

PERSONNELS DE SANTE ET POPULATIONS FACE A L'EXPERIENCE ORDINAIRE DES FIEVRES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

M.E. GRUENAI

Med Trop 2003; **63** : 271-275

RESUME • En Afrique subsaharienne, La fièvre constitue une expérience ordinaire, tant pour les populations que pour les personnels de santé. Or le même terme « paludisme », qui est connu et utilisé par tous (les populations, les personnels paramédicaux, les médecins, etc.), peut donner l'illusion d'une convergence de perception de la part de chaque type de locuteurs, alors qu'il renvoie souvent à des conceptions fort différentes. En fait, si le lien entre fièvre-paludisme et moustique est généralement établi, celui-ci est souvent très lâche et très instable: la fièvre peut être considérée comme un épisode normal à un certain stade de développement de la grossesse ou de l'enfant; la fièvre peut être imputée au moustique, mais aussi à bien d'autres éléments de l'environnement; la routine des activités des personnels de santé des structures de première ligne rend souvent difficile l'adaptation de leurs pratiques aux nouvelles directives. La relation fièvre-paludisme-moustique est en fait informée par toute une série d'expériences et de messages sanitaires dont les populations et les personnels de santé doivent réaliser eux-mêmes la synthèse. En fait, cette relation se construit et se reconstruit parfois à partir d'une compréhension minimale de catégories médicales; la rencontre entre connaissances populaires, connaissances médicales et connaissances des personnels de santé se fait alors souvent autour d'un très petit dénominateur commun (fièvre-paludisme) qui se situe à l'intersection d'expériences issues de registres très disparates.

MOTS-CLES • Fièvre - Conceptions populaires - Personnels de santé - Prescription - Afrique subsaharienne.

PERCEPTION OF THE COMMON EXPERIENCE OF FEVER BY HEALTH CARE PROVIDERS AND POPULATION IN SUB-SAHARAN AFRICA

ABSTRACT • In Sub-Saharan Africa fever is a common experience for the population and health care personnel. However widespread use of the term "malaria" by the population, paramedical personnel, physicians, etc. leads to the false impression of agreement among everyone despite the fact that it is applied to completely different concepts. Although the connection between malarial fever and mosquito bites is generally understood, it is often weak and unstable. Fever can be considered as a normal episode at some stages of pregnancy or childhood development. Fever may be attributed to mosquitoes but also to other environmental factors. The routine activities of health care personnel in frontline health facilities often makes it difficult to adapt practices to new guidelines. The relationship between malaria and mosquitoes is determined by a whole series of experiences and health messages that the population and health care workers must assimilate in the same way. In fact this relation is sometimes constructed and reconstructed based on a minimal understanding of medical categories. The meeting between the knowledge of the population, physicians, and paramedical population often depends on the smallest common denominator (fever = malaria) at the intersection of very different experiences.

KEY WORDS • Fever – Popular conceptions – Health care personnel – Prescription – Sub-Saharan Africa.

La fièvre constitue une expérience ordinaire, tant pour les populations que pour les personnels de santé, et en zone d'endémie palustre, tous les personnels de santé et les populations ont tôt fait d'établir une équation entre fièvre et paludisme. Une telle équation peut paraître d'autant plus légitime que le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique, notamment pour les enfants de moins de 5 ans; et qu'il est aussi la première cause d'hospitalisation et de contact avec les structures de soins. Or de ces constats empiriques que tout un chacun peut faire dans n'importe quel pays d'Afrique subsaharienne, on en déduit généralement que le paludisme est conçu comme une entité nosologique discrète, qui fait figure de risque connu et ressenti, et qu'une amélioration des connaissances et des pratiques pourrait permettre d'endiguer. Or, c'est sans doute la très ancienne et la très com-

mune expérience, tant des populations que des personnels de santé, des fièvres et du paludisme qui rend particulièrement complexe la prise en charge et la prévention de l'endémie palustre. En fait, la rencontre entre connaissances populaires, connaissances médicales et connaissances des personnels de santé se réalise autour d'un très petit dénominateur commun (fièvre = paludisme) qui se situe à l'intersection d'expériences issues de registres très disparates.

CONSTRUCTIONS DE REPRESENTATIONS ET DE PRATIQUES POPULAIRES AUTOUR DE L'EXPERIENCE ORDINAIRE DES FIEVRES

Les termes « palu », pour les pays d'Afrique francophone, ou « malaria », pour les pays d'Afrique anglophone, sont bien connus des populations et sont très largement intégrés aux lexiques locaux, y compris dans le lexique de locuteurs non francophones ou non anglophones. Il ne faut cependant pas en conclure que tous les risques associés au paludisme soient identifiés par les populations.

• Travail de l'IRD/Shadyc (M.E.G., Anthropologue, Directeur de recherche et Directeur de l'UR «Socio-anthropologie de la santé», Marseille, France.

• Correspondance : M.E. GRUENAI, IRD/Shadyc, Marseille, France. • Fax : +33 (0) 4 91 91 34 01 • E-mail : guenais@ehess.cnrs-mrs.fr •

Si les termes « palu » ou « malaria » sont connus, ils ne recouvrent pas en fait toutes les formes des accès palustres, et surtout ne renvoient pas toujours aux formes graves. Une étude menée en Tanzanie (1) a montré à partir d'entretiens réalisés auprès de sages femmes et de mères de jeunes enfants que le paludisme n'était pas reconnu comme un problème lors de la grossesse, et la fièvre durant la grossesse n'était pas identifiée comme *homa ya malaria* (la « fièvre du paludisme »), appellation locale pour désigner le paludisme, les populations distinguant plusieurs types de fièvres (*homa*) dont la fièvre du paludisme. Et les auteurs de cette étude de poursuivre que la surveillance de ce qui est désigné comme étant le « paludisme », donc parfois envisagé comme une situation ordinaire, n'apparaissait pas alors comme une priorité. Ainsi, fort logiquement, la banalisation du paludisme, qui se manifesterait notamment par l'inclusion du terme dans les lexiques locaux, serait directement proportionnelle à une réduction de la perception de la gravité des risques, sachant par ailleurs que « local illness terms are in a constant state of flux, so that [les liens entre paludisme et risques identifiés] that make sense now might be entirely inappropriate in a few years » (ibid. : 1063). Il s'agit là certes d'hypothèses qu'il conviendrait de confirmer dans d'autres contextes ; cette étude a néanmoins le mérite de rappeler combien un même signifiant (« paludisme ») utilisé par des types de locuteurs différents (les populations, les personnels de santé, les parasitologues) peuvent avoir des signifiés qui ne coïncident que très peu ; dès lors, l'utilisation d'un même signifiant peut donner l'illusion d'une convergence de perception de la part de chaque type de locuteurs mais qui en fait désignent par un même terme emprunté au vocabulaire médical des réalités très différentes.

C'est dire aussi combien les conceptions populaires des maladies ne sont pas coulées une fois pour toute dans des systèmes de représentations traditionnelles, mais se construisent et se reconstruisent, parfois à partir d'une compréhension minimale de catégories médicales, à l'aune de conceptions populaires. Dès lors, on constate souvent qu'il n'y a aucune contradiction entre des catégories médicales appropriées par les populations, l'efficacité reconnue de traitements médicaux dispensés dans des structures de soins officiels, et des réinterprétations qui viennent ancrer ces « morceaux » du paradigme médical dans des registres populaires plus larges qui peuvent éventuellement faire intervenir des entités causales de toute nature (que d'aucuns appellent « magico-religieuses »). Ainsi la chaîne « moustique-fièvre-paludisme-traitement par des antipaludéens » peut être considérée comme valable pour le plus grand nombre, mais ne constituer en fait qu'une partie d'un registre de nomination et d'interprétation de manifestations des symptômes bien peu spécifiques du paludisme.

Il faut également rappeler que ce que l'on appelle aujourd'hui « les populations (africaines) » ont toujours entendu des messages de toute nature diffusés par toute sorte de media (personnels de santé, radio, télévision et aujourd'hui la presse) sur une multitude de problèmes de santé : péril fécal, hygiène, nutrition, IST, maladies para-

sitaires, etc. Chaque nouveau programme apporte ses nouveaux messages de prévention. Par ailleurs, les messages se rapportant à un même risque évoluent dans le temps. Le paludisme est très certainement une des pathologies à propos de laquelle il y eut le plus grand nombre de messages depuis le plus longtemps et se référant aux domaines les plus variés : organisation de l'espace domestique (mesures plus ou moins autoritaires pour traquer tous les récipients susceptibles de retenir l'eau, coupe de l'herbe aux alentours immédiats des habitations, utilisation de moustiquaires), entomologie (utilisation massive, puis limitée aux maisons d'habitation, d'insecticides divers), médicament (prophylaxie systématique, puis sélective pour différents groupes « à risque »). Les populations sont notamment les destinataires de messages spécifiquement dédiés au paludisme qui viennent se surajouter à tous les autres types de message se rapportant à d'autres pathologies et qui mettent également en avant la nécessité d'une meilleure gestion de l'environnement immédiat. « Les populations » tentent alors naturellement de faire la synthèse. Quoi de plus « rationnel » alors, par exemple, d'entendre que pour prévenir le paludisme aux Comores, il convient de ne pas boire de l'eau qui a été contenue dans des citernes non recouvertes, celle-ci étant soupçonnées de favoriser le développement de micro-organismes (de « petits vers », nous a-t-on dit) qui transmettent le paludisme. Il est bien difficile de connaître l'origine de ce type d'affirmation, mais il est vraisemblable qu'elle procède d'une reconstruction synthétique à partir de différents messages ayant trait à l'environnement et à la santé.

Les représentations collectives dont les dynamiques se développent à partir d'un ensemble de registres distincts sont loin d'être toujours également partagées. Plus exactement, les expériences individuelles peuvent venir singulièrement modifier l'appréhension des risques et l'adoption des mesures de prévention. Un voyageur habitué à fréquenter des zones d'endémie palustre prendra ou ne prendra pas de prophylaxie en connaissance de cause, et reconnaîtra rapidement des symptômes évocateurs d'un accès palustre ; le touriste, « naïf » de toute expérience du paludisme, tendra au contraire à suivre scrupuleusement les conseils des services de médecine à destination des voyageurs et, confiant en l'efficacité de la prophylaxie, ne songera pas nécessairement à un accès palustre en cas de fièvre après un retour d'une zone impaludée. La susceptibilité au risque d'infection palustre diffère selon que les individus vivent dans une zone à transmission continue ou saisonnière. Certains individus se targuent de ne jamais avoir été victimes d'un accès palustre. Toutes ces situations, liées à des expériences individuelles spécifiques, à des différences liées à des faciès épidémiologiques spécifiques, à un rapport particulier à soi, quel que soit le système de représentations auquel on adhère, viendront modifier les perceptions du risque et partant, vraisemblablement, l'adhésion aux mesures de prévention disponibles.

Cependant, les individus ne sont pas seuls à choisir. La prise de décision individuelle se nourrit aussi de l'expérience des autres, surtout si la parole de l'autre fait auto-

rité. Celui qui a expérimenté à plusieurs reprises un accès palustre, l'aîné(e) qui s'adresse à un(e) cadet(te), auront a priori une parole soit crédible, soit que l'on est contraint de suivre au risque d'une situation conflictuelle. Mais, c'est aussi la mauvaise ou la bonne expérience de la relation avec un personnel de santé qui pourra influencer sur la décision d'adopter un comportement particulier. Par exemple, il existe fréquemment des savoirs familiaux sur des plantes réputées soigner les fièvres et que l'on cultive dans les parcelles ; face aux expériences déplaisantes que tout un chacun a vécu en se rendant dans une structure de soins (mauvais accueil, racket, difficulté d'accès aux traitements prescrits), l'insistance d'une parente âgée pour soigner la fièvre d'un jeune enfant de la cour en utilisant certaines plantes emportera la décision du recours selon toute vraisemblance.

Néanmoins, tout ce qui peut venir influencer sur le rapport à la maladie et qui ressortit à la dynamique des systèmes de représentations et des situations individuelles, ne doit pas faire oublier l'importance des déterminants socio-économiques qui viennent limiter les choix. Quelles que soient les représentations qui recueillent l'adhésion, quelles que soient les expériences individuelles, il est à l'évidence plus facile de faire face à la maladie, lorsque l'on dispose du niveau de vie suffisant pour avoir accès aux différents dispositifs proposés.

LES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES DES PERSONNELS DE SANTE

La fièvre est une expérience tout aussi ordinaire pour les personnels de santé que pour les populations, et l'équation fièvre=paludisme est établie par les premiers tout aussi rapidement que les secondes, en conduisant alors à prescrire des traitements contre le paludisme. Cet état de fait risque à l'évidence de trouver une légitimité accrue avec l'adoption de la stratégie des traitements dits « présumptifs » dès qu'une fièvre est constatée. Or, faut-il rappeler ici que toutes les fièvres ne sont pas dues au paludisme, surtout chez les très jeunes enfants¹ ; dès lors, que vont traiter réellement les personnels de santé ?

Une enquête menée au Ghana portant sur 3590 patients externes ayant fréquenté 40 centres de santé en 1994, en vue de la mise en place d'un programme de formation pour l'amélioration de la prescription pour le paludisme a révélé que pour 70 % des consultants soignés pour fièvre, la température n'avait pas été prise. Parmi les 30 % restant, seule la moitié avait une température supérieure à 37,5°C. Pour la moitié des patients, un traitement avait été prescrit sans qu'aucun diagnostic n'ait été posé ; pour l'autre moitié, avait été posé un diagnostic de paludisme. Tous les patients avaient cependant été traités avec de la chloroquine. Le nombre de médicaments prescrits variait de 1 à 12, et 85 % de l'ensemble des patients avait reçu une injection ; ce sont les enfants qui se voyaient le plus souvent prescrire une injection, alors que les adultes étaient plutôt sous-traités (2). Dans d'autres contextes, en revanche,

la dissociation entre fièvre et paludisme est établie a priori, comme au Malawi, où apparemment sans davantage de justification, seule la moitié des enfants et des adultes identifiés dans les structures comme ayant de la fièvre reçoivent un traitement anti-palustre (3). En fait, que les usagers des structures de soins soient « sur-traités » ou « sous-traités », ce sont les situations d'imprécision du diagnostic qui dominent, y compris en milieu hospitalier, et cela parfois en pénalisant financièrement les malades : une étude sur l'hospitalisation d'enfants dans un hôpital de Dakar (1991-1992) a révélé que le diagnostic de paludisme présumé, basé sur les éléments cliniques, a été posé chez 218 patients mais seuls 76 d'entre eux répondaient aux critères de définition, le taux d'erreur par excès atteignant 70 % (5) ; les auteurs de cette étude précisent que le contexte d'urgence dans lequel évolue les médecins les oblige à mettre en route une série d'examen complémentaires qui leur permet d'affiner leurs méthodes de diagnostic ; il en résulte un surcoût économique pour les patients². La question qu'il convient alors sans doute de se poser à propos des pratiques des personnels de santé est de même nature que celle que nous posions au sujet des usagers : qu'est-ce qui vient informer les personnels de santé pour leur prise de décision ? Trois niveaux de registre, au moins, peuvent être distingués : les recommandations, les formations, les contraintes de l'environnement de travail.

Les recommandations en matière de prévention et de traitement contre le paludisme ne cessent de se modifier, et parfois en très peu de temps. Les programmes de lutte contre le paludisme sont passés du paradigme de « l'éradication », à celui du « contrôle » pour aboutir aujourd'hui à l'hypothèse de travail du « recul » de l'endémie palustre ; de la prophylaxie systématique par la chloroquine, on en vient aujourd'hui à la stratégie du traitement présomptif (« préventif » pourrait-on dire) et intermittent pour des groupes vulnérables. Ces stratégies successivement validées au niveau international se fondent sur des avancées scientifiques qui, bien naturellement, ne font pas toujours l'objet d'un consensus dans le milieu académique. Tout aussi naturellement, il y a bien aussi un décalage entre les résultats des recherches et l'adoption de recommandations internationales, les deux sphères étant relativement autonomes. La mise en place du « bon traitement », dans les contextes de résistances aujourd'hui partout attestés en Afrique subsaharienne à des degrés divers, requiert une connaissance particulièrement fine de l'efficacité des molécules disponibles en fonction du contexte épidémiologique spécifique de la région d'intervention. Les programmes nationaux, eu égard, d'une part, au niveau de développement des systèmes de santé, et d'autre part aux contraintes propres à la mise en place d'une politique publique sur l'ensemble d'un territoire national sont loin d'être en mesure de pouvoir mettre en œuvre les dispositifs thérapeutiques qu'imposeraient les différents faciès épidémiologiques identifiés dans un même pays.

En d'autres termes, les programmes nationaux ont leur propre logique de politique publique, avec leur propre histoire et leur inertie spécifique qui les amènent à des adap-

tations des recommandations internationales et à des prises en compte variables des avancées scientifiques. La principale contrainte est alors notamment le niveau de développement des systèmes de santé au niveau local qui impose l'adoption de mesures pragmatiques qui, du point de vue scientifique pourraient faire figure de « cote mal taillée », dont la stratégie du traitement présomptif, encore une fois, est sans doute la meilleure illustration : en l'absence de moyens diagnostics sûrs au niveau local, et face aux risques liés aux résistances et à la menace évidemment réelle que fait peser l'endémie palustre, mieux vaut prendre traiter alors éventuellement « pour rien »³. Découvertes scientifiques, recommandations internationales, pragmatisme imposé par le niveau de développement et de performance des systèmes de santé nationaux et locaux, soit trois registres qui ressortissent à des dynamiques distincts et qui viennent informer les décisions, s'adressent, au bout de la chaîne, à des personnels de santé qui prescrivent et qui, en acte, doivent faire la synthèse de toutes ces informations qu'ils ont à confronter à leurs expériences professionnelles.

Ces personnels de santé qui font face aux fièvres, ce sont surtout ceux travaillant dans les structures de première ligne. Parmi ceux-ci, on trouve des personnels de tout statut avec les qualifications les plus variées, depuis les médecins qui parfois, comme au Mali ou dans des villes du Cameroun, par exemple, dirigent des centres de santé, jusqu'aux auxiliaires de santé, formés « sur le tas », dans des centres publics, privés ou confessionnels et qui ont souvent un accès limité à l'information relative aux nouvelles stratégies thérapeutiques. Ces différents personnels qui auront à prescrire ont donc reçu chacun des formations initiales très différentes et ont installé leurs pratiques dans des routines spécifiques à leur corps de métier et à leurs conditions de travail. Certes, en général, ces personnels bénéficient pour la plupart de formations qui ont pour but de disséminer les nouvelles normes et les nouveaux standards. Mais ces formations tiennent-elles toujours compte des conditions de travail réelles des personnels ? Par exemple, comment parvenir à rendre accessible des nouveaux traitements ou mettre en œuvre de nouveaux schémas thérapeutiques alors que l'on sait, qu'à la suite de la généralisation du système de recouvrement des coûts et de la gestion des dépôts pharmaceutiques des centres de santé par les comités de gestion, les personnels peuvent être limités dans leur action par la « surveillance » exercée par la communauté ? En d'autres termes, les changements doivent aussi être approuvés par le comité de gestion qui veille sur la gestion du dépôt pharmaceutique et sur son réapprovisionnement. Les personnels de santé sont-ils toujours formés aux dispositions à prendre face à la mauvaise tolérance de patients de certains médicaments (on peut penser ici aux intolérances aux sulfamides) ? C'est de l'organisation du contexte de travail dont il s'agit ici.

Toute innovation se heurte nécessairement aux acquis de l'expérience, et, classiquement, les cliniciens manifestent toujours, peu ou prou, une certaine défiance à l'égard des découvertes académiques, et privilégient la satisfaction de leurs patients. Ainsi, une étude, portant sur 435 médecins aux Etats-Unis (6) à propos de la prescription

d'un antibiotique à large spectre et d'un analgésique relativement onéreux et à l'efficacité non prouvée, a montré que les médecins pouvaient prescrire ces traitements, parfois relativement dangereux, en toute connaissance de cause : les raisons invoquées sont la réponse à la demande des patients et la fidélisation de leur clientèle face à la concurrence, mais aussi la connaissance du clinicien des traitements « qui marchent ». A l'évidence, ce type de raisonnement est à l'œuvre dans le recours privilégié aux injections en première intention, surtout pour les enfants : traitement facile à administrer (par rapport aux formes orales au goût déplaisant), mode d'administration particulièrement valorisé par les patients, rapidité d'action. Ici, les mises en garde face à la démesure de la prescription en première intention, au coût élevé du traitement, et aux risques spécifiques liées à la pratique de l'injection sont rarement entendues face aux « acquis de l'expérience ».

Il convient ici de rappeler combien la routinisation des actes, qui va de paire avec quelques libertés prises par rapport aux formations formelles reçues, est largement constitutive de ce que l'on appelle « le métier ». Or cette routine s'acquiert aussi dans l'interaction des personnels avec leurs collègues. Comme dans toute organisation, dans les structures de soins les agents ne sont ni seuls, ni totalement libres face aux décisions à prendre et cela, quels que soient leurs compétences et leurs savoirs. Plus précisément, par exemple, un nouvel agent de santé, peut-être le plus au fait des nouvelles stratégies thérapeutiques, a-t-il le mal à mettre en pratique son savoir face à la figure d'autorité représentée par un agent de santé plus ancien, qui sera peu enclin à changer sa pratique et à accepter qu'un plus jeune puisse, par une pratique nouvelle, remettre en cause son savoir faire. Il s'agit là d'un mécanisme bien connu qui conduit un nouvel agent, pour toutes sortes de raisons⁴, à « rentrer dans le rang ».

D'une manière générale, bien souvent, dans les structures de soins, les relations entre usagers et personnels de santé semblent se caractériser par un minimum, voire une absence, d'interaction verbale, ce qui ne facilite évidemment pas la compréhension que les premiers devraient avoir de leur maladie et de leur traitement pour une guérison plus efficace. Or, à la lecture de ce que nous avons précisé ci-dessus, ce silence dans la relation singulière entre le praticien et le patient est souvent assourdissant. Patients et personnels de santé entrent en relation chacun avec leurs expériences, leurs représentations, sans doute d'autant plus fluides et instables qu'elles se sont constituées à partir d'une synthèse de savoirs de différentes natures, dont des savoirs médicaux non unifiés, à propos d'un événement bien ordinaire (celui de la fièvre), sachant que toute interaction est toujours peu ou prou une mise en relation de positions statutaires.

REFERENCES

- 1 - WINCH PJ, MAKEMBA KSR et Coll - Local terminology for febrile illness in Baga moyo District, Tanzania and its impact on the design of a community-based malaria control programme. *Social Science and Medicine* 1996; 42 : 1057-1067.

- 2 - OFORI-ADJE D, ARHINFUL DK - Effect of training on the management of malaria by medical assistants in Ghana. *Social Science and Medicine* 1996 ; **42** : 1169-1176.
- 3 - MACHESO A, NYASULU Y, ZIBA O *et Coll* - Malaria knowledge, attitudes and practices in Malawi : policy implications for the National Malaria Control Program. *Trop Med Parasitol* 1994 ; **45** : 80-81.
- 4 - KITUA AY, SMITH T, ALONSO PL *et Coll* - *Plasmodium falciparum* in the first year of life in an area of intense and perennial transmission. *Trop Med Int Health* 1996 ; **1** : 475-484.
- 5 - FAYE O, N'DIR O - Charge en soins et coûts directs liés à l'hospitalisation des neuropaludismes de l'enfant sénégalais. Etude de 76 cas à l'hôpital Albert-Royer de Dakar en 1991-1992. *Cahiers Sante* 1995 ; **5** : 315-318.
- 6 - SCHWARTZ RK, SOUMERAI SB, AVORN J - Physician motivations for non-scientific drug prescribing. *Social Science and Medicine* 1989 ; **28** : 577-582.

- 1 - *Les premières infections sanguines néonatales apparaissent dès le premier mois de vie, mais les densités parasitaires restent faibles et les accès palustres sont rares avant l'âge de quatre mois (Kitua et al, 1996).*
- 2 - *Une telle situation de recherche tout azimut des causes du mal et qui entraîne un coût économique important pour les patients et leur entourage n'est bien évidemment nullement spécifique au paludisme.*
- 3 - *Notre intention ici n'est nullement de remettre en cause le bien fondé de la démarche ; il s'agit uniquement de souligner les différences de logiques qui président à la prise de décision en fonction du référent privilégié.*
- 4 - *Eviter les conflits avec un aîné toujours néfaste au contexte de travail, risque de sanction par un supérieur hiérarchique, valorisation de l'expérience des plus anciens, etc.*