarrhée grave : l'enfant peut en effet y être hospitalisé, il bénéficie d'actes médicaux "rares", comme l'injection intraveineuse, de la présence d'un équipement médical et de la compétence de spécialistes⁴.

La question de l'**équipement** nous semble importante : elle rassure la mère qui a le sentiment que tout sera mis en oeuvre pour son enfant.

II. REPRESENTATIONS ET CONTRAINTES DES THERAPEUTES

Face aux représentations des familles et à leurs quêtes, il est évidemment erroné de croire que l'on a un système médical monolithique et dont les pratiques sont parfaitement rationnelles : on sait depuis Freidson (1984) que le système médical est comme tout autre système l'objet de contraintes et d'intérêts divergents. La démarche professionnelle qui en découle s'explique bien au delà de l'efficacité et des besoins strictements médicaux.

Notre enquête concernait **tous** les soins de la diarrhée de l'enfant, les informations touchaient toutes un seul débat : **faut-il soigner la diarrhée**

⁴ L'hôpital est certes un recours "apprécié" pour sa "rareté". Cependant, les familles vont essayer "d'appriivoiser" cette image en l'abordant à travers leur réseau social : l'accès à l'hôpital se fait souvent sur recommandation auprès de tel médecin ou de tel service, et le choix de l'hôpital selon sa réputation auprès de l'entourage de la famille. Ce recours n'est donc que rarement le résultat d'un choix individuel, et on y retrouve au contraire l'effet du réseau social.

seulement avec les SRO, sans les SRO ou avec les SRO en association avec d'autres traitements ?

Cette remarque préliminaire permet de comprendre que les résultats présentés ci-après portent essentiellement sur les Sels de Réhydratation Orale (SRO), leur utilisation et leur interprétation par les thérapeutes.

1. La TRO, un traitement parfois remis en cause :

La première indication est que les **Traitements de Réhydratation Orale ne font pas l'unanimité au sein du corps médical**. Tous les médecins rencontrés reconnaissent l'importance et les qualités intrinsèques des Sels de Réhydratation Orale pour la **réhydratation** en cas de diarrhée de l'enfant.

Cependant on constate que **certains médecins en ignorent l'utilisation et la fonction** (comme en Chine lorsqu'une famille, pour faire soigner son enfant, s'adresse à un médecin travaillant dans une autre spécialité que la pédiatrie). **D'autres ne sont pas d'accord avec la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** selon laquelle les SRO sont nécessaires et le plus souvent suffisants pour soigner les diarrhées de l'enfant.

Ainsi d'un point de vue de stricte efficacité médicale, **les opinions divergent quant au traitement de la diarrhée**, et ceci d'autant plus que le diagnostic ne semble pas toujours simple entre une diarrhée bactérienne et une diarrhée virale. Dans la pratique, par sécurité et face à l'incertitude dans l'établissement du diagnostic, les médecins prescrivent d'autres médicaments que le SRO, et notamment des antibiotiques.

2. La TRO, un traitement connoté :

Par ailleurs **les SRO ne sont pas un médicament neutre aux yeux des médecins** : ils sont au coeur d'une campagne mondiale, mise en place par une organisation internationale, sans réelle prise en compte de l'opinion des thérapeutes de chaque pays.

Les modalités de cette mise en place tendent de plus à les déposséder d'une part de leur savoir-faire, en définissant un traitement unique de la diarrhée de l'enfant, et en rendant donc le moment du diagnostic sans utilité.

Cette dépossession est d'autant plus forte qu'elle renvoie à l'imaginaire du médecin, fondé sur l'idée que la mise en pratique de la compétence se réalise à travers le choix des soins à donner. Or avec les SRO, les marges de manoeuvre sont réduites, même si l'on sait que la liberté de diagnostic est plus de l'ordre du fantasme, puisque dans la pratique quotidienne, les consultations en hôpital ne durent souvent que quelques minutes.

D'autre part, pour les médecins, et notamment en Egypte et en Thaïlande, **la TRO et les campagnes de l'OMS ne sont pas sans connotation "tiers-mondiste"**, et parfois péjorative à leurs yeux. Elles s'appliquent sans grande distinction à tous les pays non-occidentaux, du Bangladesh où les SRO ont été mis au point, à la Thaïlande, l'un des "Tigres de l'Asie du Sud-Est".

3. La pratique médicale sur un marché concurrencé :

La pratique médicale n'est que dans de rares cas isolée du contexte et des attentes des patients : quelles que soient les propriétés médicales d'un traitement, son efficacité dépend avant tout de la volonté des patients et de leur entourage de le mettre en application. **Les médecins se doivent**

de prendre en considération les demandes implicites et les représentations des familles, qu'ils agissent dans un souci d'efficacité médicale, de satisfaction d'une clientèle dont ils dépendent, ou les deux.

On ne doit pas oublier en effet que les médecins se trouvent sur un marché économique au même titre que toute autre profession. Relativement protégés s'ils exercent dans le système public, surtout lorsqu'il n'existe pas de système privé comme en Chine, ils se trouvent néanmoins en concurrence avec le système de santé non biomédical, et avec les pharmaciens, qui dans les pays observés avaient le pouvoir - informel - de passer consultation et de prescrire n'importe quel médicament.

De tout ceci ressort que le choix d'un traitement renvoie à un **système d'interactions entre les attentes de familles et les contraintes des thérapeutes.**

III. LES OFFRES DE TRAITEMENTS ET LEUR IMAGE

L'exposé des représentations et des stratégies des familles, puis celui des contraintes et des enjeux qui structurent le champ d'action des thérapeutes permettent de comprendre les pratiques constatées en matière de soins.

Ici encore, on retrouve la TRO au coeur des discours :

1. Les TRO, une forte notoriété :

On constate en premier lieu que **les SRO ont été cités dans les quatre pays, à des intensités variables :**

Omniprésents dans les itinéraires thérapeutiques au Caire, ils apparaissent de façon quasi systématique à Bangkok, mais pas nécessairement sous la formule préconisée par l'OMS. Il y était le plus souvent question de formules commerciales, en général moins salées et agrémentées d'un parfum.

On les rencontre fréquemment à Oran, alors qu'à Beijing et Urumqi, il n'a été question des SRO que dans les ordonnances médicales, mais pas dans les pratiques des familles.

2. Mais on constate également **un écart entre la notoriété des SRO, les préconisations de l'OMS et les différentes formes d'utilisation des SRO :**

- Lorsque le traitement se fait hors hospitalisation, **les SRO ne sont jamais prescrits et utilisés seuls.**

En effet, en dehors du système de santé publique, les SRO sont systématiquement utilisés en association avec d'autres médicaments ; en revanche, dans les établissements hospitaliers qui essaient d'appliquer les préconisations de l'OMS, les personnels de santé déclarent souvent vouloir utiliser les SRO seuls. Cependant l'observation des pratiques montre que dans bien des cas, ils sont associés à d'autres médicaments.

Dans les faits, les traitements biomédicaux contre la diarrhée comprennent le plus souvent quatre ou cinq médicaments, parmi lesquels on retrouve :

- . un anti-diarrhéique ;
- . un anti-émétique ;
- . un médicament contre les accès de fièvre ;
- . souvent des antibiotiques ;
- . éventuellement des SRO.

- **La fonction des SRO (la réhydratation) et leur utilisation (aussi précoce que possible et selon une posologie précise) est largement réinterprétée selon les pays :**

En Thaïlande par exemple, ils sont plus associés à un apport d'énergie qu'à la réhydratation. Ailleurs, le fait qu'ils soient souvent cités témoigne avant tout semble-t-il de la publicité dont ils bénéficient

(campagnes de l'OMS) et ne présume en rien de la réalité et de la rigueur de leur utilisation.

3. Différents arguments tendent à expliquer l'écart entre la réalité des traitements contre la diarrhée et le traitement préconisé par l'OMS :

- l'argument premier est que les **SRO n'interrompent pas immédiatement la diarrhée**, ce que les familles attendent lorsque leur enfant en souffre : malgré la campagne de l'OMS axée sur les dangers de la déshydratation, il semble que les familles attendent avant tout que le signe par lequel elles reconnaissent le mal, la diarrhée, soit soigné.

- d'autres reproches ne touchent pas la nature des SRO même, mais concernent plutôt leurs "**caractéristiques techniques**" ; les familles se plaignent notamment de :

. **leur goût**, trop salé et que les enfants n'apprécient pas ;

. **leur utilisation malaisée** : en Egypte notamment où le SRO doit être pris à la petite cuillère dans les hôpitaux, ou en Thaïlande où les différentes concentrations prêtent à confusion ;

. **leur forme** : des SRO préalablement dilués faciliteraient semble-t-il une utilisation correcte.

4. Cependant, on peut se demander si ces arguments apportent une explication suffisante :

Certes, le fait que les SRO n'interrompent pas la diarrhée est un reproche majeur si l'on considère que c'est ce qu'en attendent les familles.

Il explique bien qu'elles ne soient pas satisfaites lorsqu'on leur prescrit des SRO alors leur enfant souffre de la diarrhée.

En revanche, **cet argument ne permet pas de comprendre pourquoi les familles ne sont pas réceptives aux campagnes de communication** de l'OMS et aux efforts d'éducation des politiques de santé publique, **qui tentent d'expliquer aux mères l'importance de la réhydratation** en cas de diarrhée, et montrent que l'enfant meurt de déshydratation et non de la diarrhée.

Par ailleurs, les problèmes des SRO liés à leur forme et à leur utilisation (goût, concentration, forme, posologie...) semblent n'entrer en jeu que de **façon secondaire** :

Certes, il s'agit des arguments développés par les familles, et répétés par les thérapeutes, pour justifier la non utilisation ou la sous utilisation des SRO.

Mais d'une part on constate qu'**ils réapparaissent sous des formes différentes dans chaque pays** :

En Egypte, la prise du SRO fréquemment et en petite quantité semble trop contraignante pour les familles. En Thaïlande, où pourtant la posologie est beaucoup moins compliquée, les familles continuent de reprocher aux SRO d'être mauvais, trop salés ou de se présenter sous un mauvais conditionnement.

D'autre part, l'examen des itinéraires thérapeutiques des mères montre qu'elles sont en général prêtes à se soumettre à des contraintes beaucoup plus grandes que celles qu'elles reconnaissent au SRO : les mères algériennes peuvent passer dans la même journée de la guérisseuse au dispensaire puis à l'hôpital public, par exemple.

5. **Notre hypothèse est que le coeur du problème se situe ailleurs,** et qu'il prend sens grâce à l'examen des pratiques et des représentations des familles et des thérapeutes :

En premier lieu les campagnes de préconisations des SRO comportent un paradoxe : d'un côté elles contribuent à la prise de conscience des dangers des diarrhées de l'enfant, en soulignant la déshydratation rapide qui en résulte ; de l'autre elles proposent un soin dont l'action n'est pas immédiate, simple, composé d'eau, de sel et de sucre et que les parents peuvent administrer eux-mêmes.

Ces messages ont certes pour effet de rendre les familles plus attentives à la maladie. Mais ils ont aussi pour résultat de **dramatiser la maladie et de dédramatiser le soin**, créant une incertitude pour les parents : si la maladie est grave, elle requiert alors des soins "réels" et efficaces.

Par ailleurs, les familles définissent deux types de diarrhée (qu'on a appelé bénigne et grave), qui les renvoient à deux systèmes d'actions différents : l'un reste dans le domaine du "familier" alors que l'autre requiert une démarche plus "exceptionnelle". **Le concept des SRO consiste au contraire à appliquer un même traitement, s'attachant à la compréhension médicale de la diarrhée, et sans respect des typologies des familles.**

Or il nous semble que **les SRO ne correspondent pas totalement à l'image que les familles attendent d'un soin de diarrhée, quel que soit le diagnostic qu'elles en ont fait :**

- Lorsque les familles estiment que leur enfant a une diarrhée bénigne, leurs pratiques favorisent des traitements "familiers", dont elles

connaissent bien les effets⁵ : préparations domestiques, anti-diarrhéique, tous remèdes à la fois aisément accessibles, simples et bien connus.

Les SRO, dont on a vu qu'ils avaient l'image d'un traitement simple (à base d'eau, de sel et de sucre), **semblent correspondre aux traitements que les familles attendent.**

Mais d'une part, **ils entrent alors en concurrence avec les autres médicaments "familiers"**, tels que les préparations domestiques (par exemple eau de riz en Algérie et en Thaïlande) ;

D'autre part, **le SRO tel qu'il est conçu n'a pas les caractéristiques d'un traitement familial et "convivial"** : il n'est ni assez "bon", ni assez simple d'utilisation. L'enquête de Bangkok en apporte une bonne illustration : les familles, en cas de diarrhée bénigne, semblent adopter volontiers les solutions commerciales d'électrolyse, dont le goût et la manipulation sont plus aisés que ceux des SRO du gouvernement.

- En revanche, on a vu que lorsque la diarrhée est considérée comme grave, elle se situe pour les familles dans le domaine du biomédical.

Or les SRO ne correspondent pas à l'image que l'on attend d'un biomédicament : ils ne sont pas efficaces rapidement et ne sont composés en fin de compte que d'eau, de sel et de sucre.

De plus, les familles veulent un soin différent de celui qu'elles obtiennent en cas de diarrhée bénigne. Elles ne vont pas chercher à la section spécialisée de l'Hôpital des Enfants le même soin que chez le pharmacien du quartier. **Si les familles ne reçoivent que des SRO, elles ne considèrent pas qu'il s'agit d'un soin suffisamment médicalisé, alors qu'elles ont fait la démarche d'un recours qui a l'image biomédicale d'efficacité et de technicité.**

⁵ Signalons une fois encore que l'image que les familles ont des médicaments et de leur efficacité ne présume en rien de leurs effets médicaux réels : les médicaments "familiers" ne sont pas toujours inoffensifs médicalement.

La situation sera différente lorsque les enfants sont hospitalisés :

- d'une part ils échappent à la responsabilité de leurs parents et deviennent des "patients" à part entière.

- d'autre part les parents ont accès à un soin "exceptionnel" pour cette maladie grave : ils bénéficient de l'équipement médical et de la compétence de spécialistes. De plus, si l'hospitalisation de l'enfant est décidée, il aura de grandes chances d'être mis sous perfusion.

METHODOLOGIE

Cette étude anthropologique s'est proposée de comprendre ce que l'on définira comme le "système d'action de la diarrhée de l'enfant", dans des zones urbaines de quatre pays : Algérie, Thaïlande, Egypte et République Populaire de Chine ; par analyse du système d'action, on entend la connaissance et la compréhension des pratiques et des représentations des divers acteurs concernés par la diarrhée de l'enfant.

Cette approche concerne donc les familles et les enfants, représentant le coeur de l'étude, mais aussi les thérapeutes quel que soit le système dont ils se réclament : biomédecine ou tradition, les distributeurs des médicaments, pharmaciens ou herboristes et dans la mesure du possible les structures institutionnelles : ministère de Santé ou organisations internationales.

On a donc cherché à comprendre quelles définitions les différents groupes d'acteurs donnaient à la diarrhée de l'enfant et quelles représentations ils y attachaient, afin de mieux appréhender les actions qu'ils décident de mettre en oeuvre lors de l'avènement d'un épisode, en fonction des contraintes et des intérêts qui structurent le contexte culturel et social dans lequel ils évoluent.

Partant d'hypothèses et d'une problématique communes, l'enquête ne s'est pourtant pas déroulée selon les mêmes modalités dans les quatre pays.

En effet, dans le cas de l'Algérie, deux enquêtes avaient été faites précédemment sur le même sujet, apportant une information riche sur les familles⁶. Il s'agissait donc d'approfondir les données qui avaient déjà été recueillies, et de mieux comprendre le fonctionnement du système médical et institutionnel.

⁶Cf bibliographie

Pour les trois autres zones, en revanche, nous ne disposions pas d'informations préalables. L'enquête s'est donc focalisée sur les pratiques et les représentations des familles, et n'aborde le système de santé que de façon secondaire.

En Thaïlande et en Algérie, les chercheurs ont bénéficié d'une part de la collaboration d'universités locales : avec l'université de Mahidol à Bangkok (Pr. SUWILAI, Dr MURAKATAT et Dr SUTAWADI) et avec l'université Es-Senia à Oran, (avec le Pr MEBTOUL, par la convention inter-universitaire Paris V - Oran-Es Senia), et d'autre part du suivi scientifique de D. DESJEUX et S. TAPONIER, présents pendant respectivement 15 et 10 jours dans chaque pays.

Les études en Chine et en Egypte se présentent en revanche comme des pré-enquêtes : les chercheurs ont travaillé seuls, sans structure d'accueil et sans suivi scientifique sur place. Les informations seront donc considérées comme les jalons d'une enquête postérieure plus organisée.

Les sites d'études étaient urbains : il s'agissait d'Oran pour l'Algérie, de Bangkok pour la Thaïlande, du Caire pour l'Egypte, et de Beijing et Urumqi (province du Xinjiang) pour la Chine⁷.

En préalable à l'enquête de terrain et afin de préparer le recueil de données, des séminaires bimensuels avaient été mis en place dès le mois de mars : ils avaient pour finalité de mettre au point une méthodologie commune pour les quatre pays, d'effectuer une recherche sur la faisabilité de l'enquête et de recenser les études déjà existantes et disponibles en France⁸.

⁷Urumqi a été finalement choisie à la place de Shangaï, initialement sélectionnée, du fait des inondations qui, durant l'été 91, auraient rendu les conditions d'enquête trop difficiles.

⁸Ils nous ont notamment permis d'accueillir le Professeur d'Anthropologie R. Pottier, spécialiste des problèmes de santé en Asie du Sud-Est.

Les chercheurs ont ensuite passé entre deux et trois mois sur le terrain, en juin, juillet et août 1991.

Les méthodes d'enquête qu'ils ont utilisées étaient l'entretien approfondi et l'observation des pratiques.

En ce qui concerne les familles, il s'agissait de prendre contact dans les lieux de soins, hopitaux ou dispensaires en général, et dans la mesure du possible d'effectuer les entretiens sur le lieu de vie, afin d'une part de recueillir des informations moins conditionnées par le poids de la structure officielle, et d'autre part d'observer les pratiques, ce qui permettait de prendre connaissance du vécu quotidien et de replacer dans leur contexte habituel le discours des acteurs.

Ces sources d'informations étaient complétées sur place par une recherche documentaire dans les bibliothèques universitaires et les institutions publiques.

Les problèmes rencontrés étaient variables selon les pays et se sont traduits en terme d'accès à l'information et de communication :

L'Algérie étant le terrain le mieux balisé du fait des études précédentes et étant globalement francophone, l'enquête, avec l'aide d'une interprète, s'est déroulée sans difficulté majeure.

De la même façon, l'enquête en Egypte a pu être menée à bien grâce à un chercheur arabisant et au soutien d'une interprète.

En revanche, le système de contrôle social étroit instauré en Chine a rendu difficile l'investigation dans les lieux publics, et de fait, toute information obtenue n'a pu l'être que de façon officieuse. A cette occasion, des moyens financiers plus importants auraient permis au chercheur d'obtenir des informations plus approfondies, et un accueil institutionnel officiel aurait incité les universitaires à collaborer à l'étude. Cependant, le

chercheur étant sinologue, il ne s'est pas heurté à des difficultés de communication supplémentaires.

En Thaïlande, si l'accès à l'information était relativement aisé, en revanche des interprètes étaient indispensables pour tous les entretiens avec les familles, l'anglais étant utilisé dans les autres cas.

**CONTEXTE D'UNE RECHERCHE
ANTHROPOLOGIQUE**

⁹L'anthropologie médicale repose sur le postulat que la maladie, fait universel, est l'objet de représentations et de pratiques qui varient en fonction de la culture dans laquelle elle émerge et que, par conséquent, le phénomène qu'elle désigne ne peut être confondu avec celui identifié par la biomédecine. Les anthropologues anglosaxons ont montré que l'expérience de la maladie, les interprétations qui en sont données et les modalités de sa prise en charge sont coextensives à l'ensemble de l'organisation sociale.

Les recherches menées, par la suite, dans ce domaine, suivent deux orientations divergentes, mais non exclusives :

Soit, on considère, à l'instar de M. AUGÉ (1986), que la maladie offre un terrain de recherche privilégié à l'anthropologie sociale, en ce sens qu'elle incarne, de manière exemplaire, le croisement de l'individuel et du collectif dans la société. On opte, alors, pour "une anthropologie de la maladie", où la maladie devient un objet d'occasion pour saisir les systèmes de pensées et les conduites des individus dans une société.

Soit on a recours à l'anthropologie en vue d'éclairer, par une connaissance des faits de culture, la pratique médicale. C'est le point de vue de J. BENOIST (1985) pour qui l'anthropologie fournit aux médecins des réponses qui n'auraient pu être formulées sans ce détour par les sciences sociales. Ce courant s'est particulièrement affirmé aux Etats-Unis, où les

⁹Cette partie et la suivante sont extraites du mémoire de DEA de Joelle SIMONGIOVANI, *Stratégies thérapeutiques à Oran*, Paris, Université de Paris V-Sorbonne, 1991.

anthropologues se sont intéressés à l'influence des facteurs socio-culturels dans le développement des maladies ou encore à la comparaison "transculturelle" des systèmes médicaux ; ceci dans le souci d'accroître l'efficacité de la médecine moderne.

Dans cette perspective, l'anthropologie appliquée aux problèmes de santé dans le tiers monde a connu un succès considérable. Dès les années cinquante, les anthropologues ont été appelés à participer à l'implantation et à l'évaluation des programmes sanitaires dans les pays en voie de développement, dans l'espoir de vaincre les barrières culturelles.

Cette tendance s'est particulièrement affirmée au lendemain de la conférence d'Alma Ata, en 1978. Avec un nouvel objectif : "la santé pour tous en l'an 2000", l'Organisation Mondiale de la Santé a inauguré une politique de santé publique, axée sur les notions de prévention, d'hygiène et d'éducation jugées aussi importantes que l'action curative.

C'est le moment de la mise en place des soins de santé primaire qui se veulent le reflet de cette nouvelle orientation. Le projet consiste à établir un réseau sanitaire de base capable de fournir les prestations élémentaires et surtout de promouvoir la santé, par l'éducation et l'hygiène. Il prévoit la participation des populations envisagées alors, à la fois comme des usagers et comme des partenaires obligés de l'action sanitaire.

La politique des soins de santé primaire s'inscrit dans une nouvelle conception du développement selon laquelle l'amélioration des conditions de vie dans le tiers monde, ne doit pas exclusivement dépendre du transfert unilatéral de technologies et de modèles imposés sans égard pour les réalités locales, mais doit s'appuyer sur la mobilisation des ressources propres à une société et rechercher des solutions appropriées, afin de promouvoir un développement véritablement homogène.

Dans le même temps, les décideurs découvrent que les chances de réussite des programmes sanitaires dépendent, en partie, des contextes sociaux et des conceptions et attitudes relatives à la maladie. Elles ne peuvent s'élever qu'en intégrant l'approche des sciences humaines aux démarches de santé publique.

Le souci de prendre en considération les spécificités locales s'est traduit, essentiellement, par une revalorisation des médecines traditionnelles, allant, parfois, jusqu'à leur institutionnalisation.

Ainsi, dans certains pays, les thérapeutes traditionnels, rebaptisés, pour l'occasion, "tradipraticiens", ont été intégrés aux actions de santé publique. Cet effort s'est accompagné d'un recours massif aux anthropologues, considérés alors comme les médiateurs qui devaient apporter les connaissances indispensables à la compréhension des réalités locales.

Dans ce contexte, l'anthropologie médicale s'est largement développée autour d'investigations "appliquées" portant sur les représentations de la maladie et le fonctionnement des institutions locales qui coexistent avec des structures de type occidental : hôpitaux, dispensaires. Les recherches conduites dans ce sens ont donné lieu à une abondante littérature sous forme de monographies qui fournissent l'inventaire détaillé des conceptions et des pratiques relatives à la maladie dans une société donnée.

Dans cette perspective, les théories locales de la maladie ont généralement été envisagées comme des obstacles à l'avènement de la rationalité médicale ; les échecs des campagnes de santé publique s'expliquant par une résistance à la médecine moderne.

En imputant les "ratages" de la médecine occidentale à des prétendus "blocages culturels" inhérents à la pensée traditionnelle, ces travaux confortent l'idée, fort critiquée, selon laquelle les sociétés traditionnelles

constituent des ensembles homogènes, clos et immuables, et font abstraction de leur contexte historique et social. Par ailleurs, ils s'évitent un questionnement sur le système biomédical, (ses présupposés, son fonctionnement, ses carences, son coût réel), tel qu'il s'actualise dans les sociétés concernées.

Les récents développements de la discipline, notamment en France, envisagent la question du pluralisme médical sous un angle radicalement différent. Ils soulignent la nécessité d'étudier les sociétés traditionnelles dans une perspective historique et sociologique afin de saisir, de façon dynamique, le processus de rencontre entre la biomédecine et les systèmes thérapeutiques locaux.

PROBLEMATIQUE

Depuis que l'OMS a préconisé en 1978 que le SRO soit considéré comme un élément essentiel des soins de santé primaires dans la lutte contre la déshydratation due à la diarrhée, on a assisté dans de nombreux pays au déploiement de moyens importants pour la mise en place de cette politique.

Le bilan après une dizaine d'année semble globalement positif : on note une diminution des cas de diarrhées sévères et, selon les chiffres de l'OMS, le nombre de décès marque une régression constante. La question reste de savoir à quels facteurs cette amélioration est imputable, et quelle est l'importance de l'utilisation du traitement de réhydratation orale préconisé par l'OMS par rapport à la prise de conscience accrue des conséquences sévères de cette maladie que les campagnes d'information ont entraînée¹⁰.

Si le problème de la diarrhée est donc aujourd'hui correctement maîtrisé, sur un plan épidémiologique, il semble, par contre, qu'il soit devenu un véritable enjeu social. Les campagnes de lutte contre les maladies diarrhéiques masquent des enjeux de pouvoir et de lutte sociale au sein de l'institution médicale.

Dans des pays où le recours à des offres thérapeutiques variées est d'usage, le système de la santé apparaît comme un marché sanitaire

¹⁰Voir par exemple à ce sujet : *The National Study On The Distribution Of Oral Rehydration Salts In Thailand*, Sairudee Vorakitphokatorn, commissioned by The WHO, Mahidol University, Thaïland.

concurrentiel à l'intérieur duquel la santé publique s'affirme avec difficulté. Dans ce contexte, l'enjeu de la campagne anti-diarrhéique s'est fait le reflet de cette concurrence active au sein de la médecine.

Si, comme le soutient l'ensemble de la communauté scientifique, le traitement de la diarrhée par voie orale est, incontestablement, une des découvertes scientifiques majeures, comment expliquer alors que son utilisation se heurte à des résistances au sein même du corps médical ?

Une partie de notre travail vise à analyser ces blocages, en dégagant les facteurs explicatifs du comportement des médecins à l'égard des recommandations de l'O.M.S.

Nous faisons l'hypothèse que la pratique réelle, quotidienne des médecins dépasse le seul cadre de la rationalité scientifique dans laquelle elle s'inscrit. Nos observations, réalisées dans diverses structures de soins, montrent, en effet que les médecins ont, eux aussi, une appréhension "non médicale" des phénomènes pathologiques.

Nous pensons que les attitudes de refus ou d'adhésion à l'égard de la thérapie par réhydratation orale (T.R.O) obéissent à des logiques sociales influencées par la position que le médecin occupe dans l'institution sanitaire, voire dans le champ social. C'est pourquoi l'analyse des stratégies singulières des praticiens doit intégrer celle de l'espace social dans lesquels elles émergent.

En effet, nous n'ignorons pas que l'exercice de la médecine est déterminé par les relations entre le praticien, ses collègues ou supérieurs hiérarchiques, l'Institution médicale et les clients, et qu'elle doit être étudiée dans son contexte organisationnel.

On sait, depuis FREIDSON (1984), que le milieu de travail exerce sur l'activité du médecin une influence supérieure à celle des connaissances acquises dans le cadre de sa formation professionnelle. L'étude de la pratique quotidienne du médecin révèle une variété de situations qui n'est pas sans influence sur le contenu même de son activité.

La médecine n'est pas l'application "mécanique" d'un savoir théorique ou d'une compétence professionnelle ; parce qu'elle est une profession consultante, la pratique médicale est confrontée aux situations singulières des malades.

Le médecin est amené à répondre à des demandes pour lesquelles il n'a pas été formé. Ainsi, on constate un profond décalage entre la science médicale, de portée universelle, et ses mises en pratique spécifiques ; les réalités locales ne permettant pas toujours l'application des connaissances acquises au cours des études. Souvent, la confiance dans le savoir médical se heurte aux conditions dans lesquelles les médecins exercent. Cela est d'autant plus vrai dans les pays du tiers monde où le système biomédical reproduit le modèle occidental, sans égard pour les pratiques locales.

Dans les contextes nationaux qui nous intéressent ici, quelle est l'activité quotidienne du praticien dans un dispensaire ? Qu'en est-il de l'autonomie médicale ? Quel est le rôle du médecin ? Comment se représente-t-il sa fonction ? De quelle image jouit-il auprès de la population ? Quelles relations entretient-il avec l'ensemble du personnel de santé ?

Par une analyse organisationnelle de type stratégique, nous montrerons que le médecin est pris dans un système de contraintes et d'incertitudes qui entravent son autonomie, et commandent en partie sa conduite. Le discours de toute puissance développé par une partie du corps

médical n'est souvent que l'antidote aux difficultés qu'il rencontre pour se faire reconnaître comme l'unique recours aux problèmes de santé.

Par ailleurs, les médecins s'entendent pour admettre que l'efficacité médicale repose, dans une large part, sur la qualité de la relation thérapeutique. Comment s'actualise-telle lors de la prise en charge d'un enfant atteint de diarrhée ?

L'examen de la relation thérapeutique doit prendre en compte le contexte social et culturel qui l'entoure. Loin d'exprimer un rapport interpersonnel, la relation médecin-consultant traduit le rapport entre des groupes sociaux et des systèmes de valeurs.

Au delà du colloque singulier, tel qu'il se donne à voir lors de la consultation, nous chercherons à comprendre les logiques en présence, et les stratégies en jeu. Le cabinet médical est le lieu où se rencontrent des conceptions différentes de la maladie et de la guérison. Nous insisterons, à cet égard, sur le caractère dynamique du processus thérapeutique dont les mères sont partie prenante.

En effet, nous verrons que la mère, et son entourage, ne sont pas des récepteurs passifs de l'information médicale. Les prescriptions du médecin sont réinterprétées dans le cadre familial et peuvent subir des modifications relatives à la compréhension que chacun a de la maladie. Nos observations montrent, par exemple, que l'étalement d'un traitement médical sur plusieurs jours peut être interprété comme une incapacité à agir immédiatement. Dans ce cas, les mères cherchent à accroître les chances de guérison de l'enfant, en faisant appel à d'autres thérapeutes ou traitements.

Ainsi, alors que le médecin peut se croire au centre du processus thérapeutique, il s'avère qu'il ne marque souvent qu'une étape dans la

recherche de soins. En effet, il nous est apparu que même si les familles n'hésitent pas à consulter un médecin, son avis leur est rarement suffisant. Sa parole est fréquemment remise en cause par l'entourage du malade qui s'efforce de mettre en oeuvre toutes les solutions disponibles pour traiter la maladie. Lorsque le traitement médical fait, incontestablement, la preuve de son efficacité, (comme c'est fréquemment le cas ; il suffit de constater l'engouement attesté dans l'ensemble des pays du tiers monde à l'égard de certains médicaments occidentaux pour s'en convaincre), il vient alors s'ajouter aux ressources thérapeutiques disponibles pour le groupe.

Nos observations confirment à ce sujet celles des anthropologues qui se sont intéressés à la question du pluralisme médical.

Toutes les études empiriques menées dans les pays où la biomédecine est implantée depuis peu attestent que la médecine occidentale n'est jamais l'objet d'un refus systématique et qu'elle s'intègre au système thérapeutique local. Le médecin jouit même, dans certaines sociétés, (c'est le cas en Algérie), d'un prestige digne de tout autre thérapeute.

A ce stade du raisonnement, notre démarche relève d'une "anthropologie de la maladie", telle qu'elle s'est développée, principalement en France, ces dernières années en mettant l'accent sur la notion de "sens de la maladie".

Elle s'inscrit plus particulièrement dans la problématique des "itinéraires thérapeutiques".

La notion d'itinéraire thérapeutique, proposé par M. AUGE, met l'accent sur l'ensemble des processus impliqués dans une quête thérapeutique, depuis l'apparition d'un trouble à toutes ses étapes,

institutionnelles ou non où peuvent s'actualiser diverses interprétations et thérapies.

Ce modèle rend compte de la totalité et de la complexité des choix thérapeutiques des sujets en situation de pluralisme médical. Il offre un schéma d'analyse unique qui intègre plusieurs niveaux d'appréhension de la réalité : représentations, pratiques et institutions, et permet d'en apprécier l'articulation.

Appréhendé comme un concept opératoire dans une phase analytique, nous y aurons recours pour décrire l'ensemble des moyens engagés pour enrayer la diarrhée et repérer les agents de cette mise en oeuvre.

Outre cette phase descriptive, l'examen des itinéraires thérapeutiques des familles devra construire le système de relations entre ces diverses pratiques de soins et les agents sociaux qui y font appel.

Afin d'englober le phénomène dans son ensemble, l'analyse des logiques qui sous-tendent les choix thérapeutiques des sujets devra s'intéresser au contexte socio-économique : l'accessibilité aux soins, leur proximité, tant géographique que sociale, leurs coûts respectifs.

S. FAINZANG (1985) et B. HOURS (1985 b) montrent, par exemple, à propos de deux pays différents, que la fréquentation du dispensaire est liée à la disponibilité de médicaments délivrés gratuitement.

On peut penser que les diverses alternatives disponibles à Oran, en matière de santé, ne s'imposent pas de la même manière à tous les groupes sociaux.

Les anthropologues qui, à la suite de M. AUGÉ, se sont intéressés à l'examen de ces itinéraires thérapeutiques, dans différents contextes, ont

montré que toute quête thérapeutique répond à une double exigence, de la guérison et de l'interprétation. D'une part, il s'agit d'enrayer la maladie ou de soulager le corps souffrant ; d'autre part, il faut donner un sens à cet événement, en élucidant sa cause.

Cette nécessité du sens est liée aux conceptions magico-religieuses de la maladie selon lesquelles tout désordre biologique a des causes sociales .

Les anthropologues expliquent ainsi la persistance de certaines pratiques "non efficaces" d'un point de vue médical, dans les sociétés où la médecine occidentale, avec sa puissance thérapeutique objective, est un recours possible sous forme de dispensaires ou d'hôpitaux. Si le médecin est reconnu pour certaines de ses compétences, il n'en demeure pas moins qu'il ne répond pas à toutes les attentes de sa clientèle ; en l'occurrence, il ne fournit pas le sens de l'événement.

Dans ce contexte, le malade peut se rendre au dispensaire pour recevoir un traitement symptomatique, et consulter un devin qui fournira le diagnostic social et proposera un traitement étiologique, qui vise généralement à rétablir l'ordre social.

Ainsi, l'accumulation de choix thérapeutiques jugée irrationnelle par la science médicale, ne correspond pas à l'accumulation d'interprétations causales contradictoires. Elle exprime une logique pratique en vertu de laquelle l'action des divers thérapeutes est vécue par les individus de façon complémentaire.

L'exigence du sens n'exclut pas le recours à la biomédecine qui constitue une des étapes du processus de résolution de l'événement. La diversité des offres thérapeutiques fait l'objet d'un usage pragmatique de la

part des individus qui espèrent cumuler les avantages de chaque traitement.

De nombreux travaux corroborent cette idée que médecine "moderne" et médecine "traditionnelle" ne s'opposent pas dans la mesure où leur principe de cohérence respectif opère dans deux registres distincts.

Toutefois, il ne faudrait pas conclure trop hâtivement à la réalité d'un "partage" harmonieux entre la biomédecine qui détiendrait le monopole de l'efficacité et la médecine traditionnelle qui aurait le privilège du sens.

Tout d'abord, l'acte thérapeutique, dans les sociétés traditionnelles, ne se réduit pas à la seule recherche des causes ; de nombreux récits d'ethnologues relatent qu'elles disposent également de moyens empiriques et objectivement efficaces pour enrayer la maladie.

D'autre part, si les conceptions locales de la maladie, solidaires d'une vision globale du monde, constituent un facteur incontestable du recours aux soins, leur connaissance approfondie ne suffit pas à présumer des pratiques réelles.

Les connexions établies hors contexte, (comme c'est le cas à l'occasion d'un entretien de recherche), qui définissent les rapports formels entre causes et traitements, sont rarement celles qui guident les comportements thérapeutiques. Comme l'a montré N. SINDZINGRE (1983), les schémas interprétatifs de la maladie et ses registres thérapeutiques jouissent d'une relative autonomie réciproque.

Aussi, dans les faits, on ne peut pas établir de correspondance mécanique entre une symptomatologie et une explication ; les possibilités d'interprétation sont multiples et dépendent des circonstances et de l'identité sociale des individus impliqués dans la quête thérapeutique.

La maladie apparaît comme le révélateur d'enjeux sociaux où se dessinent des rapports de pouvoir et des pratiques de distinction, qu'ils s'agissent de la façon dont les gens se soignent ou de celle dont ils se représentent la maladie et la thérapie.

Faute de restituer les pratiques thérapeutiques dans le champ social dans lequel elles s'enracinent, on ne perçoit pas ce qu'elles doivent, tant dans leur contenu que dans leurs effets, à la position sociale de ceux qui y recourent, soignants comme soignés.

La problématique des "itinéraires thérapeutiques" va à l'encontre de l'idée, fort répandue parmi les tenants du développement sanitaire, selon laquelle la connaissance objective des faits de maladie s'imposerait aux populations concernées dès lors qu'elles y auraient accès.

Il s'avère qu'au lieu de se substituer aux étiologies locales, les explications "rationnelles" fournies par l'institution médicale, dans le cadre par exemple des campagnes sanitaires, peuvent être réinterprétées par la pensée traditionnelle.

A titre d'exemple, nous citerons le cas de l'onchocercose dans la société Bisa, rapporté par S. FAINZANG (1986) :

Traditionnellement désignée par le terme de "oko" et définie comme une "maladie de l'arbre", sous catégories des "maladies des génies", cette pathologie est, objectivement, transmise par une mouche.

S. Fainzang fait remarquer que la connaissance du vecteur objectif de la maladie, largement répandue dans la population, grâce aux campagnes d'information de l'OMS, ne modifie en rien le fait qu'elle soit considérée comme une "maladie des génies", en l'occurrence des génies de l'arbre qui utilisent la mouche pour envoyer la maladie.

Cet exemple veut illustrer le caractère dynamique des systèmes interprétatifs traditionnels, que l'on présente, trop souvent, comme des catégories statiques, en négligeant d'observer les transformations qu'elles subissent.

Il montre, notamment, comment l'introduction des connaissances biomédicales peut enrichir les connaissances relatives à la maladie dans la société sans en transformer la structure. Tout se passe comme si l'apport de nouveaux éléments explicatifs ou thérapeutiques représentait pour le groupe un moyen d'accroître son capital symbolique.

Les travaux de J. BENOIST enrichissent cette réflexion lorsqu'ils décrivent les passages qui s'instaurent entre les divers systèmes médicaux qui opèrent au sein d'une même société et tentent d'en apprécier la part de complémentarité :

L'anthropologue note comment une société polyethnique, comme celle de la Réunion est le lieu d'échanges permanents entre les divers systèmes médicaux, dont les ajustements réciproques en modifient peu à peu la nature.

Ainsi, au delà de la diversité des thérapies en présence, s'édifie dans la société un ensemble médical global au sein duquel s'établit une nouvelle repartition des fonctions et des compétences. Face à cette situation l'individu franchit aisément les barrières ethniques pour s'adresser au groupe susceptible de répondre à ces attentes.

Le travail de J. BENOIST nous intéresse car il met en évidence la dynamique qui s'instaure lorsque des modèles culturels différents se rencontrent durablement.

Concrètement, il invite à analyser les systèmes thérapeutiques en présence, dans leurs relations réciproques, comme les éléments d'un même système médical.

D'un point de vue méthodologique, l'anthropologie rappelle que les concepts tels que "maladie", "efficacité", "remède", "médecine" qui jalonnent les discours sur la maladie sont ceux qu'il faut mettre en question. Le chercheur, confronté à un nouveau terrain, doit donc, dans un premier temps, s'interroger sur le sens que ces notions revêtent dans la société qu'il étudie.

Il en va ainsi de la notion de médecine traditionnelle dont l'unique terme sert souvent à désigner des réalités thérapeutiques différentes, confondant ainsi techniques médicinales, interprétations divinatoires et pratiques magiques.

En ce qui nous concerne, lorsque nous employons les termes de "traditionnel" ou de "moderne", nous acceptons pour définition les significations que les groupes observés leur accordent :

- est "traditionnel" ce qui est liée aux coutumes ancestrales transmises au sein de la famille et où la culture et le religieux sont étroitement liés ;
- est "moderne" ce qui se réfère au système occidental.