Dominique Desjeux, Isabelle Favre, Joëlle Simongiovani

ANTHROPOLOGIE D'UNE MALADIE ORDINAIRE

Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte





INTRODUCTION

Madagascar est connue pour ses "retournements des morts", les famadihana. Cette fête des Hauts Plateaux malgaches, célébrée tous les six à dix ans suivant la richesse des familles, symbolise le renouvellement de l'alliance entre les vivants et les morts. Elle garantit à la fois la cohésion sociale, la fécondité du sol et la santé des familles. Comme mise en scène sociale, elle mobilise sur un même lieu les ancêtres, la famille et le village. Elle est l'expression à la fois d'un plaisir immédiat, concrétisé par une consommation abondante de rhum et de toka gasy (alcool de riz), et celle plus profonde du rapport au sacré, à la quête de sens et à la question du malheur (cf. Desjeux D., 1981).

Comme le souligne Claudine Herzlich, dans Le sens du mal, "pour le sociologue travaillant sur les sociétés industrielles, l'étude des sociétés lignagères fascine d'abord par la surabondance de sens, et par la multiplicité et la richesse des interprétations". Pour nous, en découvrant au début des années soixante-dix la société agraire des Hauts Plateaux malgaches, cette impression fut d'autant plus forte que nos premières enquêtes avaient porté sur le corps des Mines et la politique industrielle de la France, univers qui semble plus dominé par les rapports de pouvoir que par la quête du sens.

Au Congo, le choc du "détour", pour reprendre l'expression de G. Balandier (1985), a pris une autre forme, celle d'une confrontation avec la "sorcellerie". Qu'une femme fasse une série de fausses couches ou qu'un homme devienne impuissant et la question du sens social du malheur est posée par la société villageoise. La source du mal est à rechercher dans une pratique d'agression "magique", dont l'auteur sera socialement désigné. C'est la société qui dit le mal, désigne le

socialement désigné. C'est la société qui dit le mal, désigne le coupable, et traite le malheur (Desjeux D., 1987).

Aujourd'hui, le travail collectif mené par M. Augé et C. Herzlich (1984) a bien établi que la gestion de la maladie ne se réduit pas à une question de dispositif matériel sanitaire, que la santé est d'un autre ordre que celui du seul équilibre biomédical, et qu'elle renvoie à la question du sens. Leur apport décisif a été de montrer que la question du sens et de l'imaginaire de la maladie n'est pas une question réservée aux pays "exotiques". Elle est aussi présente dans nos sociétés occidentales.

Pour explorer cette question, les ethnologues et les ethnopsychiatres ne se sont pas tout d'abord attaqués au coeur de la société française. Leurs recherches sur le sens de la maladie se sont au début tournées vers les régions "exotiques" de notre société, avec les enquêtes de J. Favret-Saada (1977) sur "la sorcellerie dans le bocage". Plus récemment, elles se sont rapprochées du "coeur" de la société moderne avec l'étude d'une population dans un habitat pavillonnaire, à quelques kilomètres de Paris, grâce aux travaux de S. Fainzang (1989). La plupart de ces recherches portent sur la maladie en général, vue comme un mal social, comme un désordre à réduire, comme une perte de sens, ou sur une maladie dramatique, vécue sur le mode de la persécution.

Or avec notre enquête sur la diarrhée de l'enfant dans quatre pays, l'Algérie, l'Egypte, la Thaïlande et la Chine, nous changeons encore d'univers : plus de mise en scène sociale spectaculaire, comme dans le famadihana malgache ; plus de quête de sens comme dans la sorcellerie congolaise ; mais plutôt un traitement social "ordinaire", proche de celui que l'on pourrait trouver dans une famille française quand la situation n'est pas perçue comme dramatique.

L'ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE N'A-T-ELLE PAS TENDANCE À SURÉVALUER LA QUÊTE DU SENS ?

La question que nous nous posons ne porte pas sur le bien-fondé de ces approches, que nous partageons complètement. Notre objectif n'est pas d'éliminer la question du sens qui nous paraît une des questions clés de la vie en société (cf. notre travail sur Le sens de l'autre en situation interculturelle, Desjeux D., Taponier S., 1991), mais de requestionner la place qu'elle occupe en ne postulant aucune hiérarchie a priori entre le sens et l'utilité (1). Il est évident que toutes les maladies ne relèvent pas d'une quête de sens, d'un traitement social et d'un imaginaire, ou d'une symbolique forte. De nombreux travaux d'ethnologues ont déjà montré que toutes les sociétés distinguent différents niveaux de signification de la maladie. Mais tout se passe comme si, en tout cas pour les recherches françaises, seules les maladies dramatiques ou suffisamment porteuses de sens étaient "dignes" d'être analysées (2).

La diarrhée est une maladie avec des enjeux sociaux. En ce sens, l'étude de la diarrhée relève d'une anthropologie qui intègre sociologie et ethnologie. La dimension sociale s'exprime par exemple à travers la bonne image de soi que veulent donner les mères par rapport à la propreté ou à l'éducation de leurs enfants, ou à travers la gestion de l'incertitude que représente le choix d'un itinéraire thérapeutique. Mais, contrairement à ce que nous

⁽¹⁾ Une recherche franco-américaine publiée en 1992 montre que les approches centrées sur le sens et celles centrées sur l'utilité peuvent se rejoindre. J. Elster et N. Herpin (1992) formalisent des choix sous contrainte à partir des critères éthiques utilisés par les décideurs médicaux. (2) L'anthropologie française à dominante africaniste a très peu travaillé sur la diarrhée infantile. A l'exception d'un article d'Alice Desclaux (1990), nous n'avons relevé que deux ou trois articles ou citations sur ce thème. Au contraire, l'anthropologie anglo-saxonne a mené beaucoup plus de recherches sur la diarrhée (cf le n° spécial de Social Science and Medicine de 1988). Ceci semble confirmer notre hypothèse d'une sélection implicite des "maladies à sens" par les ethnologues français.

recherchions au point de départ de notre enquête, nous n'avons trouvé aucune mobilisation sociale dramatique, ni d'imaginaire très développé autour de cette maladie (3).

Nous nous sommes donc demandé si les recherches anthropologiques n'avaient pas sur-sélectionné les maladies à forte composante d'imaginaire. C'est ce que sous-entend C. Herzlich (1984) quand elle critique la sur-représentation des enquêtes sur les maladies mentales. La recherche de sens n'est-elle pas surtout liée aux situations de crise? Or c'est cette situation qui a le plus souvent été étudiée par les anthropologues: troubles gynécologiques ou sexuels, et donc ce qui menace directement la reproduction; les maladies mentales; tout ce qui se rapporte à l'imaginaire du corps et de l'alimentation (cf par exemple les enquêtes contenues dans le livre collectif de A. Retel-Laurentin (1987) sur L'étiologie et la perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles).

Nous nous sommes aussi demandé si la part de la quête du sens n'était pas surévaluée dans ce que nous appellerons les "maladies ordinaires". M. Augé, par exemple, signale que la diarrhée du jeune enfant chez les Alladian est liée à la mésentente des parents, ce qui est tout à fait possible (Augé M., 1984). Cependant, en reconstruisant la suite des micro-décisions qui constituent un itinéraire thérapeutique, nous allons essayer de ré-estimer la place et le poids de la mobilisation du sens dans un processus de décision qui relie les familles au système médical autour d'un événement, l'épisode diarrhéique.

⁽³⁾ Ceci ne semble pas imputable au temps passé sur le terrain puisque, que ce soit pour les enquêtes "courtes" de trois mois en Egypte, Thaïlande et Chine, ou "longues" pour l'Algérie avec un déroulement sur près de quatre ans, nous avons toujours constaté une absence de dramatisation sociale.

POIDS DU SENS ET FORCE DE L'UTILITÉ DANS UN PROCESSUS DE CHOIX

Notre enquête sur la diarrhée de l'enfant s'inscrit dans un travail plus général de recherche en anthropologie de la décision que nous menons au sein d'Argonautes (4). Nous cherchons à repérer les éléments de l'imaginaire, du cognitif ou du social qui entrent dans la composition des processus de décision, qu'ils se réalisent en situation collective ou individuelle, qu'ils s'appliquent aux comportements d'achat des consommateurs, aux choix des politiques nationales, aux itinéraires techniques des agriculteurs, aux décisions de diagnostic des médecins ou aux pratiques des chercheurs dans leur laboratoire.

La maladie n'est qu'un terrain d'enquête parmi d'autres, un objet révélateur du fonctionnement particulier d'un mécanisme social plus général, la décision. Les processus de décision sont eux-mêmes parties prenantes d'un ensemble plus vaste, la culture. Le concept de culture est lui-même polysémique, voire controversé, et suscite notamment deux débats.

Le premier porte sur l'opposition entre sens et intérêt (cf. les critiques d'A. Caillé sur l'utilitarisme, 1989). La culture serait de l'ordre du sens et l'intérêt de l'utilité. Notre hypothèse est qu'au cours d'un processus de décision, ils sont tour à tour utilisés et que leur poids respectif varie en fonction des situations, dramatiques ou non.

Le deuxième porte sur l'opposition entre une culture dynamique et une culture statique. La confusion du débat tient à la non distinction entre les niveaux macro-sociaux et micro-sociaux. A un niveau macro-social, la culture est plutôt statique, puisque le choix de cette échelle favorise la recherche des régularités et que les acteurs disparaissent du champ d'observation. A ce niveau, le chercheur construit des

⁽⁴⁾ Argonautes est un centre de recherche qui fonctionne en SARL et dont une partie des chercheurs sont associés au laboratoire d'ethnologie de Paris V-Sorbonne, dirigé par le professeur P. Laburthe-Tolra.

modèles qui minimisent la diversité, en négligeant les variations individuelles. C'est le niveau de la longue durée, des formes culturelles qui organisent inconsciemment les schémas de décision des individus. C'est celui où maladie et santé apparaissent comme des représentations relatives à une civilisation donnée. Mais la culture peut évoluer. Ce qui est appelé tradition peut être récent. Un effet de situation, une crise, l'ouverture au marché international possèdent une force de changement qui peut remettre en cause ce qui paraissait être des valeurs immuables.

La faiblesse du culturalisme apparaît quand il est appliqué à une situation micro-sociale. La marge de manoeuvre de l'acteur disparaît dans un déterminisme des valeurs ou de la culture. Au niveau micro-social, celui des interactions entre les acteurs, la culture est un phénomène dynamique qui se construit à la fois comme identification et comme opposition à l'autre (cf. C. Camilleri et M. Cohen-Emerique, 1989). C'est une dimension que nous avons peu explorée au profit d'une approche plus stratégique. La dimension culturelle paraît plus pertinente quand la situation exige une plus forte mobilisation de sens que dans le cas de la diarrhée de l'enfant.

Une dernière remarque porte sur l'assimilation de central à macro-social et de local à micro-social. Un système médical central s'opposerait à un système familial local. Ici nous postulons qu'ils sont sur le même plan et qu'ils forment un seul système d'interaction. Il n'y a donc pas d'un côté un savoir médical et de l'autre des représentations de la maladie ou de la santé. Il existe un système d'acteurs qui sont en relation de transaction, autour de l'accès aux soins pour les familles et pour le maintien d'une clientèle ou la progression d'une carrière pour les médecins, même si les atouts de chacun ne sont pas répartis de façon égale (cf B. Hours, 1990).

Du fait de ce postulat de symétrie, nous rejoignons M. Augé qui, dans Le sens du mal, opte pour le terme d'anthropologie de la maladie, plutôt que ceux d'anthropologie médicale ou de la santé, pour désigner son objet

d'étude. C'est un choix méthodologique qui permet de ne pas postuler au point de départ de l'enquête le poids du sens, celui de la biomédecine ou l'évidence de la maladie dans un système culturel donné. Nous partons d'un point de repère matériel, la diarrhée, pour reconstruire le système d'interaction social qui se mobilise autour de la maladie.

Dans cette enquête, la maladie est donc considérée comme un objet d'analyse parmi d'autres, dans le cadre plus général d'une recherche sur les processus concrets de décision.

UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE SITUATION-NELLE, RELATIVISTE ET PARTIELLE

Notre recherche sur la décision part de deux postulats qui se sont imposés au fur et à mesure des enquêtes sur le terrain (5).

Le premier postulat est de considérer comme acquis le fait que l'anthropologie révèle les limites et la relativité de la rationalité économique, technique ou biochimique. Dans chaque situation concrète de décision, nous ne postulons pas la supériorité a priori d'un mode de connaissance sur un autre. Nous nous demandons comment se constitue la différence entre "savoir profane" et "savoir scientifique". Mais nous postulons aussi une continuité entre ces deux savoirs. Pour nous, il n'existe donc pas de pratique "pure" du savoir scientifique, qui pourrait se réaliser hors de tout rapport social.

Les médecins dans les différentes situations d'enquête que nous avons rencontrées peuvent développer un savoir spécifique par rapport à la diarrhée. Mais ils ne peuvent échapper aux mécanismes de la connaissance ordinaire. Celle-ci est composée par des processus cognitifs, comme par

⁽⁵⁾ Ce sont des postulats en situation. Ils sont donc transposables mais ne sont pas généralisables de façon évidente, notamment pour les chercheurs qui partent de postulats plus idéalistes ou plus essentialistes. Nous gardons vis-à-vis de ces approches une position agnostique, qui préserve le jeu de la discussion intellectuelle.

exemple l'évaluation spontanée, par des processus symboliques ou par des pressions sociales. C'est en ce sens que la connaissance scientifique participe du savoir profane. Toute connaissance nous paraît être de l'ordre du métissage.

La difficulté de ce postulat est qu'il peut laisser entendre une critique de la raison. L'idée sous-jacente se limite à un constat : chaque fois que nous étudions le fonctionnement de la raison dans une situation pratique à travers une étude de décision ou de choix, nous observons un mélange de raison et d'émotion, de cognition et d'influence sociale et donc une rationalité au pouvoir limité par le jeu des contraintes de la vie sociale et le fonctionnement psychique du "décideur". Ce n'est ni une position post-moderne ou nietzschéenne qui porterait un doute radical sur les capacités de la raison, ni une position moderne qui accepterait une séparation de la nature et de la culture avec une sur-valorisation de la "raison pure". C'est une position métisse qui reconstruit les pratiques, les incorporations sociales, émotionnelles ou cognitives et les limites de la raison en pratique, situation par situation (6). Elle postule que chercheur et décideur participent de la même "mécanique" sociale, même si la façon de mobiliser leur savoir peut varier du fait d'une différence d'apprentissage social ou professionnel.

⁽⁶⁾ Ce n'est pas non plus une thèse fusionnelle, sur le thème des "paysans africains qui seraient des scientifiques sans le savoir", ou sur son symétrique persécutif, tous les malheurs viennent de la culture rationnelle occidentale. Il y a de l'altérité dans tout rapport social et donc dans tout processus de connaissance. La symétrie des connaissances est un postulat méthodologique important (cf. B. Latour, 1991 et Bloor 1982, cité par B. Latour), qui signifie qu'il y a continuité entre connaissance ordinaire et connaissance scientifique, et qu'on utilisera la même méthode pour appréhender les comportements de l'ensemble des acteurs du système d'action concret, quels que soient leur place et leur statut. Mais l'asymétrie est la règle de fonctionnement de toute transaction sociale : dans le système d'action, chaque acteur dispose d'atouts qui lui sont propres et qui ne sont pas distribués de façon égalitaire. C'est dans l'asymétrie des moyens mobilisables dans l'administration de la preuve que la connaissance scientifique trouve en partie la source de son pouvoir de distinction d'avec la connaissance ordinaire. Mais ceci n'épuise pas le problème de la nature spécifique de la connaissance scientifique.

Le deuxième postulat est que la connaissance de la réalité est un effet de construction sociale. Faire le "bon choix" de l'itinéraire thérapeutique efficace, "découvrir" un fait scientifique, ou faire éditer un livre sont des constructions sociales, que ce soit du point de vue de l'acteur qui "se construit" un choix ou de celui du chercheur en sciences humaines qui reconstruit ce choix à partir d'une enquête.

Le concept de construction peut renvoyer à trois sens différents qui tous peuvent se rattacher à l'idée d'arbitraire et de découpage de la réalité. Arbitraire ne veut pas dire injustifié, mais choix parmi les éléments observés et organisation d'un ordre compréhensible pour présenter un découpage de la réalité.

Le premier sens est de l'ordre de la production sociale. Il postule que nos décisions sont en partie la résultante de notre appartenance de groupe. Le choix pour une famille de recourir à un médecin du secteur public, à un médecin privé, ou à un tradi-praticien est souvent le produit d'un effet de classe. C'est le sens que lui donne Bourdieu dans La distinction (1979).

La construction peut être, dans un second sens, de l'ordre de l'interaction, de la transaction, de la stratégie ou de l'effet de réseau social. C'est le jeu des acteurs, le voisinage au moment du diagnostic ou la relation entre la famille et le médecin qui vont organiser le choix de tel ou tel traitement. Dans le cas de la diarrhée, nous avons constaté que beaucoup de médecins ne veulent pas prescrire les sels de réhydratation par voie orale, préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé, produit simple et efficace, mais qui ne satisfait pas leur clientèle. S'en tenir à un raisonnement "purement" médical ne permettrait pas de comprendre que la décision du médecin est prise sous contrainte, comme l'a déjà démontré Freidson (1984).

Le troisième sens est "cognitiviste". Il peut être rapproché de celui de représentation chez D. Jodelet (1989), de celui de théorie subjective chez U. Flick (1993), de celui de construction chez Watzlawick (1988), et de celui de cadre de l'expérience chez Goffman (1991). Il signifie que le

découpage est en partie organisé par les schémas a priori de la perception. Cette conception se distingue à la fois d'un "idéalisme", qui postulerait que le monde serait plutôt de l'ordre de la représentation, et d'un "naturalisme", qui postulerait que la réalité parle d'elle-même. Pour nous, la réalité préexiste aux acteurs, mais ne prend sens que par une construction de l'observateur. Ceci est valable, dans le champ des débats scientifiques, autant pour la phase de recueil des informations que pour celle de leur présentation et donc de leur acceptation (cf. tous les travaux de B. Latour et M. Callon sur La science "en action" ou "telle qu'elle se fait" et sur l'importance des réseaux dans sa construction, 1988, 1989, 1991, 1992).

Dans notre enquête, nous avons utilisé une approche qui permet de reconstruire les arbitrages effectués par les familles en reconstituant les objectifs visés et donc la "qualité" qu'elles recherchent à travers tel ou tel itinéraire thérapeutique : rapidité, accueil, efficacité, moindre coût ou bonne image de soi. L'hypothèse est que les familles se sont construit des systèmes de reconnaissance de la qualité qu'elles recherchent à partir d'un ensemble de signes qu'elles peuvent retrouver en partant de leur connaissance sensible. La construction de ces signes peut elle-même dépendre d'un effet de réseau et de production sociale. Mais le lien empirique entre des processus cognitifs individuels, des effets microsociologiques et une dimension culturelle macro-sociale ne peut pas toujours être reconstitué concrètement.

Ces deux postulats nous ont amenés, au cours de notre enquête, à formuler une nouvelle hypothèse qui relativise la permanence de la quête du sens. Si la maladie ne peut se réduire à sa seule dimension biomédicale, il semble qu'elle ne nécessite pas non plus toujours une recherche de sens (7). Pour nous, la question est de savoir à partir de quel

⁽⁷⁾ Cette discontinuité dans la mobilisation sociale du sens n'est pas propre au domaine de la maladie. Nous avons retrouvé ce même phénomène dans d'autres domaines, comme celui du contrôle de la gestion de l'eau en milieu rural (cf D. Desjeux, 1985).

Evénement, de quelle situation, les individus mobilisent ou non une recherche de sens, et qu'est-ce qui fait que cette recherche est individuelle ou collective. C'est donc la situation, l'occasion, qui font qu'un événement demande une mobilisation sociale du sens. Cette mobilisation est elle-même conditionnée, organisée par la culture, ici au sens macrosocial, c'est à dire par l'axiologie, l'échelle d'évaluation de l'ordre ou du désordre, du bien ou du mal, du grave ou du bénin.

En choisissant la méthode des itinéraires, issue des analyses de la décision et fréquemment utilisée par les anthropologues de la maladie, nous essayons de ne pas postuler de pondération a priori entre les différents facteurs qui influencent le choix des itinéraires thérapeutiques.

Cela nous a permis de confirmer empiriquement que ce choix ne se construit pas autour d'une opposition entre tradition et modernité, mais que les familles utilisent tour à tour ou simultanément tous les itinéraires possibles : médecin, pharmacien, tradi-praticien, dispensaire ou automédication. Ceci est l'indicateur que familles et médecins ne forment qu'un seul système d'action concret et garantit donc, en terme méthodologique, le postulat de symétrie qui est le propre de l'analyse stratégique. Nous constatons notamment que pour tous les acteurs, les décisions sont prises sous contrainte.

L'ÉCART ENTRE PRÉCONISATION ET UTILISATION DES SRO: UN INDICATEUR DU JEUSOCIAL SOUS CONTRAINTE

La diarrhée dans les pays en voie de développement fait l'objet d'une campagne sanitaire publique de l'Organisation Mondiale de la Santé, plus ou moins massive selon les pays, et dont l'objectif est de sensibiliser la population aux dangers de la déshydratation de l'enfant. L'OMS préconise un traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation par voie orale (SRO), qui doivent être administrés selon un

protocole précis (par petites quantités, à la cuillère, et sur une durée d'une heure environ). Un des objectifs de notre enquête était de repérer la place de ce traitement spécifique dans l'ensemble des recours thérapeutiques, et de comprendre comment s'organisent la prescription médicale des SRO et leur adoption par la population.

L'enquête menée dans les quatre pays montre que la diarrhée n'est pas toujours considérée comme une maladie par les familles. Elle est même considérée comme un signe normal du développement de l'enfant en Egypte et en Chine ou comme un signe positif. En Thaïlande elle signifie notamment que le passage de l'enfant à la station assise puis debout s'est bien fait. Quand la diarrhée est repérée comme une maladie, elle est le plus souvent considérée comme une maladie banale et bénigne.

Toutes les sociétés distinguent cependant une diarrhée bénigne et une diarrhée grave. Chaque culture, voire chaque famille se construit une échelle de gravité, qui est donc variable. Ceci explique pourquoi certaines familles vont aller consulter aux premiers signes et d'autres après quinze jours de diarrhée. Cependant, les signes de la gravité sont dans les quatre pays associés à l'augmentation des selles, à une modification inquiétante du comportement de l'enfant (pleurs, faiblesse, refus de manger) et à l'apparition de nouveaux signes comme le sang. Quelle que soit la culture, la diarrhée n'est que rarement vécue de façon dramatique, au contraire des maladies comme le SIDA ou le cancer en Europe, par exemple, ou des maladies imputées à l'agression en Afrique. C'est bien une maladie "prosaïque".

Le fait que cette maladie soit considérée le plus souvent comme banale oblige les concepteurs des campagnes sanitaires publiques à dramatiser les dangers, qui sont réels, de la diarrhée infantile. L'information dramatique sensibilise les familles, mais crée en même temps une attente plus forte en matière de soins. La population souhaite notamment un médicament "prestigieux", et surtout un arrêt immédiat de la

fonction de ces attentes. Les familles choisissent de recourir alternativement à l'hôpital ou au dispensaire, à la médecine traditionnelle, au médecin privé (sauf en Chine où m'existe pas de médecine privée biomédicale) ou au pharmacien. Les médecins sont donc, dans certains pays, dans une situation de concurrence en matière de soins. Ceci pouera comme une contrainte pour eux au moment où ils denneront les médicaments.

L'observation des pratiques des acteurs tout au long de l'inéraire thérapeutique montre que tous, autant les médecins que les familles, sont soumis à une série d'incertitudes qu'il leur faut réduire. Dans le cas de la manhée, les SRO soignent la réhydratation. Mais les patients sont pas sensibles, car les résultats ne se voient pas médiatement. Les familles recherchent en priorité la suppression des signes visibles de la diarrhée : plus de selles fauides, plus de pleurs de l'enfant, plus de sang, etc...

De leur côté, les médecins sont dans une situation d'incertitude quant au diagnostic. Sans un examen de laboratoire, ils ne peuvent savoir de façon sûre si la diarrhée est bactérienne ou virale. Or l'examen de laboratoire n'est pas toujours possible pour des raisons de coût ou d'éloignement géographique. Ils sont aussi incertains quant à la fidélité de leur clientèle.

Ne tenant pas compte de ces contraintes, pour limiter les risques de prescription de médicaments dangereux pour les enfants, l'OMS préconise dans la plupart des cas l'utilisation des SRO sans aucun autre médicament d'accompagnement. Or l'observation et la reconstitution des pratiques font ressortir que pour les médecins privés et même publics, la base du traitement biomédical contre la diarrhée peut comprendre jusqu'à quatre ou cinq médicaments : un anti-diarrhéique, un anti-émétique, un médicament contre les accès de fièvre, souvent des antibiotiques et éventuellement des SRO.

De même en milieu familial, l'observation des pratiques d'utilisation des SRO, quand ils sont prescrits, montre que les familles ont du mal à appliquer les consignes d'utilisation. On constate par exemple que le sachet de sel est versé d'un seul coup dans le biberon et non pas donné à la petite cuillère pendant une durée plus longue. Les SRO ont donc une image négative auprès des familles du fait de leur inefficacité apparente, qui entre en contradiction avec les dangers annoncés par les campagnes d'information. La maman (ou la belle-mère pour l'Algérie) ne voit pas l'arrêt de la diarrhée. Il y a donc un écart entre les préconisations de l'OMS et la réalité des prescriptions médicales.

C'est cet écart qui est l'indicateur du jeu social entre les médecins et les familles et de l'existence de contraintes "invisibles" du seul point de vue de la raison médicale. Paradoxalement, l'efficacité et la validité scientifique, la simplicité de fabrication et le faible coût d'un traitement peuvent aller à l'encontre de sa diffusion élargie.

L'APPORT DES SCIENCES HUMAINES APPLIQUÉES

L'enquête anthropologique fait ressortir les conditions sociales de la diffusion des SRO, au-delà de la "raison médicale". Dans le cas de la diarrhée de l'enfant, pour que les SRO se diffusent, il faut cinq conditions, or une seule est atteinte : ils sont reconnus comme efficaces sur le plan scientifique. Les autres conditions sont absentes. Une condition culturelle: les familles doivent considérer la diarrhée comme une maladie. Or, comme nous l'avons vu, ce n'est pas toujours le cas pour la diarrhée. Une condition sémiologique : les signes de l'efficacité du traitement doivent être visibles pour les familles. Or, les SRO n'arrêtent pas la diarrhée, signe de la maladie pour les familles. Une condition stratégique : le traitement ne doit pas menacer les médecins dans leur compétence. Or, les SRO créent une menace sur la confiance que leurs clients peuvent leur témoigner. Une condition informative: la communication ne doit pas faire maladie et l'aspect banal du traitement. Or, les SRO se présentent dans un emballage et sous une forme qui ne "font pas sérieux" aux yeux des familles et qui sont dévalorisants aux yeux des médecins.

L'apport des sciences humaines pour des médecins apparaît ici plus clairement: montrer les "bonnes raisons" eles patients concernés par une action ou une intervention médicale ont de l'accepter, de la refuser ou de la réinterpréter. L'application ne porte pas sur "comment faire pour mieux manipuler les usagers", car ceci est très difficile à aux croyances de certains realiser, contrairement professionnels de la communication et aux présupposés de certains chercheurs. L'hypothèse en terme d'action, est qu'une solution a d'autant plus de chance de réussir que les "décideurs" ne postulent pas au départ les conditions sociales ou les moyens technologiques qu'il faut mettre en place, tels que la participation de la population, le caractère traditionnel d'une technique ou l'aspect "high tech" d'un médicament, woire même le sens qui serait le plus vrai ou le plus adapté à la culture des acteurs, mais qu'ils postulent que les comportements des acteurs sont en partie adaptés à leur système de contraintes, cette adaptation n'étant pas forcément consciente ni voulue. Cette hypothèse laisse aussi les acteurs "libres" de fonctionner socialement avec des finalités différentes. L'objectif est de préserver le sens que chacun donne à son action en favorisant la négociation ou les préconisations qui portent sur les remises en cause acceptables par chacun (8). Il est possible que la participation

⁽⁸⁾ L'expérience que nous avons des animations de groupe montre cependant que ce qui est de l'ordre de l'identité, du sens, des fins ou de la culture est beaucoup plus compliqué à négocier que ce qui est de l'ordre des contraintes. Mais paradoxalement, l'expérience montre aussi qu'il est plus simple, dans une interaction, d'exprimer du sens ou des principes que les contraintes qui pèsent sur chacun. En effet, partir du sens c'est se protéger en posant d'emblée son altérité, partir des contraintes de la réalité c'est se découvrir en montrant ce qui est éventuellement négociable, ce qui demande de posséder de bons atouts. Le plus "rationnel", si les acteurs veulent limiter leur risque de perdre, est donc de se positionner au niveau du sens.

de la population soit une solution ou qu'un médicament traditionnel soit le bon choix, mais seule la situation peut le déterminer. Les populations choisissent alternativement des solutions "traditionnelles" ou "modernes".

Ici, les médecins et les familles sont d'accord pour lutter contre la diarrhée. Le chercheur n'a donc pas à remettre en cause les objectifs que se sont fixés les acteurs eux-mêmes, sauf problème de conscience majeur, ce qui ne paraît pas le cas de la diarrhée. La préconisation ne partira donc pas d'une solution *a priori* mais d'une analyse des systèmes d'arbitrage de chacun.

MÉTHODOLOGIE D'ENQUETE

Notre enquête s'est déroulée dans des zones urbaines de quatre pays : Algérie, Thaïlande, Egypte et République Populaire de Chine.

Elle a porté sur les familles et les enfants, représentant le cœur de l'étude, mais aussi sur les thérapeutes quel que soit le système dont ils se réclament (biomédecine ou tradition), les distributeurs de médicaments (pharmaciens, herboristes...) et dans la mesure du possible sur les structures institutionnelles (ministères de la Santé, organisations internationales...).

Nous avons cherché à comprendre quelles perceptions les différents groupes d'acteurs avaient de la diarrhée de l'enfant, et quelles représentations y étaient attachées. Ce travail nous a permis ensuite de mieux appréhender les actions qu'ils décident de mettre en œuvre lors de l'avènement d'un épisode de diarrhée, en fonction des contraintes et des intérêts qui structurent le contexte culturel et social dans lequel ils évoluent.

Dans un premier temps, notre approche a été de reconstituer les "itinéraires thérapeutiques" suivis par les familles concernées par un épisode de diarrhée de l'enfant. La démarche consiste à suivre un phénomène social, depuis sa "source" (ici la reconnaissance des signes de diarrhée)

jusqu'à son "aboutissement" (la résolution du problème de farrhée). Elle permet d'élucider et de reconstruire :

- les objectifs recherchés par les acteurs sociaux (il s'agit certes de la guérison de la diarrhée, mais aussi éventuellement d'objectifs intermédiaires, tels que la reconnaissance de la maladie par l'entourage ou la recherche d'un soin);

- les arbitrages qu'ils effectuent à chaque étape de ces minéraires (choix entre différents soins ou différents recours...);

- les signes par lesquels ils reconnaissent la réalisation de ces objectifs (hospitalisation de l'enfant ou obtention d'un médicament).

Dans un second temps (et essentiellement pour les cas de l'Algérie et dans une moindre mesure de la Thaïlande), nous avons tenté de comprendre les pratiques des professionnels de santé, en partant de l'hypothèse que leur pratique quotidienne dépasse le seul cadre de la rationalité scientifique dans lequel elle s'inscrit.

Partant d'hypothèses et d'une problématique communes, Tenquête 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 familles (D. Desjeux, 1990; A. Le Palec, 1990; M. Mebtoul, 1989; J. Simongiovani, 1989). Il s'agissait donc d'approfondir les données qui avaient déjà été recueillies, et de mieux comprendre le fonctionnement du système médical et institutionnel.

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, il a été possible de bénéficier 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 M. Mebtoul, par la convention inter-universitaire Paris V - Oran

Es-Senia). Le suivi scientifique sur le terrain a été assuré par D. Desjeux et S. Taponier.

En revanche, les études en Chine et en Egypte se sont déroulées sans collaboration scientifique sur place, et sans structure d'accueil. Il s'agissait en effet de poser les jalons d'une recherche pluriannuelle du type de celle effectuée en Algérie, et de recueillir les premières données d'un travail cumulatif.

Les sites d'étude 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 Chine.

L'approche que nous avons développée privilégie une méthodologie qualitative, qui, à partir de l'observation des pratiques et d'entretiens semi-directifs et approfondis, cherche à replacer un phénomène dans son contexte social et culturel. Pour chaque pays, entre quarante et soixante-dix entretiens, effectués soit dans la langue locale (Chine et Egypte), soit grâce au recours d'un interprète (Algérie et Thaïlande), ont été obtenus en fin de compte, pendant les mois de juin, juillet et août 1991.

Les entretiens avec les professionnels de la santé ont été, le plus souvent, effectués sur les lieux de travail. En ce qui concerne les familles, il s'agissait de prendre contact dans les lieux de soins, hôpitaux 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 son contexte habituel le discours des acteurs.