

LES APPORTS DE L'ANTHROPOLOGIE SOCIALE A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Y. JAFFRE

Med Trop 2003 ; 63 : 276-281

RESUME • La majorité des pays d'endémie palustre a mis en œuvre des programmes nationaux de lutte. Cependant, il faut constater que le poids du paludisme n'a pratiquement pas changé dans les zones où sa transmission était la plus élevée, notamment en Afrique. On y assiste au développement de formes de résistances aux antipaludéens laissant supposer que l'adéquation entre la plainte et le traitement n'est pas aussi régulière qu'il le faudrait, les moustiquaires et les rideaux imprégnés d'insecticide sont insuffisamment utilisés et l'approche verticale de ces problèmes désorganise un fragile système de santé. Une approche anthropologique peut aider à la résolution de ces problèmes. Cinq propositions résument cet apport : (1) améliorer l'intercompréhension entre soignants et population en décrivant les systèmes populaires d'interprétation de la maladie ; (2) décrire l'offre de soins et les pratiques populaires de traitement, pour comprendre les logiques d'accès aux soins ; (3) analyser l'enchaînement des mesures préventives préconisées dans des conduites sociales comme les «manières de lit» afin de pouvoir tenir compte des modalités d'appropriations des innovations proposées ; (4) améliorer les interactions entre soignants et soignés en s'interrogeant sur les catégories morales locales (5) réduire les effets pervers d'une trop grande «verticalisation» des programmes en favorisant les possibilités de synthèses des projets par collectivités et les administrations locales. En initiant un travail sur ces dysfonctionnements, des formations initiales et permanentes pluridisciplinaires pourraient permettre d'améliorer la situation actuelle.

MOTS-CLES • Paludisme - Anthropologie - Afrique de l'Ouest.

CONTRIBUTION OF SOCIAL ANTHROPOLOGY TO CONTROL OF MALARIA

ABSTRACT • Most countries with endemic malaria have implemented national control programs. However there has been practically no change in the burden caused by malaria in zones of highest transmission, especially in Africa. Development of forms resistant to antimalarial agents suggests that adaptation of the treatment to the disease has not been adequately monitored, that insecticide-impregnated bednets and screens have not been used sufficiently and that the vertical approach to these problems has destabilized a fragile health care system. Application of social anthropology could help to resolve these problems. The five main areas in which social anthropology could make a positive contribution can be summarized as follows: (1) improving mutual understanding between the population and health care providers by describing popular systems for interpreting the disease; (2) describing available care services and popular healing practices as a means of understanding the reasoning underlying access to care; (3) analysing the implications of recommended preventive measures for social behavior (e.g. "bed manners") that must take into account the modalities of appropriation of the proposed innovations; (4) improving the relationship between care givers and patients by evaluating local moral perceptions; and (5) reducing the adverse effects of oververticalization of control programs by promoting opportunities for synthesis with projects initiated by community groups and local officials. By undertaking work on these problem areas, preliminary and permanent pluridisciplinary teams could improve the current situation.

KEY WORDS • Malaria – Anthropology – West Africa.

Pour vaincre le paludisme, ou tout au moins en limiter les effets morbides, les stratégies de lutte s'appuient globalement sur trois objectifs impliquant de vastes domaines d'activités, auxquels correspondent malheureusement autant de difficultés spécifiques.

Il faut, tout d'abord, aider à l'établissement d'un diagnostic précoce qui permette la prise en charge prompte et adéquate de la maladie. Outre les bénéfiques thérapeutiques d'une telle démarche, elle doit aussi assurer une indispensable observance du traitement. Mais on assiste cependant au développement de formes de résistances aux antipaludéens laissant supposer que l'adéquation entre la plainte et le traitement n'est pas aussi régulière qu'il le faudrait.

Il faut ensuite planifier et mettre en œuvre des mesures de préventions sélectives et viables, notamment

pour ce qui concerne les groupes « à risque » comme les femmes enceintes. Pour cela, les moustiquaires et les rideaux imprégnés d'insecticide utilisés depuis quelques années semblent constituer un moyen efficace. Mais ils sont cependant peu utilisés en Afrique.

Enfin, la mise en œuvre de programmes adaptés aux contextes nationaux, doit permettre de renforcer les capacités locales de lutte et de recherche. Des plans d'actions ont été élaborés dans 80 % des pays d'endémie paludique, mais ils s'affrontent aux difficultés précédemment évoquées.

Certes, grâce aux campagnes d'éducation pour la santé et à une amélioration globale de l'enseignement, on peut observer une réelle amélioration des connaissances concernant notamment le rôle du moustique et l'intérêt des moustiquaires. Mais ces nouveaux savoirs n'induisent pas «automatiquement» de nouvelles pratiques. Connaître n'est pas faire ...

L'ensemble des difficultés que nous venons d'évoquer explique largement que, même dans les pays où les actions préconisées par les organisations internationales ont

• Travail de l'IRD/ShadyC (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales), Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, France.

• Correspondance : Y. JAFFRE, SHADYC, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, France • E-mail : jaffre@ehess.cnrs-mrs.fr •

été mises en œuvre, on ne peut constater de véritables résultats positifs que ce soit selon des critères d'efficacité ou selon des mesures d'efficience. Et il faut malheureusement constater que «le poids du paludisme n'a pratiquement pas changé dans les zones où sa transmission était la plus élevée, notamment en Afrique» (1).

Face à ces difficultés, l'anthropologie ne peut donner aucune leçon, et encore moins «dénoncer» ce qui a souvent été courageusement entrepris par les équipes médicales. Par contre, cette discipline peut, en analysant autrement ces difficultés, tenter d'aider à les résoudre.

Tout d'abord les outils qualitatifs doivent permettre de rendre compte de la manière dont les populations catégorisent et perçoivent la maladie dans leurs langues et systèmes de sens. Ensuite, elle doit aider à analyser les raisons des conduites des acteurs sociaux : s'ils n'ont pas médicalement raison d'agir comme ils le font, ils n'agissent cependant pas sans «raisons». Enfin les sciences sociales engagent à comprendre des logiques comportementales des populations en mettant en relation des conduites ayant un impact sur la santé avec de plus vastes contraintes sociales et politiques.

Si l'on s'accorde sur ces larges hypothèses et sur cette posture particulière de l'anthropologie consistant à penser les questions du point de vue de l'autre, de ses raisons et de ses contraintes, il nous semble possible de distinguer cinq types d'objectifs correspondant à autant de questions et larges propositions d'actions.

CINQ PROPOSITIONS DE RECHERCHES ET D'ACTIONS

Proposition 1

On ne peut prendre en charge une population sans la connaître. En conséquence, pour améliorer l'accès aux soins et l'observance du traitement, il faut comprendre et analyser les systèmes d'interprétation populaires de la maladie.

De nombreuses recherches d'anthropologie sociale se sont attachées à rendre compte des représentations profanes d'un ensemble de symptômes évoquant le paludisme et à comprendre comment une langue, et la culture qu'elle reflète et détermine, découpe selon des traits spécifiques ce domaine pathologique. Certes il ne s'agit là que d'ethnolinguistique. Mais cette démarche est utile pour les praticiens de santé publique, puisqu'elle permet de constituer des sortes de lexiques des pathologies ressenties mettant en relation des termes vernaculaires avec des symptômes qui, d'un point de vue médical, peuvent évoquer un paludisme. Comment dialoguer et mener un interrogatoire clinique sans se comprendre ?

Ce travail sur la traduction est indispensable, y compris pour les personnels natifs, puisque entre les systèmes d'interprétation populaires et scientifiques de la maladie, les écarts sont importants. En effet, la nosologie médicale est très largement élaborée en fonction de l'étiologie, et, pour cela, certains syndromes peuvent regrouper des symptômes apparemment dissemblables. Par contre, les «savoirs

populaires» s'attachent préférentiellement au visible et au ressenti, et rassemblent généralement sous un seul terme les troubles qui se ressemblent. La classification est alors principalement d'ordre sémiologique et souvent leurrée par la complexité des processus pathologiques¹.

Concernant l'Afrique de l'Ouest, de nombreux travaux ont illustré ces écarts entre les champs sémantiques des discours scientifiques articulés en français ou en anglais et les conceptions profanes principalement exprimées dans les langues africaines. Par exemple, au Burkina Faso, Bonnet (2) souligne que la nosologie mooré subsume sous plusieurs entités pathologiques (l'hyperthermie et les céphalées, des problèmes hépatiques et des nausées) qui, d'un point de vue médical, constitueraient des symptômes du seul paludisme.

Outre cette compréhensible focalisation sur les expressions de la maladie, l'empirisme populaire conduit aussi à classer les troubles en fonction de leur fréquence et de leur répartition dans le temps et selon le climat... Au Mali, en langue bambara, certaines fièvres sont ainsi nommées *sumaya* (lit. fraîcheur) (3, 4). Au Niger, en langue zarma, on dira *heemar ize* signifiant littéralement fils de la saison des récoltes. Au Sénégal, en langue wolof, on évoquera *sibidu* exprimant l'idée d'un «retour de la maladie».

Face à ces symptômes, les explications causales - les étiologies populaires - sont variables. Elles sont cependant très largement «prosaïques» et empiriques, construites sur le visible ou le ressenti. Elles sont, par exemple, largement induites par la physiologie lorsqu'elles incriminent comme principales «raisons» de l'affection, un excès de consommation d'aliments gras, huileux, lourds ou sucrés comme les mangues. L'effet - les sensations d'écoeurement liées au cycle du parasite - prend ici la place de la cause. Plus marginalement, on incrimine aussi des modifications écologiques liées à la saison des pluies (odeur du jeune mil) et parfois, en «ouvrant» sur des questions socio-religieuses, la faiblesse du corps et de «l'âme» de l'enfant.

Enfin, le processus d'aggravation de ces pathologies ressenties est pensé sur le mode d'un «durcissement» de la maladie initiale : dans le temps, la maladie change, se transforme et par exemple le *sumaya* peut devenir du *sumaya kògòlen* (*sumaya durci*) voire évoluer vers *sayi* (ictère)².

Bref, le paludisme n'ayant pas de signe pathognomonique, les différences sont particulièrement fortes entre les champs sémantiques des représentations populaires et les discriminations causales qu'opèrent les connaissances scientifiques.

Il ne s'agit pas ici uniquement d'une description exotique ou scientifique. Fort concrètement, ces divergences sociolinguistiques ne sont pas sans conséquences sanitaires.

Tout d'abord, puisque des symptômes comme la fièvre, des frissons, des courbatures ou des céphalées, communs au paludisme et à divers troubles infantiles bénins sont subsumés sous de mêmes termes, ils sont de ce fait semblablement pensés. Disons-le simplement, ces fréquentes maladies infantiles et celles du «corps chaud» se terminent souvent bien (6). Un article indique, par exemple, que ce n'est que dans 1 % des cas que les fièvres d'origine palustre

évoluent vers un accès grave (7). Dès lors ces affections sont socialement banalisées.

Deuxièmement, les différences entre la symptomatologie des fièvres et des convulsions qui accompagnent fréquemment les accès pernicieux font qu'il n'y a pas, d'un point de vue populaire, de continuité entre ce que la médecine considère comme deux moments correspondant à l'aggravation d'une seule pathologie. Dans les langues africaines, cette disjonction est attestée par l'existence de termes différents pour désigner une fièvre «banale» et des crises convulsives (par exemple, en langue bambara, *kòndò* - convulsion - est distinguée de *sumaya*). Ces dernières sont d'ailleurs souvent, du fait de leur phénoménologie et de l'importance des systèmes d'interprétations usant de raisonnements analogiques, attribuées à des entités naturelles (oiseaux à cause du battement des ailes) ou surnaturelles (génies et diables, capture du double, etc.).

Ces divers étiquetages linguistiques des affections induisent des conduites de soins et expliquent notamment que la maladie dans son aspect initial de fièvre est peu génératrice d'anxiété. L'accès des populations aux services de santé dépend de cette conception de la maladie et des conceptions physiologiques populaires construisant les notions de risque, de gravité et d'aggravation.

Proposition 2

Les conduites de soins des populations correspondent à des choix parmi les «offres disponibles». Il faut donc les connaître pour améliorer l'accès des malades aux services de santé.

Les conduites de soins sont donc en grande partie régies par les systèmes d'interprétations populaires de la maladie. Mais ce premier faisceau de caractéristiques se conjugue à d'autres, et principalement à la multiplicité des offres de santé, pour expliquer la spécificité des conduites des populations.

En effet, au plus banal, on observe partout un véritable travail de santé des mères qui outre des aspects d'hygiène et de nutrition correspond aussi à une forte automédication. Les produits thérapeutiques étant en vente libre, et puisqu'il faut réduire autant que possible les dépenses, les familles utilisent largement les médicaments disponibles qu'il s'agisse de «feuilles» ou des «restes» des traitements d'anciennes pathologies. Ces conduites sont d'autant plus fréquentes que les économies familiales sont largement régies par les diverses dimensions affectives des échanges pécuniaires. Par exemple, la signification sociale d'une demande d'argent peut largement excéder sa simple valeur d'échange et refléter des rivalités entre des copieuses essayant d'éduquer et de soigner leurs enfants sans «ennuyer leur mari» avec d'incessantes demandes pour les soins. Pour ces raisons et pour d'autres du même domaine social, il faut donc se «débrouiller à moindres frais»...

Pour cela, les «pharmacies par terre» sont largement utilisées. Pour les populations, tout plaide en leur faveur. Elles allient une intercompréhension entre vendeur et acheteur quant aux nominations des pathologies, une proximité géographique, l'immédiateté de la délivrance du produit,

une apparente modicité de la dépense économique, et une large autonomie des conduites des malades (8).

Par ailleurs, plus que quelques guérisseurs, l'offre informelle de santé inclut massivement tout un secteur «moderne» constitué par des étudiants en médecine, des médecins au chômage, des infirmiers, voire toute personne ayant eu un contact avec le secteur de la santé et sachant faire une injection. Ces acteurs illégaux, mais connus et tolérés, usent largement, sans aucun diagnostic préalable, des injections et des perfusions. Ils profitent ainsi à des fins mercantiles d'une demande sociale valorisant un «traitement direct à l'intérieur du corps». Une nouvelle fois soulignons combien les conséquences sanitaires de ces pratiques sont importantes et combien cette «débouillardise populaire» est au plus proche des problèmes de la chimio-résistance.

Par ailleurs, les itinéraires de santé conjuguent l'ensemble de ces contraintes de façon cohérente et pragmatique. Simplement ces logiques comportementales résultent des négociations entre les interprétations du mal, les contraintes économiques et affectives, les aléas des offres et la mobilisation de catégories cognitives permettant de penser la maladie et son aggravation. En termes de santé publique, ces quelques remarques indiquent qu'on ne transformera pas ces conduites quotidiennes par d'uniques et bavardes «sensibilisations», mais parce que d'autres solutions plus économiques et socialement adaptées seront proposées.

Proposition 3

Les conduites des populations ayant un impact sur la santé ne sont pas, du point de vue de ces acteurs, des conduites à finalités sanitaires. Il en résulte que l'adoption des propositions préventives dépend d'un ensemble de facteurs, non pas uniquement médicaux, mais aussi sociaux.

Les pratiques populaires pour éviter la nuisance des moustiques (et bien évidemment pas uniquement des anophèles) sont nombreuses : fumigations, feu de feuilles vertes à l'entrée des cases, serpentins, bombes insecticides, produits repoussant les moustiques. Ici c'est la nuisance visible et ressentie qui est visée.

Médicalement, la principale prévention proposée est la moustiquaire, si possible imprégnée. Mais, pour comprendre ses usages, il faut décrire comment cette innovation technique vient s'enchâsser dans de plus vastes ensembles affectifs et comportementaux, comme une sorte de greffe qui peut «prendre» ou être rejetée, le plus souvent en modifiant sa structure originelle. Les populations réorientent les propositions des vulgarisateurs, principalement parce que bien des conduites ayant un impact sur la santé ne sont pas de leur point de vue des conduites ayant une finalité sanitaire. Les conseils médicaux de prévention viennent donc s'insérer dans un ensemble de conduites régies par d'autres formes de rationalité.

C'est ainsi qu'à juste raison sanitaire, les programmes préconisent l'usage des moustiquaires. Mais, d'un point de vue social, c'est ainsi parler des «manières de lit» : des schèmes d'action incorporés, des normes culturelles qui

règlent l'endormissement et font qu'il semble naturel de dormir ou de partager sa couche d'une certaine manière. Par exemple, en Afrique subsaharienne, les manières de lit de langage et de cuisine sont liées (9), et, dans des couples polygames, la femme qui cuisine sera aussi «de lit». De même le sommeil de l'enfant est l'objet d'attention et de protection. Pour cela, il somnole souvent, sur une natte à l'air libre, auprès de ses parents durant la veillée et dort ensuite, la nuit étant bien avancée, avec sa mère.

Il s'agit aussi des modes d'utilisation des espaces. Dans l'Afrique rurale, la chambre et le lit ne sont pas toujours des espaces «autonomisés» correspondant à une activité spécifique. Et si en Europe à chaque activité correspond un espace, en Afrique il s'agit souvent (en milieu rural) d'une superposition d'aires fonctionnelles sur un même espace. On mange, on balaye, et on peut dormir sur le même espace.

Et puis fort simplement, la taille de la famille, et le nombre de personnes logées par pièces (parfois des familles de 50 personnes dans une seule unité d'habitation et plus de 10 personnes par pièces) et le nouvel usage des toits en tôle font qu'on ne peut dormir à l'intérieur et surtout pas sous une moustiquaire...

Bref, au fil des jours, des raisons affectives, liées à la parenté, au statut de l'enfant ou aux architectures locales déconstruisent et effilochent la cohérence théorique des «messages» sanitaires. Les propositions préventives sont remodelées par le cours ordinaire des choses : jeux des enfants qui déchirent les moustiquaires, chaleur trop grande qui fait qu'on ne dort pas dans la case, intimité sexuelle qui impose l'éloignement des enfants, usages de lits en lattes entre lesquelles s'insinuent les moustiques, droit d'aînesse autoisant l'appropriation de la moustiquaire par les anciens... Pour progresser il faut donc étudier, dans leurs contextes, ces «micro-dispositifs» liant, par exemple, l'aïssance économique, le pouvoir d'agir et des schémas d'action incorporés. Plus qu'à une naïve consécution des actes par des représentations, les comportements résultent des juxtapositions de ces contraintes contradictoires et des diverses «collusions» entre des normes de conduites appartenant à divers domaines sociaux³.

Ces «habitus», normes et gestes du quotidien, construisent un mode de vie. Et c'est pour cela que les moustiquaires imprégnées sont utilisées dans le cadre de programmes restreints - lorsque le projet joue le rôle d'un rappel à l'ordre des nouvelles normes proposées - mais que leur efficacité diminue lorsque les gestes nouveaux que cette innovation impose sont érodés, phagocytés par les automatismes des conduites quotidiennes.

Proposition 4

L'observance étant liée à la qualité de la relation entre les soignants et les soignés, il est indispensable d'analyser la qualité objective, mais aussi ressentie, de l'offre sanitaire.

Depuis quelques années des études anthropologiques ont souligné, à partir de descriptions précises, que diverses pratiques de violences corrodent la qualité des

interactions entre les populations et les personnels de santé (11, 12). De longues et inutiles attentes, la négligence, des consultations hâtives, et de régulières pratiques de corruption sont malheureusement souvent la règle de fonctionnement de structures de soins qui se présentent pour les malades comme des espaces «inhospitaliers» (13). «Le patient entre dans la salle de consultation, on lui demande pourquoi il vient, il déclare qu'il a mal à la tête, on lui donne des comprimés d'aspirine, sans pratiquer la moindre anamnèse, ni réaliser le moindre examen physique; les mesures du temps de consultation montrent d'ailleurs fréquemment des durées inférieures à la minute» (14). Dialogue de sourds et traitement à l'aveuglette, comment imaginer que la prescription soit pertinente et scrupuleusement observée ?

Il ne servirait à rien «d'instruire à charge» contre les personnels. Il importe par contre, de comprendre les raisons de ces conduites - insuffisance des salaires, manque de matériel impossibilité de prendre en charge «toute la misère du monde», etc. - afin de les améliorer (15). Mais, en termes d'action sanitaire, il faut souligner combien ces pratiques sont préjudiciables aux malades et les éloignent des services. Combien, autant que sensibiliser les populations il importe d'aider à la construction d'une déontologie pour les personnels.

Proposition 5

Chaque programme de santé définit des objectifs spécifiques. Mais chaque pays ou collectivité «bénéficiant» de plusieurs projets, on ne peut comprendre les «réponses» de ces acteurs aux propositions sanitaires sans analyser les synthèses qu'ils opèrent entre les multiples objectifs dont ils sont «la cible».

Soyons réalistes et soulignons donc tout d'abord - comme dans ces jeux de société où d'un interlocuteur à l'autre le message est transformé et perd peu à peu de son sens - que les vastes objectifs définis par les organisations internationales ou les programmes centraux, se traduisent, à l'échelle des pays, par un ensemble d'actions simples et régulières : des formations de formateurs sur les stratégies de lutte, des élaborations de documents pour des politiques nationales, l'organisation de séminaires, la formation d'agents aux techniques d'imprégnation des moustiquaires, l'élaboration de stratégies de vulgarisation des moustiquaires et des rideaux... Actions souvent «routinisées» et qui perdent ainsi leurs forces.

Elles sont aussi incluses dans des stratégies économiques individuelles ayant comme but essentiel, chacun tâchant de survivre, de maximiser les ressources des agents des ONG ou des administrations. Ces phénomènes de recherche des gains que procurent les projets désorganisent parfois les services de santé en incitant les personnels de santé à proposer leurs services à «plusieurs guichets». On «verticalise» l'action aux dépens d'une action plus globale.

Par ailleurs, à juste raison, chaque programme souhaite atteindre ses objectifs souvent définis en fonction d'une vision médico-épidémiologiques du problème à

résoudre : vulnérabilité de certains aspects de la maladie, mesures préventives à mettre en œuvre... Cela est légitime et indispensable. Mais, si ces programmes sont amnésiques et se pensent solitairement, les populations ont, par contre, de la mémoire : souvenir des anciens projets, de l'attitude de leurs agents, des promesses faites et parfois non tenues. Bien des « réponses » des collectivités s'expliquent plus par cette histoire récente que par de soit disant « obstacles culturels ».

De même une collectivité est souvent, en un même temps, l'objet de plusieurs projets (SIDA, diarrhée, nutrition, vaccination, paludisme, etc.) sans qu'aucune instance ne fasse la synthèse de leurs diverses actions et propositions sanitaires. Les populations doivent donc en effectuer seules les synthèses. Elles font souvent cela sous la forme de syllogismes énonçant, par exemple, que puisque la vaccination protège de certaines maladies néfastes à la mère et au fœtus, et que le paludisme (palu, *sumaya*, etc.) est une maladie néfaste à la mère et au fœtus, lorsqu'on a été vacciné (en fait contre le tétanos) c'était donc contre le palu... Bref, personne ne se comprend.

Les conceptions sanitaires profanes proviennent largement de ces multiples synthèses qu'opèrent les populations parmi divers « messages » sanitaires et informations provenant de multiples domaines : radio, journaux, publicité, films, etc. Au-delà du seul thème du paludisme, la question des effets produits par cette segmentation des actions sanitaires reste donc posée. Plus largement, elle débouche sur la question des politiques de santé et des capacités d'harmonisation et de synthèse des états, ou tout au moins des ministères de la santé des Etats en voie de développement⁴.

AGIR SUR LE PRINCIPAL «FACTEUR MODIFIABLE»

A l'issue de ce bref parcours, quelques conclusions simples s'imposent. Tout d'abord, si l'on souhaite être compris par ceux à qui l'on s'adresse, il est indispensable de connaître leurs « horizons d'attentes » : les systèmes sémantiques qui constituent les matrices d'accueil des nouvelles informations (17). Ces catégories de pensées ne sont ni communautaires ni traditionnelles mais, autour de quelques notions partagées, plurielles et inscrites dans l'histoire.

Ces « conceptions populaires » ne sont pas non plus d'infranchissables « obstacles ». En effet, elles évoluent rapidement lorsque des possibilités techniques ou une offre de santé de qualité viennent les rendre caduques. C'est dire que l'éducation de santé - qui consiste à faire exister socialement de la maladie objectivée par les connaissances médicales - ne peut se limiter à transmettre des messages, mais doit surtout s'attacher à proposer des solutions socialement adaptées aux contextes rencontrés : type d'habitat, rapports aux nuisances, normes comportementales, etc.

Mais il faut surtout travailler à améliorer l'offre de soins, et aider le principal facteur modifiable de ces inter-

actions sanitaires que sont les professionnels de santé, à modifier leurs pratiques.

Pour cela, il faut que leur formation intègre les diverses dimensions sociales, linguistiques et affectives de l'acte thérapeutique. Non pas uniquement comme « un plus » que l'on pourrait éventuellement ajouter à une consultation sous la forme d'une parole accueillante, mais en situant ces dimensions au cœur de la prise en charge thérapeutique.

Pour cela, il ne s'agit pas de saupoudrer un peu de sciences sociales dans les cursus de formation des médecins. Il faut, par contre, y introduire une véritable pluridisciplinarité, et montrer combien ces aspects sociaux sont indispensables au respect du malade, mais aussi à sa stricte prise en charge thérapeutique⁵. Ces disciplines de l'analyse sociale doivent être intégrées dans les formations initiales, mais aussi permanentes afin d'initier les étudiants à analyser les conduites de leurs patients, mais aussi afin que les personnels prennent l'habitude d'analyser leurs pratiques d'eux-mêmes les points de vue des malades. Une petite innovation qui ne coûte rien et « qui peut rapporter gros » ... Pour l'initier, l'anthropologie pourrait collaborer utilement avec les disciplines médicales.

Remerciements • Nous remercions le programme PAL+ qui a permis l'élaboration de cette réflexion.

REFERENCES

- 1 - AUBRY P - Paludisme actualité, 2003, [http:// médecine tropicale.free.fr/cours/paludisme.htm](http://medecine.tropicale.free.fr/cours/paludisme.htm)
- 2 - BONNET D - Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina, ORSTOM, Ouagadougou, 1986, 64 p.
- 3 - JAFFRE Y - Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers Sante* 1991 ; **1** : 406-414
- 4 - ROGER M - *Sumaya* dans la région de Sikasso : une entité en évolution. In « BRUNET-JAILLY - Se soigner au Mali ». Karthala ed, Paris, 1993, pp 83-125.
- 5 - JAFFRE Y, OLIVIER DE SARDAN JP - La construction sociale des maladies. PUF ed, Paris, 2000, 380 p
- 6 - GESSLER MC, MSUYA DE, NKUNYA MHH *et Coll* - Traditional Healer in Tanzania : the perception of malaria and its causes. *Journal of Ethnopharmacology* 1995 ; **48** : 119-130.
- 7 - BREWSTER DR, KWIATKOWSKI D, WHITE NJ - Neurological sequelae of cerebral malaria in children. *Lancet* 1990 ; **336** : 1039-1043.
- 8 - JAFFRE Y - Farmacie cittadine, farmacie «per terra». *Africa e mediterraneo* 1999 ; **1** : 31-36.
- 9 - POUILLON J - Manières de table, manières de lit, manières de langage. *Nouvelle Revue de psychanalyse* 1972 ; **6** : 9-27.
- 10 - VIGARELLO G - Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge. Seuil ed, Paris, 1985, 286 p.
- 11 - JAFFRE Y, PRUAL A - Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med* 1994 ; **38** : 1069-1073.
- 12 - JEWKES R, NAEEMAHA, ZODUMO M - Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med* 1998 ; **47** : 1781-1795.

Les apports de l'anthropologie sociale à la lutte contre le paludisme

- 13 - JAFFRE Y, OLIVIER DE SARDAN JP - Une médecine « inhospitalière ». Les dysfonctionnements des centres de santé en Afrique de l'Ouest. Karthala, Paris (sous presse)
- 14 - FASSIN D - Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines. In « AÍACH P, FASSIN D - Les métiers de la santé ». Anthropol ed, Paris, 1994, pp 339-363.
- 15 - JAFFRE Y - Anthropologie et hygiène hospitalière. In « Bonnet D, Jaffre Y - Les maladies de passage, transmissions hygiènes et préventions en Afrique de l'Ouest ». Karthala ed, Paris, (sous presse).
- 16 - WILLIAMS HA, JONES C, ALILIO M *et Coll* - The contribution of social science research to malaria prevention control. *Bull WHO* 2002; **80** : 251-252.
- 17 - JAUSS HR - Pour une esthétique de la réception. Gallimard ed, Paris, 1978, 333p.
-
- 1 - Comment, par exemple réunir en une seule entité les diverses expressions d'une syphilis, comment ne pas confondre certaines douleurs articulaires avec celles que cause la drépanocytose ?
- 2 - Sur toutes ces questions des nosologies, des physiologies et des classifications populaires des maladies en Afrique de l'Ouest, nous renvoyons à Jaffré et Olivier de Sardan (5).
- 3 - Soulignons que dans le domaine européen des historiens comme Vigarello (10) soulignent qu'il « faut bouleverser la hiérarchie des catégories de référence : ce ne sont pas les hygiénistes, par exemple, qui dictent les critères de propreté au XVIIe siècle, mais les auteurs de livres de bienséance ; les praticiens des mœurs, et non les savants ».
- 4 - Nous ne faisons ici que préciser, ou illustrer sur quelques points, ce que soulignent d'autres auteurs (16) : « The essence of a medical anthropological perspective is an appreciation of the complexity of culture and the realization that specific aspects such as health beliefs and behaviours cannot be understood in isolation but need to be looked at in relation to their larger historical, economic, social, political and geographical contexts. Applied medical anthropological research strives to understand the often competing dynamics that shape the various contexts important to diseases such as malaria ».
- 5 - Par exemple, mettre en place des cours abordant les pathologies tropicales depuis l'écologie, l'entomologie jusqu'aux sciences sociales, la nutrition ou la santé maternelle, depuis l'endocrinologie jusqu'à l'anthropologie et l'économie...