



UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

(Ex Université de Bouaké)

UFR Communication Milieu et
Société Département d'Anthropologie
et de Sociologie

Perception et Attitude face aux Maladies Tropicales Négligées (MTN) à Taabo (Région des lagunes Côte d'Ivoire)

THÈSE NOUVEAU RÉGIME

Pour l'obtention du Grade de Docteur en
Sociologie Option : Sociologie de la santé

Présentée par :

IRIGO Gbété Jean Martin

Directeur de Thèse : **KOUAKOU N'Guessan François**, Professeur des Universités

JURY

M AKINDES Francis	Sociologue, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara	Président
M. KOUAKOU N'Guessan François	Sociologue, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara	Directeur de Thèse
M. ELIEZER Kouakou N'goran	Parasitologue, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny	Membre
M. DJAH Dadié Celestin	Littéraire, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara	Membre
M. ABE N'doumy Noël	Sociologue, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara	Membre
M. KONE Issiaka	Sociologue, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara	Membre

SOMMAIRE

Résumé.....	iii
Liste des sigles et abréviations.....	v
Tables des illustrations.....	vii
Cartes et Photos.....	ix
Remerciements.....	xi
Introduction générale.....	1
Cadre théorique de la recherche.....	1
Cadre Méthodologique de la recherche.....	45
Première partie: Les MTN: Morbidité, approche scientifique et Construction communautaire.....	88
Chapitre i: Morbidité et approche scientifique des MTN.....	89
Chapitre ii: Construction communautaire des MTN.....	122
Chapitre iii: La diversification des constructions dénominales et des schèmes causaux.....	149
Deuxième partie: Perception et déterminants de la gravité de la maladie.....	173
Chapitre iv: La perception populaire de la gravité des MTN.....	174
Chapitre v: Attitude populaire face à la causalité et aux complications organiques des MTN.....	207
Chapitre vi : La construction sociale de la gravité des MTN.....	236
Troisième partie : Ressources médicamenteuses, Pratiques de soins et stratégies d'utilisation des catégories thérapeutiques locales.....	254
Chapitre vii: Attitude face à la morbidité redoutée.....	255
Chapitre viii: Stratégies communautaires de prise en charge des MTN en rapport avec les catégories locales de soins.....	285
Chapitre ix: Les déterminants sociaux des options thérapeutiques.....	309
Conclusion générale.....	341
Bibliographie.....	361
Table des matières.....	385
Annexes.....	393

Résumé

Les maladies tropicales négligées (MTN) représentées par la bilharziose urogénitale, l'onchocercose, les verminoses intestinales, l'ulcère de buruli et la filariose lymphatique en plus du paludisme et de la fièvre typhoïde constituent la charge la plus importante de la morbidité ivoirienne. Cependant si ces maladies sont présentes sur toute l'étendue du territoire nationale, elles sont vécues avec plus d'acuité dans certaines régions dont Taabo. La présente étude tente d'évaluer le niveau de connaissance de ces maladies et d'analyser la perception et l'attitude des populations de cette zone. Dans ces populations, elle a ainsi pu mettre en évidence que deux paradigmes étiologiques sont rattachés à ces maladies. Elles sont soit imputées au modèle causale empirique, soit aux croyances magico-religieuses locales. Un glissement étiologique entre les deux paradigmes est parfois observé selon que la maladie résiste au modèle de soins pratiqué. Lorsqu'elles font l'expérience desdites maladies, les populations recourent à trois (3) catégories de soins de façon individuelle ou conjointement. Dans ce pluralisme médical, le choix opéré est loin de procéder du hasard.

Mots-clés : MTN, représentations sociales, perception de la gravité, attitude, pluralisme médical, soins traditionnels, Biomédecine, automédication, itinéraire de soins, taxinomie, déterminants du recours de soins.

Abstract:

Neglected Tropical Diseases (NTD) including urogenital bilharziasis, onchocerciasis, intestinal verminosis, Buruli ulcer, and lymphatic filariasis, to which we add malaria and typhoid fever are all the most important causes of morbidity in Côte d'Ivoire. Although these diseases are found everywhere on the whole national scale, they are most acutely noticed in some regions of nation. The present study purports to assess the degree at which people know about these diseases, and analyses the way they are viewed by the populations living in the area of Taabo. This study has revealed that concerning the population of Taabo, there are two etiological paradigms related to these diseases. When people are caught by these diseases, they resort to three (3) sorts of treatments by choosing one of these treatments or the three of them in a simultaneous way. These treatments include medical cares institutions, traditional cares, and profane therapeutic practices. In this medical pluralism, the choice made by a person is far from being the result of chance.

Keys-word: NTD, social representations, view of the seriousness, attitude, medical pluralism, traditional treatments, medical cares institutions, self-medication, treatment stages, taxonomy, care recourse determinants.

Liste des sigles et abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ASC : Agent de Santé Communautaire

AVB : Aménagement dans la Vallée du Bandama

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CERAP : Centre de Recherche et d'Actions pour la Paix

CFA : Communauté Financière Africaine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMA : Christian Missionary Alliance

COOPEC : Coopérative d'Epargne et de Crédit

CSP : Code de Santé Publique

CSRS : Centre Suisse de Recherche Scientifique

DIPE : Direction de la Planification et de l'Evaluation

DSS : Demographic Surveillance feasibility Study

ENPI : Entité Nosologique Populaire Interne

FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population

GOT : Groupe Organisateur de Thérapie

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEP : Inspection de l'Enseignement Primaire

INSP : Institut National de Santé Publique

IRA : Infection Respiratoire Aiguë

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITS : Institut Tropical Suisse

MAP : Medical Assistance Programm

MDMSCS : Ministère Délégué auprès du Ministère de la Santé Chargé de la Solidarité

MSHP : Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique

MTN : Maladies Tropicales Négligées

NTD : Topical Neglected Desases

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PLCO : Programme de Lutte Contre l'Onchocercose

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLUB : Programme National de Lutte Contre l'Ulcère de Buruli

PNN : Programme de Nationale Nutrition

PNPMT : Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SCB : Société de Commercialisation de la Banane

SODECI : Société de Distribution d'Eau en Côte d'Ivoire

TPS : Tradipraticien de Santé

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

Tables des illustrations

Figures

Figure1: Répartition de la charge de morbidité liée aux MTN dans l'aire sanitaire de Taabo cité sur la période 2006-2007-2008.....	5
Figure 2: Diagramme des concepts opératoires et leur inter- liens.....	21
Figure 3: Cadre conceptuel de l'étude.....	44
Figure 4 : Évolution du nombre de cas d'onchocercose en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008.....	91
Figure 5: Evolution du nombre de cas de bilharziose urinaire en Côte d'Ivoire entre 2001 2008.....	98
Figure 6 : Évolution du nombre de cas d'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008.....	107
Figure 7: Évolution du nombre de cas de paludisme dans la population générale en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008.....	111
Figure 8: Conception populaire de la situation morbide par rapport à la situation géographique du barrage.....	181
Figure 9: Modèle d'hiérarchisation des maladies récurrentes (% de toutes ces maladies, quelles est celle que vous redoutez le plus ?)	190
Figure 10 : Évaluation de la gravité des MTN par la population globale.....	192
Figure 11: Connaissance du mode de transmission des MTN dans la population globale.....	211
Figure 12 : Proportion des indicateurs de gravité de la maladie.....	251
Figure 13: Choix des ressources médicamenteuses utilisées face à l'état de morbidité redouté à Taabo.....	265
Figure 14: Schématisation de l'itinéraire de soins des malades d'ulcère de buruli de Taabo.....	303
Figure 15: Schématisation de la politique nationale de lutte contre l'ulcère de buruli et ses implications sur les bénéficiaires.....	332

Tableaux

Tableau1: Récapitulatif des infrastructures de développement de la sous-préfecture de Taabo.....	55
Tableau 2: Estimation du nombre de ménages et de la taille de la population par localité.....	72
Tableau 3: Répartition des enquêtés par questionnaire selon les localités.....	74
Tableau 4: Répartition des répondants de l'enquête qualitative par catégorie sociale...	78
Tableau 5: récapitulatif du champ lexical des MTN.....	158
Tableau 6: Récapitulatif des références étiologiques communautaires des MTN à Taabo.....	163
Tableau 7: Identification populaire des maladies récurrentes dans la zone d'étude...	177
Tableau 8: Maladies récurrentes identifiées selon la zone d'habitation.....	179
Tableau 9: Perception des maladies fréquentes dans la population globale.....	189
Tableau10: Rapport âge/ perception des MTN.....	198
Tableau 11: Évaluation des MTN selon la zone d'habitation.....	199
Tableau.12: Rapport perception des MTN / groupes d'appartenance ethnique.....	201
Tableau 13: Rapport perception des MTN / niveau d'instruction des enquêtés.....	202
Tableau 14: Rapport mode de transmission des MTN/zone d'habitation.....	213
Tableau.15: Rapport groupe d'appartenance ethnique / mode de transmission des MTN.....	216
Tableau 16: Rapport mode de transmission/niveau d'instruction des enquêtés.....	219
Tableau 17: Connaissance des conséquences médicales des MTN dans la population globale.....	221
Tableau.18: Rapport connaissance de l'impact médical des MTN/zone d'habitation..	223
Tableau 19: Rapport niveau d'instruction/connaissance des conséquences médicales des MTN.....	225
Tableau 20: Rapport groupe d'appartenance ethnique/connaissance de l'impact médical des MTN.....	227
Tableau 21: Rapport zone d'habitation/ressources de soins.....	268
Tableau 22: Rapport âge des répondants/ ressources de soins.....	269
Tableau 23: Rapport groupe d'appartenance ethnique/ressources de soins.....	271
Tableau 24: Rapport niveaux d'instruction / pratiques de soins.....	273
Tableau 25: Tarification des examens médicaux à l'hôpital général de Taabo.....	322
Tableau 26: Tarification des actes de transport dans la sous-préfecture de Taabo.....	326

Cartes et Photos

Cartes

Carte1: Carte de la zone d'étude.....	68
Carte 2: carte sanitaire de Taabo.....	324

Photos

Photo 1: Une marre à usage multiple de Sokrogbo.....	184
Photo 2: activité domestique réalisée dans le lac de Taabo cité.....	184
Photo 3: Vue d'une rue de la cité ouvrière de Taabo cité.....	186
Photo 4: Vue d'une rue avec un bloc de lieux d'aisance de la cité ouvrière de Taabo cité.....	187
Photo 5 Vue d'un membre supérieur handicapé par l'ulcère de buruli.....	241
Photo 6: Vue d'un membre inférieur handicapé par l'ulcère de buruli	242
Photo 7 : Vue d'un commerce à l'étalage de médicaments pharmaceutiques à Amanimenou.....	280
Photo 8 : Vue d'un étalage de médicaments traditionnels au Marché de Taabo cité ..	281
Photo 9: Vue d'une clinique chinoise sise à Taabo cité.....	283
Photos 10 et 11: Des vues du thérapeute K. K. B. de Kotiéssou avec ses produits.....	297
Photo12: Monsson 1, utilisé comme anti-inflammatoire pour empêche la plaie de s'élargir.....	301
Photo 13: Monsson 2, utilisé comme antalgique.....	301
Photo 14: Une vue du pansement obtenu après application des produits ci-dessus présentés.....	302

À tous ceux qui nous ont soutenus

Remerciements

Au moment où nous parachevons cette thèse, nous ressentons un besoin réel de témoigner de l'incalculable soutien d'institutions et personnes qui ont contribué à sa réalisation. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre profonde gratitude à travers ces quelques lignes.

Concernant les institutions, nous pensons :

-à l'université de Bouaké et particulièrement à la filière santé du département de Sociologie et d'Anthropologie. Dans le cadre d'un partenariat scientifique avec le CSRS, nous avons bénéficié d'une grosse expérience du travail d'équipe et de la recherche de terrain. Que toutes les personnes qui ont facilité cette collaboration trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

-au CSRS et au projet DSS dont les soutiens logistiques et matériels nous ont été d'un intérêt incalculable, merci de nous avoir tendu la main au moment où nous en avions le plus besoin.

- aux chefferies, notabilités et personnels soignants (traditionnels et modernes) de Taabo qui en plus de nous avoir offert leur hospitalité chacune des fois où nous les avons sollicités, ont prêté une oreille attentive à nos différentes préoccupations non sans nous gratifier chaque fois de leurs bénédictions. Nous éviterons ici d'établir une liste exhaustive de tous ces soutiens locaux de crainte de commettre quelques omissions. Que ces modestes lignes soient l'expression de notre infinie reconnaissance.

Pour ce qui est des personnes, nous voudrions infiniment remercier :

-le professeur *KOUAKOU N'GUESSAN FRANÇOIS* qui a bien voulu accepter de diriger nos travaux de recherche depuis le DEA. Durant toutes ces années, nous avons ressenti une fierté véritable de nous réclamer de votre encadrement chacune des fois où la question nous été posée,

-le professeur *ABE N'DOUMY NOËL* et le docteur *KOUAKOU BAH JEAN-PIERRE* qui nous ont associé à cette équipe de recherche sur les maladies négligées. Nous avons trouvé au sein de cette équipe un cadre de travail et de saine éclosion intellectuelle durant ces longues séances de formation à la recherche. Nous espérons avoir répondu à vos attentes sinon sachez que nous avons donné le meilleur de nous-mêmes pour,

-le professeur *AKINDÈS FRANÇIS* dont les séminaires méthodologiques nous ont permis de découvrir d'autres manières de faire la sociologie et d'apprécier cette discipline,

- nos parents et amis *IRIGO DELO STEPHANE*, *ZIBOH SIAGBE FULGENCE* et le professeur *GOGBE TERE*, maître de conférences à l'université Félix Houphouët Boigny de Cocody, *KOFFI BRUCE* et *GBAH MAHAN FREDERIQUE* dont la disponibilité a été sans faille à chacune de nos sollicitations durant tout notre cursus universitaire,

-les docteurs *COULIBALY IBRAHIMA*, *KOUASSI DESIRE* et *FOFANA MOUSSA* assistants au département de sociologie et d'Anthropologie de l'université de Bouaké pour leurs lectures critiques et encouragements ;

- nos camarades *COULIBALY MATHIEU HERMAN, OGA AIMÉ CESAR MAXIM, SILUE OUMAR, AMANI ROGER* et tous les autres pour leurs remarques, suggestions et encouragements. Cette thèse est l'aboutissement de nos chaudes discussions lors de chacune de nos séances de travail durant tout notre cheminement universitaire. Nous gardons l'espoir de toujours bénéficier de vos critiques pour nos futurs travaux.

- Mlle *YAO ADJOUA ANNE EDITH (notre compagne)* et à *DAOUDA BAKAYOKO (notre meilleur ami)* qui ont brillé par leur patience et leurs encouragements d'un bout à l'autre de la réalisation de ce travail.

À vous tous, que Dieu lui-même rende au centuple tout votre soutien.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Cadre théorique de la recherche

1.1 Contexte de l'étude

Les indicateurs de morbidité et de mortalité produits par l'ONU et ses agences spécialisées dont l'OMS et l'UNICEF concordent dans leur entièreté sur la situation sanitaire de l'Afrique. Selon ces données, l'Afrique sub-saharienne comparée à toutes les autres régions du monde occupe le bas du classement. En effet détentrice du record de la mortalité infantile et infanto-juvénile (OMS; FNUAP; UNICEF et Banque mondiale, Rapport conjoint 2008) et du taux brut de mortalité le plus élevé, l'espérance de vie s'y situe entre 35 et 39 ans contre près de 78 ans pour les pays industrialisés (Bulard, 2009)¹.

Pourtant les initiatives allant dans le sens d'un mieux-être sanitaire n'ont pas toujours faits défaut sur le continent. Bien plus, les états du nord, les institutions internationales et des partenaires privés ont souvent soutenu les politiques sanitaires africaines par leur implication aussi bien dans la prévention que dans l'éradication des grands problèmes de santé. Le rôle joué par les institutions internationales citées plus haut et la banque mondiale face au VIH-sida, l'onchocercose, la tuberculose, la variole, la

¹31 pays dont l'Afrique du Sud, le Botswana, le Gabon ont vu leur espérance de vie « en bonne santé » (sans handicap majeur) reculer entre 1990 et 2006. L'Afrique demeure largement en queue de peloton: 29 ans d'espérance de vie en Sierra Leone, 33 ans en Angola, 37 ans en République Démocratique du Congo (RDC). À l'autre bout, le Japon caracole en tête (75 ans). Par ailleurs, les enfants nés en 06 pays africains peuvent compter mourir avant leur quarante-et-unième anniversaire selon un rapport annuel libellé par l'organisation mondiale de la santé de l'ONU. La plupart des espérances de vie les plus courtes du monde se produisent en Afrique où l'épidémie de SIDA, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, et les différends civils ont pris le plus grand péage sur la vie humaine. En tout, des 29 pays où l'espérance de vie à la naissance est de 50 ans ou plus, 28 sont en Afrique et des 40 pays avec l'espérance de vie la plus courte, 38 sont en Afrique (mongabay.com 2007).

poliomyélite et la dracunculose sur le continent en sont la preuve (OMS, Rapport 2007).

À côté de cet apport extérieur, celui des différents Etats africains contre ces grands problèmes de santé s'est d'abord concrétisé par la mise en œuvre de politiques sanitaires centralisées en fonction des ressources disponibles et des besoins avant de confier aux différentes communautés la responsabilité de gérer leur santé. Ces ressources relativement limitées ont été orientées pour une large part vers des problèmes précis de santé notamment le trio constitué par le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida en négligeant les autres (Kimani, 2009). Pourtant les conditions écologiques et socio-culturelles les plus favorables au développement des maladies transmissibles et tout particulièrement des parasitoses sont réunies dans les tropiques (OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008). Pis, les décès par maladies infectieuses et parasitaires représentaient 42% de la mortalité tropicale contre seulement 1% dans l'ensemble des pays développés en 2002 (Khlat, 2002).

Partant de cette réaction à géométrie variable face aux problèmes de santé observés partout sous les tropiques et particulièrement en Afrique (Diarra et Louis, 1996), l'OMS désigne sous le concept de « **Maladies Tropicales Négligées** » certaines maladies ayant en commun d'appartenir à un corps de critères défini par elle. S'agissant de l'endémicité de ces maladies, l'Afrique sub-saharienne est la région la plus touchée du continent. Presque toutes les maladies tropicales négligées y cohabitent et plusieurs centaines de milliers d'individus en meurent chaque année².

Outre les initiatives sous-régionales de lutte contre ces maladies, chaque pays essaie, dans la mesure de ses moyens, d'y trouver des solutions

²Bien qu'il soit difficile d'évaluer la mortalité due aux maladies tropicales négligées, on estime que chaque année, des millions de personnes meurent, sont fragilisées ou développent des incapacités définitives qui entraînent souvent des douleurs physiques tout le reste de leur vie, la stigmatisation sociale et des mauvais traitements.

durables. La Côte d'Ivoire, située dans la zone tropicale, connaît aussi une épidémiologie typée par sa géographie. Les efforts d'amélioration du système sanitaire n'ont pu, au plan épidémiologique, réduire la large domination des maladies infectieuses qui représentent 50 à 60 % de la charge de morbidité (Séry, non-daté). Il en découlait ainsi une dégradation générale des indicateurs entre 1988 et 1998 (N'dri-yoman, 2008). Le taux brut de mortalité de 12,3% en 1988 était passé à 13,9% en 1998. Le Taux de mortalité infantile qui en 1988 était déjà de 97‰ était monté à 104‰ en 1998. L'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 était descendue à 50,9 ans en 1998. En 2006, les maladies infectieuses représentaient un taux de morbidité de plus de 50% à 60% et d'un taux de mortalité estimé à 14,2 pour 1000 (PNUD, Rapport 2007).

Cette morbidité ivoirienne est en outre largement représentée par le paludisme auquel plus de 90% de la population est exposée (PNDS, 2008). Cette maladie reste la première cause de consultation dans les formations sanitaires de base dans la population globale et demeure la première cause de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans. En moyenne, chaque heure, 08 enfants meurent en Côte d'Ivoire de paludisme soit 173 enfants par jour. La maladie occasionne également 42 % d'absentéisme professionnel et scolaire, et induit la perte de 52 % de la production agricole.

Dans la période 2001-2006, il représentait un taux d'incidence variant entre 13,53‰ et 14,4‰ dans la population nationale (Direction de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), Rapport 2008). On notait également une recrudescence de certaines maladies comme la tuberculose et la fièvre typhoïde. Dans cette situation sanitaire plus qu'alarmante, les MTN ne sont pas en reste (CSRS, Rapport d'activités 2001-2003). L'annuaire des statistiques sanitaires de la Côte d'Ivoire (2001-2006) indique que le taux d'incidence de l'ulcère de buruli avait varié entre

0,11‰ et 0,13‰ dans la période sus-indiquée avec un nombre total de 10.845 cas. En ce qui concerne la bilharziose urinaire, son taux d'incidence avait aussi progressé. Ce taux était passé de 0,29‰ à 0,4‰. Pendant cette même période, 25.174 cas avaient été enregistrés. Ce même document montre une variation des cas d'onchocercose entre 360 et 560.

Par ailleurs, si certaines régions sont plus endémiques que d'autres, les MTN se caractérisent en Côte d'Ivoire par leur présence sur toute l'étendue du territoire. Au nombre des régions les plus endémiques, il faut énumérer les zones qui se caractérisent par leur diversité écosystémique. Mais celles où l'interaction entre l'homme et son biotope connaissent une densification sont encore plus indexées dans cette réalité (Alfonso, 1998; Adoubryn et *al.*, 2005; ADRAO, Rapport annuel 1999). Une étude menée par une équipe de chercheurs de l'université d'Abobo-Adjamé à buyo³ a ainsi permis de répertorier une diversité de problèmes environnementaux et sanitaires dont la plupart sont liées à la présence du barrage et d'autres activités de développement régionale. De même, dans la région ivoirienne des lagunes, la sous-préfecture de Taabo est constituée de plusieurs villages environnant le plan d'eau du barrage hydroélectrique qui porte le nom de ladite localité. Si une forte morbidité est observée dans cette zone, on note une prédominance de certaines pathologies telles que les schistosomias, le paludisme, la fièvre typhoïde et l'ulcère de buruli (DIPE, Rapport 2008).

Face à cette situation de morbidité, des actions de Communication pour un Changement de Comportement (C.C.C) ont été entreprises dans la zone. On notait, ainsi en plus d'activités émanant des personnels soignants des structures sanitaires publiques de la région, l'implication de partenaires privés. La couverture sanitaire est par ailleurs constituée d'un hôpital

³Buyo est une petite ville de l'ouest de la Côte d'Ivoire plus connue pour son barrage hydroélectrique. Des chercheurs subventionnés par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) étudient les moyens de réduire les effets nocifs pour la santé causés par le développement débridé de l'agriculture et la construction du barrage hydroélectrique. Ils tentent ainsi d'améliorer la santé de la population par une meilleure gestion des ressources locales.

général et de six (06) établissements de premier recours pour les quatorze (14) localités dont treize (13) villages auxquels sont rattachés des campements. D'importantes activités agropastorales ont donné à ces différentes localités, une coloration humaine des plus hétéroclites. Au nombre des populations y résidant, on dénombre une autochtonie constituée de plusieurs communautés dont certaines partagent le même site villageois et de fortes communautés allochtones et allogènes.

Ce « *puzzle humain* » (Rougerie, 1964) d'autant plus qu'il induit des modèles sociaux diversifiés de perception, d'attitude et de prise en charge de la maladie (Laplantine, 1986) a justifié cette initiative de recherche fondée sur trois constats.

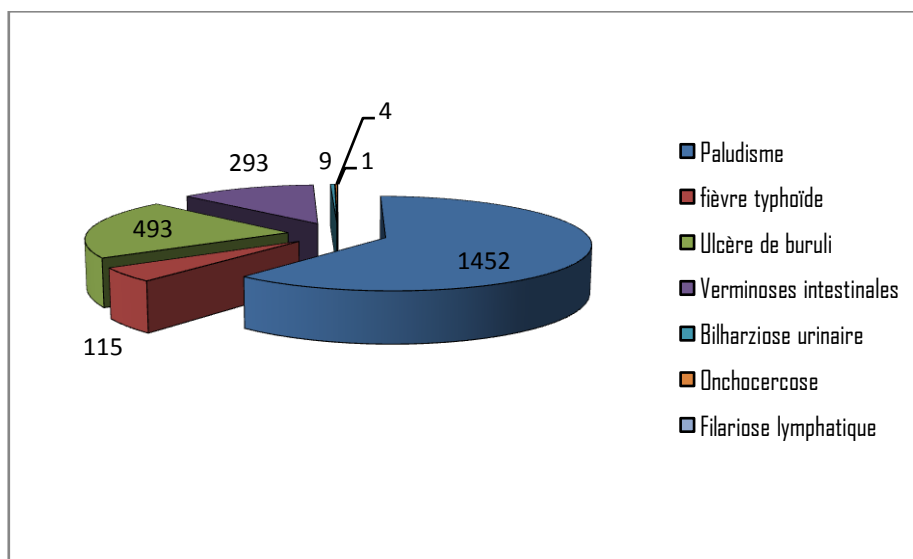
1. 2 Constats de recherche

1.2.1 Une diversité et une forte charge de morbidité liée aux MTN

Les activités de C.C.C entreprises à Taabo ont permis d'améliorer le niveau de connaissance de certaines maladies en influençant l'endémicité (CSRS, Rapport d'activités op. cit.). Cependant, la charge de morbidité de cette zone demeure digne d'intérêt. La figure ci-après, réalisée sur la base d'une recherche documentaire entreprise dans les registres de consultation de l'hôpital général de Taabo, nous permettra de mieux observer la morbidité déclarée dans cette zone⁴.

⁴Cette recherche documentaire a porté sur les trois années précédant l'enquête (2006-2007-2008) et ne concernent que le seul aire sanitaire de l'hôpital générale de Taabo. Cette aire sanitaire ne regroupe que les localités de Taabo cité, de Kôkôtikouamékro et de Taabo-village. Des difficultés liées à la conservation des registres de consultation des autres localités et même à leur mise à notre disposition nous oblige à présenter que les données émanant de la seule localité de Taabo cité.

Figure 1: Charge de morbidité liée aux MTN dans l'aire sanitaire de l'hôpital général de Taabo sur la période 2006-2007-2008



Source: Notre enquête documentaire sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » (Septembre 2009)

Parmi ce corpus de problèmes de santé, le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 1452 cas sur l'ensemble des trois (3) années qui précèdent notre collecte de données dans la seule aire sanitaire de l'hôpital général de Taabo cité. Il était suivi de l'ulcère de buruli qui totalisait 493 cas pour cette même période et pour toute la zone d'étude. La fièvre typhoïde, en faisant 115 victimes pendant cette même période, se positionnait comme la troisième menace pour les populations des trois localités de l'aire sanitaire de l'hôpital général. Les amibiases regroupant toutes les formes d'infections intestinales n'en étaient pas moins vécues. Elles ont fait 293 cas pendant la période considérée et elles devancent ainsi la fièvre typhoïde dont la morbidité était estimée à 115 cas.

La bilharziose urinaire dont l'endémicité est considérée en baisse durant ces dernières années dans la zone selon les conclusions des parasitologues faisait 09 cas. Mais durant la période 2001-2003, cette maladie avait

manifesté une forte endémicité dans la zone environnant le plan d'eau du barrage hydroélectrique.

« [...] Dans le village situé près du grand lac du barrage de Taabo, nous avons noté un très fort taux de ré-infections de S. haematobium: une année après le traitement, 80% des enfants étaient à nouveau infectés Il est fort probable que le niveau d.hyper-endémicité et les taux de réinfections observés dans ce village sont les mêmes que dans les autres localités autour du lac de Taabo, avec une transmission quasi pérenne » (CSRS, Rapport d'activité op. cit.).

Bien avant ces conclusions relativement récentes, Kouakou (2000) avait noté que la prévalence de la bilharziose urinaire pouvait atteindre 100 % chez les enfants dans cette même localité. Les deux filarioses, à savoir l'onchocercose (4 cas) et la filariose lymphatique (1) étaient les moins représentées de ces maladies. C'est en considération de cette diversité parasitologique que des actions de sensibilisation et de soins curatifs ont été entreprises dans la zone.

1.2.2 La diffusion d'une Communication pour un Changement de Comportement (C.C.C) et d'une offre de soin biomédical

La communication pour un changement de comportement communément indexée sous le sigle «C.C.C» est devenue le moyen clé de la formation du capital humain face à une grande précarité sanitaire et une surmortalité en Afrique et principalement en Côte d'Ivoire. Elle consiste à mettre à la disposition des populations des moyens prophylactiques afin que celles-ci puissent se prendre en charge dans un environnement physique reconnu très pathogène. Dans cette approche de « démystification » de la maladie auprès des populations, il s'agit concrètement pour les sensibilisateurs de promouvoir un savoir nouveau de type scientifique consistant à nommer, décrire et situer le rôle vectoriel dans la causalité de la maladie.

Dans le cas de Taabo, plusieurs activités avaient été entreprises aussi bien par des personnels soignants publics que par des institutions internationales. S'agissant des activités émanant des personnels de santé, on remonte à la période d'existence de Radio-Taabo⁵. Durant la période 1997-1998 où ce média de proximité avait diffusé ses ondes dans toute la circonscription sous-préfectorale de Taabo, il avait au nombre de ses programmes une émission « *espace-santé* » animée par l'infirmier major de l'hôpital général de ladite localité. Ces activités qui consistaient pour le technicien à situer l'étiologie, les mesures d'évitement et les dispositions pratiques à prendre lorsque les tous premiers signes étaient vécus, portaient principalement sur trois maladies mais également sur une bonne gestion du cadre de vie. Il s'agissait du paludisme, de la fièvre typhoïde et du VIH-sida. Deux raisons justifiaient le choix de ce trio de maladies. En premier lieu, la situation épidémiologique de toute la région restait dominée par le paludisme et la fièvre typhoïde. En second lieu, le contexte épidémiologique global de la Côte d'Ivoire situant le pays comme l'un des plus endémiques du VIH-sida avait incité les autorités sanitaires locales à mettre à la disposition des populations un « stock de connaissances » sur ce fléau.

On notait également la diffusion de conseils sur le tétanos, le VIH-sida, le paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées à l'occasion des campagnes de vaccination dans tout le contexte villageois locale. Dans cette tâche de sensibilisation populaire, les personnels soignant étaient aidés des agents de santé communautaire (ASC). Ceux-ci, en tant que relais de communication entre personnels soignants et communautés villageoises avaient la charge de poursuivre l'information des populations au travers de réunions communautaires et de collecte d'informations sur tous les cas de

⁵ Radio Taabo était la radio de proximité de cette localité. Elle a existé pendant deux années soit de 1997 à 1998.

maladie à eux communiqués dans leur localité. On adjoignait ainsi à la sensibilisation de masse, une approche dite de proximité.

Pour ce qui est des activités entreprises par les structures privées, on a noté l'implication de l'ONG « MAP International »⁶ dans la lutte contre l'ulcère de buruli (Aké, 2006) et celle du Site de Surveillance Démographique (DSS)⁷ sis à Taabo. Le rôle joué par MAP International à Taabo dans le cadre de son projet pilote étendu sur les trois années (2004-2005-2006) pouvait se résumer en cinq axes majeurs:

- La construction d'un pavillon d'une capacité d'accueil de 16 lits destiné à la prise en charge de l'ulcère de buruli et de la tuberculose.
- La fourniture de médicaments et d'équipements pour tous les établissements sanitaires de la zone.
- Le renforcement des capacités de tout le personnel soignant de la zone endémique de Taabo⁸ afin que ceux-ci disposassent des « qualités techniques de prestation » face à la maladie.
- La formation et la mise à disposition de la population de 25 Agents de Santé Communautaire (ASC) dont le rôle plus haut évoqué consistait également à informer les communautés sur les bien-fondés du recours précoce aux structures de soins modernes afin d'entamer une antibiothérapie sur la base du protocole

⁶ Medical Assistance Programm connue sous le nom de « MAP International » est une ONG qui s'occupe principalement de : Fournir des médicaments essentiels dans les régions du monde où la situation sanitaire est précaire, Promouvoir le développement en santé communautaire et prévenir et atténuer les maladies, catastrophes et autres menaces pour la santé.

⁷ DSS est l'abréviation de Demographic Surveillance feasibility Study. C'est un projet du CSRS. Ses objectifs principaux sont :

- Suivre rigoureusement les changements dans la démographie et dans la morbidité des maladies négligées par des interventions adaptées aux conditions éco-épidémiologiques et socioculturelles du district sanitaire,
- Fournir des informations actualisées sur la morbidité des populations,
- Soutenir le contrôle et le suivi des nouvelles menaces qui pèsent sur la santé,
- Servir de plate-forme d'essai et d'évaluation des interventions en matière de santé.

Ces informations guideront la conduite de programmes de santé à base communautaire dans des approches de lutte intégrées contre la maladie.

⁸ Ce personnel constitué de la prise en charge des cas notifiés était de 10 infirmiers et d'un médecin.

« streptomycine-rifampicine désormais en vigueur dans la lutte contre le mycobacterium ulcerans », le repérage et le guidage des cas non-ulcérés au centres de santé et la vente de médicaments⁹.

- L'intégration d'un volet psychosocial dans la prise en charge médicale de la maladie. Ce volet assuré par 15 conseillers spirituels¹⁰ consistait pour ceux-ci à aider les usagers à surmonter les barrières psychologiques liées à l'accessibilité culturelle du traitement biomédical.

Dans l'approche participative observée par cette institution, on avait également noté la mise à contribution des leaders d'opinion. Ceux-ci étaient constitués de chefs de village, de responsables d'association de jeunes et de guides religieux. Par ailleurs, cette même population conviée au lancement du projet du DSS avait aussi été sensibilisée à l'occasion d'une communication de masse sur toutes les MTN vécues dans cette localité.

Toujours au chapitre de la sensibilisation portant sur l'ulcère de buruli, on notera également l'implication du corps enseignant local. Les instituteurs ont eux aussi été formés afin qu'ils puissent répercuter l'information sur les écoliers. À cette tâche confiée aux personnels enseignants, s'ajoute la vente de médicaments destinés à la lutte contre la bilharziose aux écoliers considérés comme une catégorie sociale vulnérable face à cette maladie (CSRS, Rapport op. cit.)¹¹.

⁹Il s'agissait pour ce volet du rôle des ASC de commercialiser des stocks de cachets de médicament le plus souvent du praziquantel pour la lutte contre les parasitoses comme la bilharziose

¹⁰Les conseillers spirituels ont été recrutés dans la communauté chrétienne des assemblées de Dieu. Ils avaient pour rôle de prendre en charge psychologiquement les malades à travers des entretiens structurés autour des causes de la maladie. Cette activité a vite été abandonnée du fait du non intérêt de ces jeunes bénévoles.

¹¹La prévalence d'infection obtenue a été de 21%. Tous les élèves infectés ont reçu un traitement avec le praziquantel, le produit de choix contre la schistosomiase.

Ce constat soulève dès lors une interrogation. Quel bilan est-il possible d'établir de cette offre de soins et des actions de sensibilisation de masse et de proximité introduites dans cette zone?

1.2.3 Une réaction populaire mitigée face aux actions et offres de soins

L'institution MAP International, en mettant un terme aux activités relevant de son projet pilote dans la zone endémique de Taabo en 2006 avait établi un bilan dans lequel elle pouvait entièrement tirer satisfaction du rôle qu'elle a joué dans la lutte contre l'ulcère de buruli dans cette localité (Aké, op. cit.). Pour elle, chaque hameau de la zone ayant été informé du mode de transmission, de la pathogénie et de l'impact socio-médical de la maladie, les populations devaient faire diligence vers les structures de soins afin de se voir administrer les soins adéquats. Si la satisfaction était loin de celle d'avoir vaincu la maladie dans cette zone, il s'agissait à tout le moins de la fin des cas ulcérés et partant des nombreuses invalidités physiques dont cette maladie pouvait se rendre coupable. Or deux années après la fin de ce projet, on constate une récurrence des formes ulcérées dont certaines nécessitant même une greffe de peau. Ces cas ayant atteint le stade ulcéré pour la période précédant notre intérêt pour ce sujet [2006-2008] se chiffraient à 225 dans la seule aire sanitaire de l'hôpital général.

Quant aux stocks de médicaments destinés à la lutte contre la bilharziose dont la vente avait été confiée aux personnels paramédicaux et aux corps enseignant par le projet DSS, il devait être écoulé pour la somme de 100f CFA aux écoliers et de 200f CFA aux adultes. Notre enquête sur le point comptable de cette activité nous a révélé que cette tarification ayant été estimée élevée par les populations, ce stock n'a pu être écoulé¹². Par

¹²En fait de point comptable, il n'y en a pas eu parce que les ASC et enseignants ayant eu la charge de ce commerce ont affirmé n'avoir pas tenu de carnet de compte pouvant nous renseigner sur le nombre de personnes ayant acquis ces médicaments.

ailleurs, un regard sur la situation épidémiologique du paludisme et de la fièvre typhoïde dans la zone nous donne de penser que peu d'intérêt a été accordé aux dispositions hygiéniques du milieu de vie prônées par les personnels soignants.

Si bien souvent, l'attitude de chacun à l'égard de la maladie tient à des conceptions d'origine individuelle ou sociale qui repose sur l'expérience et l'idée que l'on se fait de la maladie et du bien-être corporel, différents types de conduites sont adoptés en partant du total laisser faire jusqu'au recours à une structure de soins. Ouédraogo (2003) fait remarquer à cet effet que malgré les efforts des pouvoirs publics africains pour rendre l'offre de soins accessible, les comportements des communautés restent assez complexes. Devant cette complexité des réactions sur le continent, on a souvent vu dans la faiblesse des pouvoirs d'achats des populations africaines le principal facteur explicatif (OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008). Quelques questions émergent dès lors de ce comportement social.

On peut en effet se demander pourquoi les comportements de recours tardifs aux centres de soins persistent-ils? En somme, qu'est-ce qui justifie cette réaction des populations face à la dynamique de changement de comportements voulue dans la zone?

Partant de ces constats, cette recherche sur le thème « *perceptions et attitudes face aux maladies tropicales négligées en Côte d'Ivoire : le cas de Taabo* », présente bien des intérêts.

1.3 Intérêts de l'étude

En tant que production universitaire, deux types d'intérêts dont l'un scientifique et l'autre pratique peuvent être affectés à cette étude.

1.3.1 L'intérêt scientifique

L'étude de la « *perception et de l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » s'inscrit dans un champ sociologique, celui de la santé. Elle pourrait se justifier par le fait qu'en Côte d'Ivoire, peu de travaux se sont intéressés à la question des taxinomies « émiqes » des maladies. Les études existantes sur la perception et l'évaluation de sa charge de morbidité par un contexte social donné s'attardent plus sur les processus pathogéniques et elles semblent peu prendre en compte le point de vue des acteurs. En plus, ces travaux accordent bien souvent une trop large part à la dimension holiste négligeant ainsi le rationalisme des acteurs dans l'évaluation des maladies faisant partie de leur quotidien. Partant ici du principe selon lequel, « la perception moule les réactions des gens au monde qui les entoure », ce travail se propose de s'inscrire dans le paradigme théorique interactionniste. Notre principe de base est de ce point de vue que la façon dont les populations de Taabo pensent les maladies qu'elles vivent et l'offre de soins biomédicale dont elles disposent influence leurs comportements de soins.

1.3.2 L'intérêt pratique

L'intérêt de l'étude des « perceptions et attitudes » face aux maladies à l'étude sur lesquelles porte notre réflexion est aussi de pouvoir mettre à jour des cadres dont on voit bien qu'ils peuvent déterminer les facteurs facilitant un recours massif et privilégié des populations vers les centres de

santé. Elle peut également constituer en amont un support dans l'élaboration d'une politique rigoureuse de prévention ou d'incitation au changement des comportements. Elle peut légitimement prétendre constituer un volet à part entière de l'évaluation des politiques sanitaires quant aux «C.C.C» publiques et privées. Par ailleurs, certains concepts abondamment employés dans cette étude ramènent à des constructions contextualisées dont il serait intéressant de situer non seulement le sens mais également les indicateurs.

1.4 Définition des concepts opératoires

Abondamment utilisés dans ce travail, qu'entendons-nous par les concepts de « *représentation étiologique* », de « *perception de la gravité* », d'« *attitude* », de « *trajectoire de soins* » et de « *maladies tropicales négligées (MTN)* ».

○ *La représentation étiologique*

La « *représentation étiologique* » se situe dans le grand corps conceptuel des « *représentations sociales* ». Les représentations sociales désignent les formes de savoirs individuels et collectifs distinctes de la connaissance scientifique et qui présentent des aspects cognitifs, psychiques et sociaux en interaction. Pour Abric (1987), elle est à la fois produit et processus de l'activité mentale par laquelle un individu ou un groupe d'individu reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Cette même référence à l'activité mentale apparaît chez Fischer (1987) mais lui est plus précis dans la construction qu'il fait de ce concept. Selon lui la représentation sociale est un processus mental par lequel l'esprit transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les

aspects de la vie ordinaire. Mais François Laplantine en fait des caractérisations qui rendent le concept plus pratique. Pour celui-ci,

*« la représentation sociale est une **interprétation** qui s'organise en une **relation étroite au social** et qui **dévient** pour ceux qui y adhèrent, la **réalité elle-même** ».*

Il poursuit pour dire que :

*« le propre d'une représentation est de **ne jamais se penser comme telle**, et d'occulter les distorsions et les déformations qu'elle véhicule inéluctablement » (1989: 279).*

On retiendra de toutes ces définitions que les représentations sociales se situent à l'intersection de plusieurs domaines du savoir dont l'histoire, la sociologie, la psychologie sociale et l'anthropologie de la santé. C'est dans cette dernière discipline citée que se situent les représentations étiologiques. Elles font référence aux idées qui se « *prennent pour la réalité* » et qu'un groupe sociale situe à l'origine de l'état morbide. Caractéristiques des sociétés traditionnelles, elles s'illustrent comme des produits de l'histoire des ensembles culturels résistant à l'épreuve des savoirs scientifiquement conçus et véhiculés par les campagnes de C.C.C.

Dans le cadre de cette étude, nous entendons par représentations étiologiques de la maladie, toutes les formes de savoirs socialement élaborées et partagées par les communautés de Taabo se rapportant à la causalité et à la symptomatique des MTN. Ces acceptions nous semble-t-il influencent la construction de la perception de la maladie.

○ ***La perception de la gravité de la maladie***

La perception « résulte de l'aptitude à synthétiser continuellement l'expérience passée et les signaux sensoriels présents ». C'est un processus qu'on pourrait définir par « *avoir une opinion sur quelque chose* ». Elle est également une prédisposition acquise à répondre durablement vis-à-vis d'un objet dans le but d'évaluer celui-ci. Toute perception est ainsi perception de quelque chose.

La perception de la gravité des MTN veut incliner dans l'actuel contexte de recherche pour l'activité de pensée qui consiste pour les populations de Taabo à évaluer chacun de ces problèmes de santé dans le sens d'en situer la capacité de nuisance tant au niveau de la physiopathologie que de l'accessibilité de la thérapie. Si la perception relève purement du mentale, elle pourrait être saisie sous un angle empirique à travers l'attitude.

○ ***L'attitude***

Le concept d'*attitude* revêt diverses définitions selon qu'il passe d'une discipline à l'autre. En effet en partant du domaine de la plastique en passant par le moral pour apparaître en psychologie expérimentale et en sociologie, l'attitude a successivement désigné « la manière de tenir le corps », les réaction vis-a-vis des normes morales (l'attitude du respect) et la position de quelqu'un par rapport à quelque chose (le gouvernement par son attitude) (Boudon, 2007). Parmi les développements qui en n'ont été fait en sociologie, nous en avons retenu deux, celle élaborée par Rosenberg et Hovland que cite Michel Gbagbo et celle de Jean Louis Loubet Del bayle. Pour les deux premiers auteurs cités, l'attitude désigne l'ensemble des réponses qu'un individu produit face à un objet donné. Ils en proposent trois caractérisations:

«Une **réponse verbale** qui manifeste des **formes d'intentionnalité a priori** ou *a posteriori* du comportement en question ;

-Une **réponse affective** qui comprend la **charge affective** réellement et physiologiquement ressentie et le **discours développé** à ce sujet ;

- Une **réponse cognitive** qui, là encore, comprend la perception réelle et la façon dont elle peut être **formalisée** dans le **cadre** du **discours** » (Gbagbo, 2009:105).

De cette définition et ces développements, on peut retenir que l'*attitude* est une disposition psychologique traduite par des idées, opinions et comportements vis-à-vis de quelque chose. L'attitude peut ainsi se

manifester par des actes ou tout simplement par des idées. Cette dimension du concept apparaît chez un autre auteur selon qui, « *L'attitude est la **prédisposition relativement stable** qui incline le sujet à se comporter d'une certaine façon à l'égard de tel ou tel problème, et qui l'amène à exprimer telle ou telle opinion* » (Del Bayle, 1991:85). En intégrant cette définition de Del Bayle, cette étude veut saisir ce concept sous l'angle d'opinions ou d'idées adoptées, mais aussi de « *disposition permanente à agir* » (Memel Fotê, 1998:11) face à la maladie et à l'offre de soins étant entendu que celles-ci influencent les pratiques, les faits et gestes concrets des acteurs dans les conjonctures sociales particulières de morbidité. L'attitude est ici entendue comme un acte d'extériorisation d'une prise de position vis-à-vis du « mode de transmission, des complications médico-sociales et de l'évaluation critique du dispositif thérapeutique locale ». Elle a été ici observée à partir d'un indicateur effectif et objectif qui est celui de la « connaissance » de ces dimensions des maladies à l'étude mais également du point de vue qu'elle entre en interaction avec le parcours de soins des acteurs.

○ **La trajectoire de soins**

La trajectoire de soins veut saisir le processus de soins sous son acception dynamique. Elle désigne le mouvement de l'acteur social dans sa quête de guérison à travers tout le répertoire médicale disponible. Si elle relève d'une construction idéelle, elle peut objectivement s'observer dans les actes ponctuels de bifurcations thérapeutiques entre plusieurs modèles de soins. Celles-ci sont opérées après évaluation par l'acteur des différentes catégories locales de soins. Dès lors que « *Seuls nos actes nous engagent et que nous ne sommes pas engagés par nos idées, ou par nos sentiments, mais par nos conduites effectives* » (Brochu, 2006), les conduites effectives « des demandeurs de soins » dans l'actuel contexte de recherche ramènent aux recours aux pratiques simultanées ou alternées puisées dans l'appareil

de soins. Celui-ci est constitué des « *soins domestiques profanes* » (Saillant, 1999) (achat de produits pharmaceutiques ou phytothérapeutique sur marché), de l'institution traditionnelle de soins africains (représentée par les guérisseurs et guérisseuses) et des soins proposés par les dispensaires, centre de santé et l'hôpital général.

Mais si dans ces comportements de soins caractérisés par leur extension, on peut relativement affecter une définition aux pratiques de soins institutionnelles traditionnelles et biomédicales, une ambiguïté subsiste quant au contenu de l'automédication. Elle revêt en effet plusieurs dimensions.

Étymologiquement, « *automédication* » se compose du grec « *auto* » : soi-même, lui-même et du latin « *médicato* »: emploi de moyens thérapeutiques, de médicaments pour guérir une maladie (Fe, 2004). Aussi d'une discipline à l'autre le sens de ce concept subit-il quelques variations. Dans une acception générale le dictionnaire Garnier-Delamarre le définit comme « *un traitement pharmaceutique par le patient de sa propre initiative sans prescription médicale* ». Mais pour les médecins Venulet et Schultz que citent Montastruc et *al.* (1997), l'automédication est l'emploi d'agents thérapeutiques pour traiter une situation pathologique réelle ou imaginaire par des médicaments choisis sans avis médical par le malade lui-même. Le psychosociologue Molina que cite Montastruc (op. cit.) quant à lui propose une définition mettant en scène l'individu mais également le pharmacien. Pour lui, l'automédication est la gestion de son capital santé par l'individu lui-même après obtention du médicament auprès du pharmacien ou après conseil de celui-ci ou encore à partir de l'utilisation d'un stock restant d'une prescription antérieure de médicaments.

Cette dernière dimension de l'« automédication » revêt un caractère plus sociologique puisse qu'elle fait référence à la gestion de l'état de morbidité

par tout l'environnement social dans lequel il émerge. Ont été ici intégrés dans cette pratique, tous les comportements consistant à entamer une démarche thérapeutique sans avis savant qu'il soit biomédical ou qu'il émane d'un guérisseur. Ces comportements intègrent aussi bien autosuggestion qu'hétérosuggestion de médicaments. L'autosuggestion correspond à la prise de médicaments auto conseillés qui auraient fait ses preuves d'efficacité lors d'anciennes expériences de la maladie. Quant à l'hétérosuggestion, elle a cours lorsque l'acteur semble ne plus maîtriser la situation de morbidité par lui-même. Elle est l'expression de la participation communautaire à l'expérience individuelle de la souffrance. L'un des membres du réseau de relation du malade met ainsi son expérience de la maladie au service du malade (Vidal et *al.*, 1995). La situation épidémiologique de Taabo présentée dans la deuxième partie de l'étude semble d'ailleurs favoriser ces interactions. Quant aux médicaments, qu'ils soient « autosuggérés » ou des « produits conseils », ils sont issus de la phytothérapie ou/et de la pharmacopée moderne et sont acquis à l'étalage sur les marchés ou dans la flore locale.

○ **Les maladies tropicales négligées**

Cette étude penche pour la définition que l'OMS donne aux maladies tropicales négligées. Pour cette institution, les maladies tropicales négligées répondent à un corps de critères dont leur localisation sur le globe, les fonds alloués à la recherche contre elles et leur profil épidémiologique.

« Ces maladies touchent principalement les populations les plus pauvres, qui vivent dans les régions rurales reculées, dans des bidonvilles ou des zones de conflit. Les maladies tropicales négligées, entretenues par la pauvreté, touchent presque exclusivement les populations démunies des pays en

développement » (OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008)¹³.

Fairmed¹⁴ note que les maladies tropicales négligées sont des maladies typiques de la pauvreté. Elles affectent environ trois milliards (3.000.000.000) de personnes qui doivent vivre avec moins de 02 dollars par jour¹⁵.

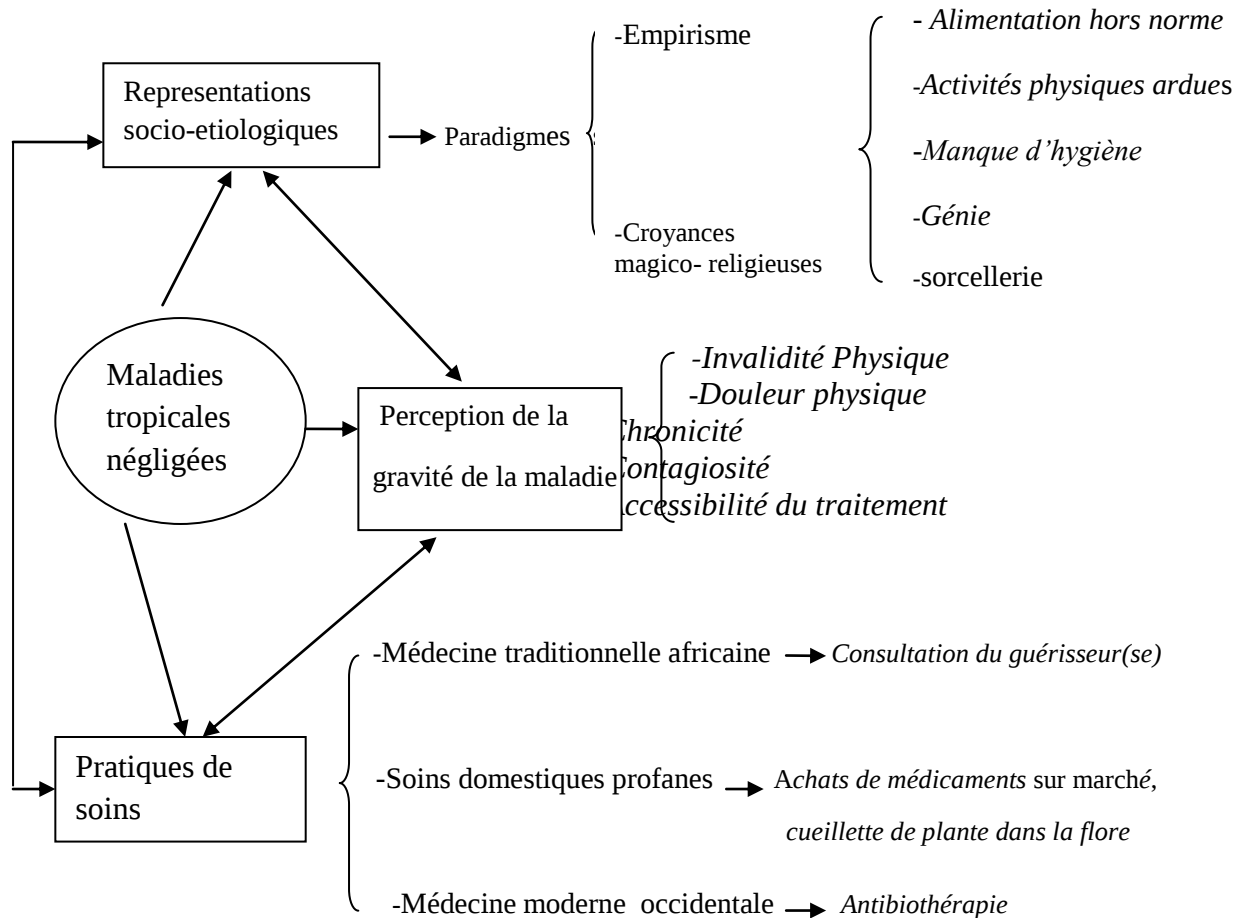
Ces constructions conceptuelles ainsi que leurs interinfluences ont été schématisées de manière à les mettre en relation. Cette schématisation représente la « fondation » de l'étude et le point de départ de la vérification empirique des théories d'analyse.

¹³La liste des MTN de l'OMS comprend : la bilharziose, la filariose lymphatique, les verminoses intestinales, l'ulcère de buruli, la fièvre typhoïde, l'onchocercose, la leishmaniose, la maladie de chaggas, la trypanosomiase, la lèpre, la dracunculose, la fièvre dengue et d'autres maladies tropicales chroniques.

¹⁴**Fairmed** est une fondation affiliée à l'association d'aide aux lépreux Emmaüs-Suisse. Elle poursuit sous ce nouveau nom tous les travaux de l'association dont permettre aux pauvres et aux malades d'accéder aux services de santé, aider durablement les pays pauvres à s'affranchir de l'aide internationale, promouvoir une politique de santé sociale et juste et briser le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté (http://www.fairmed.ch/fm/f/1_stiftung.php).

¹⁵Le concept de **Maladies tropicales négligées** est reconnu sous le sigle « **MTN** » en langue Française et « **NTDs** » en langue Anglaise. Tout au long de cette étude, c'est le sigle « **MTN** » que nous utiliserons pour désigner les maladies à l'étude c'est-à-dire cinq maladies figurant sur la liste officielle des MTN (l'ulcère de buruli, l'onchocercose, la bilharziose urinaire, la filariose lymphatique, les verminoses intestinales) et le paludisme et la fièvre typhoïde.

Figure 2: Diagramme des concepts opératoires et leurs interliens



Source : Notre étude sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » Août 2010

Que nous apprend la littérature portant sur la maladie, sa perception, ses représentations causales et les différents modèles de prise en charge en Afrique?

1.5 Revue de la littérature

Richesse et diversité caractérisent mieux la littérature portant sur la maladie en Afrique. Cette diversité nous a permis de thématiser les lectures

effectuées dans le cadre de ce travail. Ainsi quatre thématiques ont été abordées.

1.5.1 Des représentations étiologiques africaines de la maladie

On observe un grand intérêt des sciences sociales pour la question de la maladie en Afrique. Cet intérêt est certainement imputable à la pluralité des traits culturels en Afrique si nous admettons que la maladie est une construction socioculturelle (Pritchard, 1968; Laplantine, 1986; Augé, 1983). Un paradigme étiologique apparaît dans la grande majorité de ces travaux. Il s'agit des références magico-religieuses. Celles-ci montrent des sociétés traditionnelles imputant la maladie aux rapports sociaux. Même si la causalité bactérienne n'est pour autant pas toujours ignorée, elle est supplantée par la dimension surnaturelle du mal. Ainsi Sindzingre (1984) et Zemleni (1981) observent face à la maladie trois registres de compréhension: la cause, l'agent et l'origine. Selon eux, chacun de ces niveaux place les rapports sociaux du malade au centre de l'analyse de sa situation morbide. Cette position est aussi celle d'Augé (1986) selon qui les modèles étiologiques sont toujours caractérisés par la récurrence des références persécutives dont la sorcellerie est l'archétype. Cette vision de l'origine de son mal conforte le sujet africain en souffrance dans sa position à partir du moment où les caractères de gravité, de spontanéité et de durée de la maladie sont observés (Benoist et Massé, 2002).

Par ailleurs la référence à la persécution n'exclut pas une explication naturelle de l'infortune comme souligné plus haut. Evans Pritchard s'appuyant sur ses conclusions en pays Azandé, pensait que le registre de la persécution se rapportant au surnaturel se trouve parfaitement « superposé » aux causes naturelles de la maladie. Pour illustrer cette position, l'auteur se sert de l'exemple de

« L'homme assis à l'ombre d'un grenier. À supposer que le toit du grenier s'écroule sur celui-ci, il émergera plusieurs questions en relation avec la causalité de cette infortune. On peut comprendre que le toit a pu s'écrouler parce qu'il était défectueux, mais de grosses interrogations émergeront quant à la personne qui a vécu la scène et le moment précis de celle-ci » (Pritchard, 1968).

C'est dans le décodage de cette scène que tout le contexte social (organisation sociale, mode de vie et croyances) sera pris en compte.

À propos de cette implication de tout le contexte social dans la maladie de l'individu, Marc Augé écrit que *« les systèmes d'interprétation font en effet de tout désordre biologique le signe d'un désordre sociologique tel que l'agression en sorcellerie, l'adultère, la rupture d'un interdit »* (1984:35). Au terme de ses travaux en Côte d'Ivoire lagunaire et au sud du Togo, il conclut que dans la thérapeutique, une seule logique intellectuelle commande les mises en ordre biologique et sociologique, puisse que selon lui, guérison des corps individuels et sociaux ne sont possibles que par le fait divinatoire.

In fine, dans cette littérature qui indexe toujours le corps social comme catégorie étiologique fondamentale, le déséquilibre entre corps, esprit et âme (N'dri-Yoman, 2008) est un indicateur. Sacripenti (1983) développe dans ce même registre, l'idée du *« bouc émissaire »* dans ses travaux, le premier sur les *« vili »* et les *« yombé »* du Congo et le second sur les *Bayoombi* du Congo, les *Fang*, les *Masangu*, les *Eshira* et les *Wanzi orientaux* du Gabon et les *Touaregs* du Niger.

Dans ces régions de l'Afrique, toute la causalité de la maladie ne fait référence qu'à la transgression d'interdits. Qu'elles soient rituelles ou qu'elles concernent les symboles claniques, les transgressions sont désignées pour expliquer tous les déséquilibres biologiques et sociaux. Il apparait de la description du *« mythe du mvulusi »* (modèle d'intervention

médico-spirituel *vili*) que le diagnostic et le traitement du malade sont deux niveaux d'intervention qui font intervenir plusieurs éléments de l'univers cosmique. Le surnaturel n'est donc pas impliqué que dans la causalité de la maladie, il l'est également dans le processus de restauration de la santé. C'est ce que Fainsang (1982) montre dans son analyse des procédés d'auscultation dans diverses sociétés d'Afrique de l'ouest. Pour elle, le mythe est au cœur de toute l'activité de cure. De la phase de diagnostic jusqu' à la phase thérapeutique proprement dite, la divination et la magie sont mobilisées. On peut également retenir de ces travaux, le rôle moteur du devin dans le processus de régulation social dans les sociétés traditionnelles. Celui-ci en sommant toujours le malade d'écarter toute origine naturelle à son mal pour n'entrevoir que la faute dont il est « l'auteur », contribue à la survivance des catégories locales de pensée (Memel Fotê, 1998).

Cette première série de lecture sur la causalité de la maladie en Afrique a eu un mérite, celui de nous livrer une réalité de la maladie sous un angle conflictuel dans des sociétés africaines d'une extrême susceptibilité et empreintes de tensions, de tabous et de relations de pouvoir. Elle a également eu le mérite de nous édifier sur la causalité de la maladie. On peut se demander si ces références causales n'ont pas subi de variation dans des sociétés africaines elles-mêmes en pleine mutation. En d'autres mots, l'avènement de nouvelles formes de consommation (alimentaires, vestimentaires et autres) drainées par le modernisme et l'abandon de certaines pratiques anciennes n'inspirent-ils pas les sociétés traditionnelles dans leur construction de nouveaux schèmes causaux ?

La réponse à cette question apparaît dans la considération d'un autre paradigme étiologique. Celui dit empiriste. Il rassemble toutes les instances causales affectant à la maladie des origines observables (M'bokolo, 1983;

M'boukou, 2007). Dans certaines sociétés traditionnelles, ces références empiriques sont le produit de constructions se caractérisant par leur spontanéité face à la maladie. C'est cette situation que Olivier de Sardan (1995) nous donne de connaître face à l'émergence d'une pathologie « inconnue » dans une communauté nigérienne.

En effet, si les représentations sociales en Afrique en matière de santé et de maladie sont en générale étudiées en tant que « anciennes », déjà là, inscrites dans un tout culturel préexistant, les changements étant imputés de ce point de vue aux revers de la médecine moderne, l'auteur observe un modèle de représentation causale spontanée qui prend à défaut les professionnels de santé eux-mêmes. Dans une démarche pragmatique et « spontanée » les acteurs ont établi une hypothèse étiologique pour en arriver à une « entité nosologique populaire » construite à partir du noyau de connaissances locales se référant à la symptomatologie. Cette contribution de l'auteur dans la compréhension des problèmes de santé sur le continent est suivie d'une autre toute aussi originale. Celle-ci porte sur le caractère mouvant des constructions étiologiques.

En fait, bien souvent les différents environnements ruraux et urbains ont été analysés sous l'angle des points qui les distinguent. Mais dans le domaine des représentations en matière de santé, ces différenciations doivent être relativisées. L'adaptabilité des opinions aux écologies urbaine et rurale et la porosité des relations ville/village sont imputables aux migrations des populations d'un point vers l'autre, à la diffusion nationale de la radio et de l'école, au développement des réseaux marchands campagnards et au retour des anciens scolarisés sans emploi (De Sardan, 1996:4). Ce même modèle tendant à unifier des systèmes de pensée ressort des travaux de Memel Fotê (1998) sur les guérisseurs ivoiriens. Pour celui-ci, l'entité « DIEU » est situé à la fois à l'origine de la santé et de la

maladie chez les acteurs du soin traditionnel ivoirien. Si la volonté divine est la responsable lointaine de la maladie, cette causalité ultime se trouve relayée par d'autres entités physiques et spirituelles. Tout comme celle de la santé, l'explication de la maladie aurait un lien avec toute la cosmogonie des communautés.

Pour d'autres auteurs, la régénération du corps biologique est aussi l'occasion d'une régénération du corps social (Memel Fotê, op. cit.) à travers la mise en place de réformes sociopolitiques. Ceux-là partent de la résurgence des pathologies telles que le Sida, le paludisme, la bilharziose, le choléra, la tuberculose et les MST pour montrer que la lutte contre la maladie est porteuse de changements et de mutations en suscitant des réactions sociales et politiques eux-mêmes révélateurs de clivages et de conflits culturels (Herzlich, 1984; M'bokolo, 1984).

Par ailleurs, la résurgence de certains problèmes de santé qu'on croyait éradiqués semble rimer avec résistance des catégories étiologiques (Laplantine, 1986). Dédy Séry et Gosé Tapéont montré après étude des représentations étiologiques du sida chez les «baoulé» et les «bété» de Côte d'Ivoire que trois modes de transmissions sont incriminés selon ces deux groupes ethniques :

- Le sida se transmettrait par contact physique ou en fréquentant les mêmes endroits qu'une personne contaminée.
- Un autre mode de transmission reposerait sur ce que l'auteur appelle « *l'idéologie religieuse africaine* ». Selon cette dernière, on attraperait le sida par la volonté de Dieu ou du fait des sorciers.
- On naîtrait avec le sida dans le corps c'est-à-dire que les parents le transmettraient à leur progéniture. (Dédy et Gosé, 1995:35)

En s'en tenant à ces observations, on peut légitimement penser que les représentations de la maladie résistent à l'épreuve du temps et du fait

moderne. Comment malgré toute la mobilisation des média les campagnes de sensibilisation, le sida paraît-il toujours si mal connu. Pierre-Joseph Laurent (1999) évoque le terme de « *résistance représentationnelle* » pour insister sur le caractère durable de ces formes de pensées. C'est ce qu'on peut retenir de l'affirmation selon laquelle : « *notre santé dépend de notre vision du monde, je dirais de notre culture* » (Dédry et Gosé, op. cit.). On peut conclure de cette attitude sociale que « *l'introduction de savoirs nouveaux ne contredit en rien la croyance* » (Bonnet, 1994a:2). Mais Desclaux (1998) ne semble pas partager cette thèse culturaliste explicative de la distribution spatiale de la maladie. En effet en comparant les représentations étiologiques des maladies infantiles des mères africaines, françaises et thaïlandaises, celle-ci note des invariants, ce malgré la particularité de chacun de ces contextes culturels.

Cette deuxième série de lectures nous a éclairé sur la dynamique de construction des représentations étiologiques, sur la fonction de régulation sociale de la maladie et sur le culturalisme des théories de la maladie en Afrique. Mais elle ne nous a pas instruit sur la classification sociale des maladies selon les différents abords perceptuel ayant cours dans les groupes sociaux ni sur les catégories étiologiques particulières de certaines entendons par là les MTN. C'est ce qu'aborde la prochaine série de lecture.

La littérature nous informe au sujet de ces maladies qu'une classification est opérée en deux catégories :

- Celles dites chroniques et invalidantes,
- celles qui sont directement mortelles.

Selon cette organisation, les MTN ont atteint leur niveau actuel de destruction parce que la prévention, le contrôle et l'éradication se heurtent à des obstacles au niveau international, national et communautaire.

Chacune de ces instances est coupable d'un laxisme qui a favorisé la prolifération de ces maladies dans les zones tropicales.

À propos de la part de responsabilité affectée aux populations cibles des MTN, les lectures effectuées sur l'ulcère de buruli ont porté sur les caractéristiques générales des sujets atteints. L'étiologie de la maladie et les facteurs expliquant le non-recours des malades aux structures modernes ont également été abordé.

L'ulcère de buruli à un stade ulcéré peut occasionner certaines déformations physiques du sujet après la guérison. Ces effets de la maladie sont perçus comme ayant des répercussions négatives sur le système de production. Aussi la maladie est-elle interprétée dans le district sanitaire de Daloa comme un acte maléfique, un sort pouvant freiner les ardeurs d'individus réputés dynamiques dans leur secteur d'activité (Kouakou, 2002).

En fait, le vide informatif sur le mode de transmission de l'ulcère de buruli milite bien en faveur de la corruption des esprits dans les zones rurales. Ce mode de transmission ne manquant pas d'exciter l'imagination des populations cibles, certaines n'attribuent la maladie qu'à des origines surnaturelles dont les mauvais sorts, la malédiction ou les punitions divines (Kibadi 2006). Toujours au sujet du mycobactérium ulcerans, les interinfluences entre modèles étiologiques et options thérapeutiques ont constitué la substance des travaux d'Aujoulat (1999) au Bénin. Selon celle-ci, la maladie étant attribuée à un esprit de vengeance ou à la sorcellerie, les populations béninoises rejettent les structures modernes de soins pour s'en remettre aux thérapeutes locaux.

En outre, dans certains travaux les constructions étiologiques apparaissent comme le produit des interactions entre structures sociales. Un lien étroit apparaît ainsi entre le niveau d'instruction des populations et

leurs représentations de la maladie (Zogba, 2005). Dans ce lien, plus les acteurs sont instruits plus ils attribuent la maladie à des causes naturelles et plus ils sont illettrés plus ils pensent que l'ulcère de buruli est le fait de sorciers ou de génies. L'étude de Zogba nous a fourni une première approche de la morbidité liée à cette maladie dans la zone d'étude.

Quant à la bilharziose urinaire, certains travaux ont indiqué que les communautés ivoiriennes ne la reconnaissent pas « *comme une menace sérieuse à la vie ou même pas comme une maladie* ». Des considérations d'ordre purement culturelles et physiopathologiques comme modalité dominante de l'incidence de cette maladie sont évoquées. Le rapport annuel de l'ADRAO (op. cit.) adhère à cette conclusion ci-dessus évoquée.

En ce qui concerne la filariose lymphatique, elle est socialement considérée comme un lourd fardeau social, particulièrement grave du fait des caractéristiques particulières de la maladie (OMS, Aide-Mémoire N°102, Révisé septembre 2000).

Au regard des lectures effectuées sur les MTN, celles-ci sont socialement considérées comme des maladies graves même si cette perception semble varier dans certains contextes culturels selon les catégories sociales. Quel est alors la perception africaine de la maladie et celle de son antonyme la santé et quels sont les facteurs déterminant dans cette dimension de la maladie?

1. 5.2 La perception de la maladie et de son antonyme la santé

Au lendemain de sa création en 1947, l'OMS définissait la santé comme « *un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, Rapport 1993). L'observation des indicateurs de santé dans le monde actuel nous donne de penser que cela relève de l'utopie. Aussi cette notion est-elle différemment

appréciée par les communautés selon les auteurs qui se sont penché sur la question.

Memel Fotê indique par exemple que les représentations ivoiriennes de la santé et de la maladie intègrent l'état physique, psychologique et social de l'individu. Selon lui, les ivoiriens perçoivent la santé comme un état de « *complète plénitude heureuse d'être* » (1998:26). Cependant pour Malher que cite Raynold (1986), la santé consiste en la capacité de l'individu à maintenir un état d'équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux. Une nuance est toutefois nécessaire dans la conception de la santé entre sociétés traditionnelles et sociétés occidentales. Dans les premières, la santé est perçue en termes de rapport d'équilibre entre les gens, entre les gens et la nature, et entre les gens et les puissances surnaturelles, tandis que dans les secondes, la définition de la santé est « *moins globalisante, même si elle comporte des aspects physiques, des aspects psychologiques et comportementaux* » (Helman, 2000:84).

De ces différents points de vue, on peut retenir que l'individu est en bonne santé que lorsqu'il est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladies, ou incapacités. L'état de santé est alors déterminé par des facteurs biologiques, environnementaux, sociaux et par le système de soins.

Ces différentes approches du concept de santé fortes enrichissantes, en plus de paraître quelque peu ambiguës, manquent de montrer les différentes implications sociales de celles-ci. D'autres auteurs se sont attelés à cette tâche. Ainsi pour Golberg cité par John Copplestone (1991), la majorité des définitions classe les problèmes de santé selon trois abords:

- un abord perceptuel qui définit la santé comme étant une perception du bien-être. La définition de l'OMS sus-formulée est basée sur cette approche,
- un abord fonctionnel, qui décrit la santé comme étant la capacité de bien fonctionner ou l'état de capacité optimale

d'un individu en regard de l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquels il a été socialisé,

- un abord relatif à l'adaptabilité, la santé étant alors l'ajustement réussi et permanent d'un organisme à son environnement. La maladie correspondant de ce point de vue à un défaut d'ajustement.

Un modèle classificatoire des maladies est aussi établi par les sciences biomédicales selon divers critères :

- les symptômes (douleur, hémiplégie....),
- l'organe ou la fonction atteinte (maladie de la peau, du système digestif...),
- le mécanisme (maladie dégénérative....)
- la cause (infectieuse, génétique, traumatique...) et les effets (maladie bénigne, fatale, handicapante).

De cette catégorisation de la santé et des maladies, on retiendra que celles-ci sont des « faits sociaux totaux » puisse qu'intégrant chacune des instances de la vie en société.

À l'opposé, les sciences biomédicales définissent la maladie comme l'altération de l'état de santé, l'incapacité du corps à utiliser les défenses organiques contre une agression externe (traumatisme, virus, infection, bactérie), en d'autres termes le dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique (Kleinman, 1980). En rapport avec cette approche, la perception de la gravité de la maladie est apparue pour certains comme une variable selon le contexte culturel. Elle ferait intervenir des éléments subjectifs, liés aux comportements socioculturels de l'hôte et à son environnement. Si chez les occidentaux les grands symptômes qui prévalent à l'état de maladie sont la douleur, la fièvre et la fatigue et que même une fièvre aussi isolée ou modérée soit-elle fait l'objet d'exams cliniques et biologiques (Benoist, 1996), chez les africains, le sujet est reconnu en souffrance à travers son apparence physique amaigrit, son inactivité, son incapacité à procréer ou l'insomnie (Memel Fotê, 1998).

L'attitude populaire face à des maladies perçues comme non-débilitantes telles que les schistosomiasis illustrent bien cette position de l'auteur. Dirk Engels écrit d'ailleurs à ce propos que :

« [...] *l'amélioration de la lutte contre les **schistosomiasis** en Afrique subsaharienne **nécessite d'avoir un plus grand recul sur la vision de la morbidité. Cela passe par une meilleure documentation de la morbidité grave et de la morbidité cachée au niveau communautaire*** » (2000:20).

Bien évidemment devant des lectures différentes de la maladie, il ne peut s'ensuivre que des réactions sociales différentes. Les approches analytiques des recours de soins peuvent être rangées principalement selon les perspectives économicistes et culturalistes. Pour la tendance économiciste, les facteurs déterminant le recours aux soins est le pouvoir d'achat des acteurs. Quant aux culturalistes ou « taxinomistes », leurs écrits tendent à classer les problèmes de santé selon le postulat que les individus opèrent une catégorisation de ceux-ci selon les réponses locales de soins. Nous revenons sur ce point dans le chapitre portant sur les taxinomies et leurs critiques. Tursz (1999) dont on peut ranger les travaux dans la toute première tendance s'est intéressé à l'évolution de l'état de morbidité au Togo et au Congo. Il a découvert que la durée d'évolution des symptômes est égale ou supérieur à trois jours avant le premier recours au centre de santé dans 63% des cas. Selon l'auteur, cette situation trouve son explication dans le manque de moyens financiers, dans la qualité des soins offerts mais aussi dans le regard que l'entourage du malade porte sur l'infortune de celui-ci. Ces observations illustrent bien l'idée que les perceptions sociales des problèmes de santé sont des constructions impliquant le contexte culturel, le statut social et le contexte précis de morbidité (Lartigau-Roussin, 2003).

Ces différents facteurs sont également observés comme pouvant être pris en compte dans la quête de soins.

1.5.3 La trajectoire thérapeutique

Objet d'étude assez prisé en Anthropologie de la santé, l'itinéraire de soins a surtout été traité sous l'angle de la liberté de mouvement des acteurs dans des contextes dits de « pluralisme médical » (M'bokolo, 1984). En Afrique ce pluralisme thérapeutique observé face à la maladie prend ses origines dans l'entreprise coloniale. Pour M'boukou (op. cit.), le rôle joué par la colonisation dans les habitudes de soins en Afrique donne à ceux-ci tout leur intérêt en tant qu'objet d'étude. Il note de ce point de vue que les pratiques thérapeutiques dans les mondes postcoloniaux n'ont pas qu'un poids médical mais ont également des implications politiques, économique, sociales et culturelles.

Tandis qu'en Afrique ces mouvements de quête de soins sont opérés entre des médecines aux usages relativement ressemblant (médecine moderne officielle et médecines traditionnelles), sous d'autres cieux, on parle de recours à des « *médecines douces* » ou « *médecines alternatives* » (Marcellini et al., 2000). Tout compte fait, les écrits relatifs à cette question sont unanimes sur une chose, c'est que le recours à des types de soins autres que celui reconnus comme officiels dans un contexte social découle d'un désenchantement des acteurs de ce système. Ainsi Jean Benoist s'intéressant à l'émergence de nouvelles médecines en France écrit que « *l'affirmation de leur existence se fait surtout par une adhésion passionnelle, capable d'entreprendre en leur nom polémiques et combats face aux médecins et à leur médecine, accusés à la fois d'agressivité et d'impuissance* » (1998:10). Ce désenchantement vis-à-vis de la médecine officielle en Afrique a conduit à une redéfinition des rapports des populations à cette médecine la réduisant parfois au remplissage d'une

fonction de réassurance dans l'identification de la maladie (Marcellini et al., Ibid.).

Cette littérature met en outre au centre des mouvements des acteurs sociaux tout le lien social de ceux-ci. Selon Marc-Eric Gruénais (1986), cet itinéraire de soins fait pénétrer l'observateur dans un univers d'événements « *épisodes pathologiques, recours à différents thérapeutes, conflits familiaux* » dont il n'est pas toujours aisé de comprendre la cohérence face au « drame social » (Turner, 1972) prévalant en matière de santé sur le continent. Cette implication de tout le « capital social » de l'acteur trouve son sens dans la définition de la maladie qui postule que celle-ci s'inscrit dans une triple réalité psychique, biologique, culturelle et sociale. Pour Janzen qui traita du parcours de soins comme d'un « fait social total » (Mauss, 1950) au zaïre, « *Le « rôle de malade » peut être analysé comme un moyen de définir et de mobiliser les droits et devoirs dans une communauté de personnes qui tiennent leur responsabilité du malade et qui jouent le rôle d'intermédiaire avec les spécialistes* » (1995:27). Mais dans cette définition de rôles sociaux vis-à-vis du malade, le soutien matériel joue également un rôle de premiers choix. Pour Frédéric Le Marcis, le contexte et le statut social du malade importe peu tant que la reconnaissance de son mal reposera sur un triple mouvement dont l'équilibre peut varier mais qui met à contribution un « *système de sens et un réseau de soutien défini culturellement, socialement et économiquement* » (non daté:5).

Par ailleurs plusieurs facteurs ont été identifiés dans la littérature comme déterminant les comportements de soins des acteurs. Angbo (1994), dans une étude réalisée dans le district sanitaire de Bouaflé, note que plus la distance vis-à-vis du centre de soins est estimée grande, plus les populations varient les pratiques thérapeutiques passant des soins modernes aux pratiques traditionnelles institutionnelles et à l'automédication. Au

terme de son analyse, il ressort que l'accessibilité des structures modernes de soins, l'âge du malade et la perception de la gravité de l'état de morbidité dont l'indicateur est le nombre de jours mis en souffrance sont les facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique.

Plusieurs études épidémiologiques ont montré que devant la maladie, les premiers soins sont généralement dispensés à domicile avec dans la majorité des cas des médicaments pharmaceutiques (Ouédraogo, op. cit.). Ce n'est que devant l'échec de la thérapeutique familiale qu'on recourt aux services modernes de soins. Ce comportement peut être indexé comme pouvant expliquer l'état dans lequel les malades sont transportés au centre de soins.

La quête de soins, est en outre l'occasion de contradictions entre croyances religieuses et choix thérapeutiques. Ainsi en dépit des divergences d'opinions entre les religions d'une part, et celles opposant les guides religieux d'une même confession d'autre part sur la pratique d'une catégorie de soins, les croyants sont généralement amenés à rechercher dans tout l'appareil de soins, celui perçu comme pouvant procurer la guérison. C'est pourquoi, on peut assister à une interaction entre pratiques divinatoires ordonnées par le guérisseur local et les prescriptions du médecin (Memel Fotê, 1998).

Outre la perception des catégories de soins et leur accessibilité, les rapports du malade avec son entourage sont aussi à prendre en compte dans les constructions thérapeutiques. Pour Vidal et al. (op. cit.), il reste acquis que le réseau de relation du malade est toujours impliqué dans la gestion de la maladie. Selon lui, le « cheminement thérapeutique » (Massé, 1997) est le lieu d'interactions entre le malade et son entourage. Celui-ci est toujours soucieux de lui faire profiter ses expériences qu'il conçoit comme similaire la situation présente. Par ailleurs, l'abandon d'un modèle de soins n'est pas

toujours seulement conseillé par un guérisseur où par un praticien mais peut-être dû au fait que le malade n'y trouve pas Satisfaction (Vidal et *al.*, Ibid.).

Dans cette dynamique de soins, le caractère migratoire des pratiques a également été étudié. Jean Pierre Olivier de Sardan indique qu'en Afrique, les pratiques thérapeutiques puisent dans «*les savoirs populaires, communs ou familiaux*». Ces savoirs ou «*remèdes de grand-mère*» (1996:5) varient d'un village à l'autre et d'une famille à l'autre. Pour l'auteur, la fréquentation des structures modernes de santé est d'abord liée à leur accessibilité (Irigo, 2002) et non à une différence entre comportements urbains et villageois.

« En ville, la complexité et la difficulté d'accès aux services de santé et la déplorable qualité de l'accueil militent en faveur de la connaissance personnelle d'agent de santé. Le non recours au centre de soins moderne en ce qui concerne les problèmes de santé infantile liés à l'alimentation est le même en ville et au village et fait référence à une conjonction de représentations populaires » (De Sardan, 1996:8).

Au chapitre des facteurs influençant l'itinéraire de soins, certains travaux situent la variation des symptômes. Cela s'observerait par exemple dans les cas de maladie chronique comme le sida où les constructions thérapeutiques sont caractérisées par leur complexité parce que se manifestant soit par une succession d'options du fait de la variation des signes de manifestation de la maladie soit par le cumul des choix (Vidal et *al.*, op. cit.).

Quelles que soient les raisons qui influençant le mouvement de soins sous les tropiques, une approche théorique s'est plutôt attachée à classer celles-ci en fonction de leur étiologie sociale, perception et nosographie.

1. 5.4 Des approches taxinomiques de la maladie en Afrique et leurs critiques

Dans son développement, la littérature socio-anthropologique relative au champ de la santé s'est historiquement enrichie de nombre de démarches classificatoires désignés par certains auteurs comme des taxinomies ou des « *typologismes* » (Augé, 1984). Ces approches taxinomiques étaient originellement rattachées au courant de la « folk-science » et étaient articulées autour d'une approche dite « émique ». Au nombre des auteurs ayant promu ce courant de pensée, on peut citer Foster, Gillies, Pritchards, Clements que cite Bonnet (1999) et plus récemment Jean Pierre Olivier De Sardan.

Foster que cite Augé dans sa classification des maladies, met en scène deux grands types de systèmes médicaux selon qu'ils s'appesantissent sur les thèses « *personnalistic* » ou « *naturalistic* ». La première s'attacherait à expliquer la maladie par « *l'intervention active et délibérée d'un agent humain (ancêtres, esprits) ou surnaturel (dieu)* » (1984:44) tandis que la seconde mettrait la causalité naturelle au cœur du trouble organique. L'auteur pense aussi que les deux registres peuvent coexister dans la même société face à plusieurs problèmes de santé.

Cependant dans une démarche plus nuancée, Gillies que cite Augé (1984:49) a établi au Nigéria une liste de maladies dont la malaria, divers types de fièvres, l'hépatite, les gonorrhées et le ver de guinée comme ayant une explication naturelle pendant que d'autres maladies dont il a tu les dénominations feraient quant à elles l'objet d'une explication surnaturelle. Une logique du même genre avait guidé les travaux de Pritchard (op. cit.) chez les Azandés lorsqu'il distingua les entités d'origine sorcellaire et celles dont les origines excluent toute action humaine.

Quant à Clements que cite Guiblehon (2008), il effectue une classification mondiale des causes des maladies selon cinq types:

l'incorporation d'un objet maléfique, la perte de l'âme, la possession par un esprit, la violation d'un interdit et l'agression sorcière. Parmi ces modèles, celui de Jean pierre Olivier De Sardan que cite Pierre-Joseph Laurent (1999) figure parmi les plus récents. Sous le sigle « ENPI », Jean-pierre Olivier de Sardan désigne un ensemble de maladies:

« [...] qui possèdent en commun la qualité d'être considérées soit comme des maladies de Dieu, soit comme des maladies prosaïques, ordinaires, simples, qu'on ne peut donc imputer à personne et qu'il convient d'opposer à celles dotées d'une origine magico-religieuse » (De Sardan que cite Laurent, 1999:1).

C'est le même son de cloche chez Jean-Noël Nguimbi-Mabiala (non daté) dans son étude sur les « bayombi » du Congo. Il y a distingué quatre groupes de maladies dont les maladies naturelles ou maladies de Dieu et les maladies surnaturelles sur la base de deux critères qui sont la résistance au traitement et la perception de la gravité. Il précise cependant que:

« [...] toute maladie peut avoir une origine naturelle ou mystique en fonction du degré de gravité: une maladie naturelle n'est souvent pas grave et ne nécessite pas de soins spécifiques, la médecine populaire suffit à la guérir. Ex.: la toux, la diarrhée, le furoncle...Toute maladie entraînant la mort cesse d'être considérée comme naturelle » (op.cit.: 37).

Mais si ces approches ont prospéré pendant une époque, notons qu'elles n'ont pu convaincre ad vitam aeternam tous les esprits érudits en science sociales de la santé. Good (1994) fut l'un des premiers à ouvrir la critique. Il reprocha aux «typologismes» leur image beaucoup trop consensuelle des faits et partant leur insuffisante prise en compte des contextes sociaux. Quant à Doris Bonnet, elle formula la critique selon laquelle:

« les taxinomies ne rendaient pas compte de la variété des représentations de la maladie, des logiques de pensée et des situations sociales qui les sollicitent mais aussi qu'elles

s'appuyaient exclusivement sur des matériaux recueillis dans des sociétés uniquement présentées comme des entités homogènes » (1999:6).

Pour Horton que cite Nicole Sindzingre, tout modèle classificatoire dans les sociétés africaines lorsqu'on s'intéresse à la causalité des maladies est une absurdité, c'est plutôt un genre différent de logique sur le mode du paradoxe, ou de la synthèse disjonctive qui prévaut. Selon elle, la « *complexité et l'imbrication des registres les uns dans les autres* » (1983: 115) indique que, toute maladie peut se retrouver dans les deux schèmes en considération de la situation concrète de morbidité.

On retiendra néanmoins de ces travaux que différents registres de causalité peuvent coexister dans une même entité sociale et ceux-ci peuvent parfois être commutables. Quelles soient exclusives ou inclusives ces approches taxinomiques font toutes apparaître les notions d'« *empirisme* » et de « *supernaturalisme* » dans la causalité de la maladie dans les sociétés traditionnelles.

Si l'on rejette de nos jours les taxinomies causales, on s'oppose également aux catégorisations des maladies en fonction du dispositif médicale dans la démarche de soins. Ainsi Pierre Cantrelle et Thérèse Locaux (1990) prennent le contrepied des approches culturalistes qui expliquent la maladie et la santé par le contexte culturel dans lequel celles-ci sont observées. Pour eux l'idée selon laquelle les africains auraient une prédilection pour la médecine traditionnelle n'est plus répandue puisque que les traitements traditionnels et modernes de certaines maladies classiques illustrent l'interférence entre les facteurs culturels, les comportements collectifs et les maladies.

Pour l'essentiel, l'on peut retenir de ces lectures critiques des modèles classificatoires l'importance accordée aux situations individuelles et sociales particulières dans l'affectation de causes à la maladie. La quête de

soins semble elle aussi s'affranchir de la grille de lecture classique réductionniste qui veut qu'à une explication causale précise corresponde une réponse de soins somme toute « pré-choisie ».

Eu égard à tout ce qui a été indiqué plus haut, la posture épistémologique adoptée dans le cadre de cette étude est compréhensive. Elle veut mettre l'accent sur les significations construites de la maladie quant aux représentations étiologiques et les facteurs déterminant la gravité de la maladie et ceux stimulant les recours aux réponses de soins. De ce point de vue, l'interprétation que les acteurs (chefs de ménages, malades, autorités coutumières, personnels de santé) produisent sur leurs problèmes de santé et les types de soins mis à leur disposition sont des facteurs à analyser pour leur prise en compte dans l'élaboration de thèmes de C.C.C portant sur une utilisation efficiente et précoce des structures de soins dans la région. Dès lors, il peut émerger des différents constats sus-évoqués sur le contexte sanitaire de Taabo un questionnement formulé dans la problématique qui suit.

1.6 Problématique et objectifs de recherche

1.6.1 Questions de recherche

Le principal questionnement qui guide ce travail sur la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN est formulé comme suit:

Comment le paludisme, la fièvre typhoïde et les MTN qui sont vécues à Taabo sont-ils perçus par les acteurs de ce contexte social et quelle est leur attitude face au dispositif thérapeutique local lorsqu'elles font l'expérience des dites maladies?

Trois questions spécifiques permettent de mieux comprendre cette préoccupation centrale.

- Quels sont les schèmes de conception et d'interprétation causale liés aux maladies à l'étude à Taabo ?
- Quels sont les facteurs mobilisés dans l'arène de la construction de la gravité de la maladie?
- Comment sont élaborées les stratégies et modalités d'utilisation des catégories locales de soins ?

Cette étude entreprise en vue de constituer un stock de connaissances sur la situation morbide de la sous-préfecture de Taabo, a pour objectif global *d'évaluer le niveau de connaissance et de réaction des populations vivant dans cette zone face aux MTN*¹⁶.

1.6.2 Objectifs de recherche

Pour atteindre l'objectif principal sus-indiqué, nous chercherons spécifiquement à :

- Montrer les représentations socio-étiologiques liées aux MTN à Taabo.
- Identifier les facteurs déterminants dans le processus de construction de la gravité des MTN.
- Décrire le processus d'élaboration des stratégies et modalités d'utilisation des catégories locales de soins.

¹⁶La présente recherche a été entreprise dans le cadre général de l'étude CAP (connaissance, attitude et pratique) réalisée sur les maladies négligées à Taabo. Elle a été commanditée par le projet DSS avec pour objectif global de rechercher les facteurs comportementaux pouvant expliquer la prolifération et la persistance de ces maladies et ceux liés à la résistance sociologique au traitement parasitologique de masse plus haut évoqué.

Toute cette démarche est sous-tendue par une thèse et des hypothèses.

1.7 Thèse et hypothèses

La thèse soutenue par cette recherche est que:

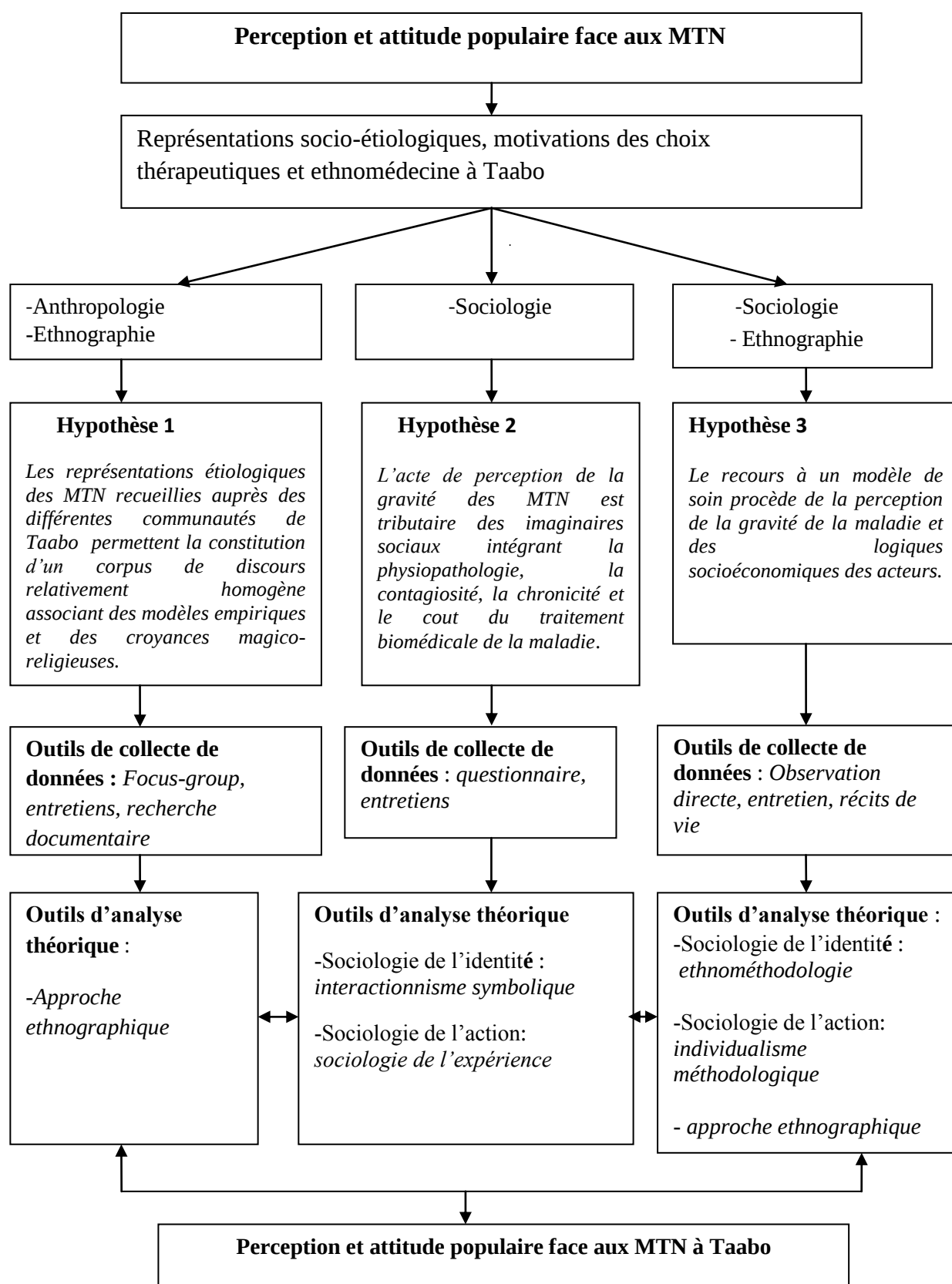
Les réactions populaires face aux MTN vécues à Taabo varient en fonction de chacune de ces maladies. Cette attitude est tributaire de la perception locale de la notion de gravité de la maladie. Face à l'état de morbidité, la trajectoire de soins est fortement influencée par cette notion de gravité de la maladie et par les logiques socioéconomiques du malade.

Trois hypothèses supportent cette réflexion centrale :

- Hypothèse 1 :** Les représentations étiologiques des MTN recueillies auprès des différentes communautés de Taabo permettent la constitution d'un corpus de discours relativement homogènes associant des modèles empiriques et des croyances magico-religieuses.
- Hypothèse 2 :** L'acte de perception de la gravité des MTN est tributaire des imaginaires sociaux intégrant la physiopathologie, la contagiosité, la chronicité et le coût du traitement biomédical de la maladie.
- Hypothèse 3 :** Le recours à un modèle de soins procède de la perception de la gravité de la maladie et des logiques socioéconomiques des acteurs.

Le cadre conceptuel construit a la page suivante présente les hypothèses, les moyens de leur vérification c'est-à-dire les outils de collecte de données, les outils d'analyse théorique et les implications disciplinaires de l'étude.

Figure n°3 : Cadre conceptuel de l'étude



Source : Notre étude sur la « perception et l'attitude des populations de taabo face aux MTN »

1. Cadre méthodologique de la recherche

Elle rassemble l'ensemble des procédés et techniques au moyen desquels l'étude a été réalisée. Ainsi les étapes de la recherche, la délimitation du champ, les techniques de collecte de données, l'échantillonnage et les approches théoriques suivants ont rendu ce travail possible.

2.1 nature de l'étude

La recherche entreprise sur le phénomène de la « *perception et l'attitude des populations face à la maladie* », se voulant hypothético-déductive, épouse par conséquent les objectifs généraux que s'assigne une recherche de type mixte. C'est une étude transversale dans laquelle recherche documentaire, entretiens semi-dirigés, focus group, questionnaires, observation directe des activités de gestion des problèmes de santé ont permis de réunir les données à analyser. Ces différentes méthodes utilisées ont été « *arrimées aux objectifs de cette recherche de manière à approfondir* » (Mongeau, 2008:33) notre compréhension des comportements sociaux face à la maladie dans la région de Taabo.

2.2 Étapes de la recherche

Ce travail est l'aboutissement de plusieurs étapes dont il convient ici d'indiquer la progression.

2.2.1 La recherche documentaire

À ce niveau de la collecte des données, nous avons recouru à divers types d'écrits sur la maladie en générale mais plus précisément sur les MTN. Cette recherche bibliographique s'est en partie déroulée dans des

centres de documentation et sur la toile. Notons par ailleurs, que la recherche documentaire ayant permis de constituer une part importante des références de l'étude a bénéficié de l'immense base de données du centre de documentation de l'OMS Côte d'Ivoire sur les maladies tropicales négligées. Cette recherche documentaire a également consisté à participer à une formation en parasitologie sur les MTN quant à leurs étiologies et conséquences médicosociales. Ces activités devraient nous permettre de mieux appréhender ces problèmes de santé dans la collecte des données de terrain. Elle a été suivie de la pré-enquête.

2.2.2 La pré-enquête

La pré-enquête s'est déroulée pendant le mois de novembre de l'an 2008. Son objectif était de mettre les outils de collecte de données à l'épreuve de l'environnement physique et social de Taabo. Elle a porté sur le village de Delikoffikro, village situé à 14 km de Taabo cité. Le choix de ce site obéissait à deux critères sociologiques en l'occurrence sa coloration humaine et la diversification des activités socio-professionnelles en rapport avec les ressources hydriques qui s'y trouve. Au terme de cet exercice, questionnaire et entretiens individuels et de groupe ont été adaptés à notre objet d'étude.

2.2.3 L'enquête de base

L'enquête dont les données ont permis de construire ce travail a été réalisé par 08 étudiants dont nous-mêmes en raison de sa densité. Portant sur 13 localités de la sous-préfecture de Taabo, elle s'est déroulée en plusieurs étapes dont deux principales effectuées en mars et mai 2009 par toute l'équipe de recherche. Cependant d'autres voyages dont l'objectif

était de réaliser des entretiens individuels avec personnels soignant et personnes ressources ont été effectués en septembre 2009 et août 2010.

2.2.4 Le dépouillement des données primaire

Les données quantifiables ont été analysées à l'aide du logiciel EPI-info version 6.04dfr. Quant aux données qualitatives, elles ont fait l'objet d'une analyse thématique selon le modèle proposé par Anne Gotman et Alain Blanchet. Cette méthode permet de découper transversalement les points des entretiens qui se réfèrent au même thème. Il s'agit ainsi de rechercher « *une cohérence thématique inter-entretiens* » (1992:98). Cette analyse a favorisé la recherche de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations dans l'élaboration des typologies étiologiques et thérapeutiques.

2.3 Lieux de collecte de l'information

2.3.1 Délimitation du champ de l'étude

La présente étude s'est étendue sur 13 des 14 localités de la sous-préfecture de Taabo. Ces sites que sont: *Taabo cité, Taabo village, Léléblé, N'dènou, Kotiéssou, Ahouati, Amani menou, Sokrogbo, Sahoua, Ahondo, Tokohiri, Aheremou II* et *Kôkôtikouamékro* regroupent les groupes ethnolinguistiques autochtones baoulé et dida et de fortes communautés allochtones et allogènes. Ces populations sont attirées par les potentialités naturelles constituées du plan d'eau du barrage, de terres fertiles et d'une pluviométrie favorables aux activités agro-pastorales¹⁷. Les raisons justifiant notre intérêt pour la « *perception et les attitudes face aux MTN* »

¹⁷Ces informations émanent d'une enquête réalisée par nous auprès des services des eaux et forêts de Taabo

dans cette zone sont que si ces problèmes de santé sont réellement vécus par les populations, cette réalité n'implique pas de façon automatique les mêmes réactions communautaires lors des épisodes morbides.

2.3.2 La sous-préfecture de Taabo

Située au Nord-Ouest de Tiassalé son chef-lieu de département, la sous-préfecture de Taabo se localise à 160 km d'Abidjan, à 85 km environ de la capitale politique (Yamoussoukro) et fait partie de la région ivoirienne des grands lacs. Elle est limitée au Nord par les départements de Toumodi et d'Oumé. À l'ouest par le département de Divo. La sous-préfecture de Tiassalé constitue la limite Sud et Est. Une bretelle bitumée de 15 km la relie à l'axe Abidjan-Yamoussoukro. Ce cadre territorial qui a vu le jour au lendemain de la construction du barrage était en fait le site d'hébergement des travailleurs expatriés et nationaux commis aux travaux de construction dudit barrage. Érigé en sous-préfecture par décret N°861021 du 24 septembre 1986. La mise en service de la nouvelle Sous-préfecture s'est effectuée le 12 septembre 1987 avec 14 villages¹⁸. Sa population actuelle est estimée à 37 792¹⁹ et elle couvre une superficie de 980km².

2.3.2.1 L'historique

L'histoire de Taabo se confond un temps soit peu avec celle de la reine Abbla Pokou et son escorte impériale lors de sa migration en Côte d'Ivoire. En effet, après son exode en Eburnie, la reine Abbla Pokou et le peuple Akan ont choisi de s'installer dans le Walèbo (sous-préfecture de Sakassou). Les *Swamlin*, « litt. *Porteurs d'éponges* » (en langue baoulé) et

¹⁸ Source: sous-préfecture de Taabo

¹⁹ Source DSS Taabo

d'instruments de forge de l'escorte royale auraient fait une halte dans la région située au Nord-Ouest de Tiassalé au bord du fleuve Bandama. Cette halte se serait transformée en un refus pour cette catégorie sociale de poursuivre la migration au côté de la souveraine dans le « *Walèbo* ».

Cette population dissidente aurait pris la résolution de garder par dévers elle les instruments impériaux²⁰ dont elle avait la charge. La reine aurait envoyé ses émissaires pour ordonner aux Swamlins de lui restituer ses biens. Les Swamlins, dissidents à l'autorité de la reine, auraient opposés un refus à celle-ci. Celle-ci vexée et irritée envoya une puissante expédition militaire qui châtia sans pitié ces « *irréductibles Swamlins* ». Au terme d'un ballet d'émissaires entre les deux parties, les Swamlins s'avouèrent vaincus et c'est alors que va entrer en vigueur l'acte de restitution des objets litigieux. Selon la coutume cela devait donner lieu à un cérémonial dans un cadre consacré par les devins et accepté par les parties opposées. Pour l'arbitrage des transactions matérielles et financières, une petite forêt ayant reçu l'aval des forces mystiques protectrices fut choisie.

Ces opérations consistant en fait en la restitution des objets litigieux, comportaient un autre aspect qui était un acte d'imposition financière dont la substance était le versement par les Swamlins à la Reine d'un tribu de 100 taya²¹. Le tribu ayant été évalué à 5000 grammes d'or soit 5 Kg d'or pur, « *Taabo* » qui est une déformation linguistique de « *tayabo* » serait né de cette transaction matérielle de 100Ta de poudre d'or (Taya), effectué dans un cadre « *bo* » (litt. *forêt ou massif forestier* en langue locale).

Au terme des travaux de construction du barrage hydroélectrique, le site d'habitation des personnels de cet ouvrage situé sur la rive gauche du

²⁰Ces instruments nommés « *Kanwu* » étaient constitués de barres de fer utilisés dans la confection des armes et des outils.

²¹1 TAYa est une mesure d'or équivalant à 50 grammes d'or pure

fleuve en territoire *N'gban* et nommé « *kongokro* » prendra le nom de Taabo cité pendant que l'ancien village quant à lui gardera le nom de Taabo village.

2.3.2.2 L'environnement physique

La sous-préfecture de Taabo est localisée dans une zone de transition entre les parties savannicole et forestière de la Côte d'Ivoire. De ce fait, sa végétation est constituée au sud de quelques forêts rescapées d'une exploitation forestière accrue pendant ces dernières années et d'une agriculture itinérante, au centre de rôniers et au nord de savanes arborées et de quelques galeries. En outre il existe une forêt classée du nom de « *Goudi* » qui se situe à cheval entre les sous-préfectures de Taabo et de Hiré. Le relief est peu accidenté dans sa partie ouest avec des chaînes de collines et des bas-fonds²², plat au centre et au nord. Les sols sont argileux sableux au nord-ouest et au nord et granitiques au sud. Le climat est de type tropical avec 4 saisons dont 2 pluvieuses et 2 sèches. La température quant à elle varie entre 28° et 30°. En ce qui concerne l'hydrologie, elle se compose essentiellement du plan d'eaux du barrage construit sur le fleuve Bandama et de quelques cours d'eaux saisonniers.

2.3.2.3 Le puzzle humain

La population de la sous-préfecture de Taabo, très composite est évaluée à environ 37.792 âmes. S'étendant sur 14 localités dont 07 Swamlins²³, 04 « *N'gban* » et 02 dida, cette population intègre les groupes ethnolinguistiques Akan et krou. Les Swamlins sont de loin les

²² Au terme d'une cartographie de la zone, les services des eaux et forêts ont dénombré 500 bas-fonds c'est donc à juste titre qu'on parle de région des lacs.

²³ Le site actuel d'habitation des Swamlins serait celui où étaient installés les « Akpatifoè »

communautés les plus importantes numériquement. Les communautés allochtones et allogènes, émanation d'un exode national et sous régional sont toutes aussi composites puisque constituées d'importantes communautés burkinabées, maliennes²⁴, guinéennes et autres. Quant aux communautés allochtones, elles se répartissent essentiellement entre voisins baoulé *Gblo*, *Agba*, *Saticlan*, *N'zipkli* et *Malinké*.

2.3.2.4 Les infrastructures de développement

2.3.2.4.1 Les services administratifs...

Au terme des travaux de construction du barrage, le site exclusivement aménagé pour héberger le personnel était destiné à être démoli. Ce cadre a été récupéré par les autorités ivoiriennes et doté au fil des ans de plusieurs services administratifs et privés dont le bureau de la sous-préfecture en premier. Les autres services suivront pour donner à la cité son image actuelle de centre urbain apparent.

- le bureau de la sous-préfecture ouvert en 1987,
- le bureau de la mairie ouvert en 1995,
- la brigade de gendarmerie ouverte en 1987,
- le bureau de la trésorerie ouvert en 2008,
- le bureau du ministère de l'agriculture et des eaux et forêts ouvert en 1987,
- le bureau de l'inspection de l'enseignement primaire ouvert en 2008,
- la COOPEC ouverte en 1994

²⁴En terme de démographie, les communautés maliennes et burkinabées sont les plus importantes des allogènes. Selon les données du DSS, les maliens étaient estimés à environ 3141 individus tandis que les burkinabé quant à eux faisaient 776 individus.

Ces différents services structurent la vie administrative et économique des communautés.

2.3.2.4.2 Les équipements Sanitaires

L'offre de soins biomédicale est assurée par un hôpital général, par 3 centres de santé et par 02 dispensaires ruraux. L'hôpital générale de Taabo est devenu un service publique en 1987, année d'ouverture du bureau de la sous-préfecture. Avant cette année, cet établissement était géré par un personnel italien dont l'objectif était la prise en charge sanitaire du personnel de la construction du barrage. Ce centre hospitalier jouit aujourd'hui encore d'une grande renommée qui s'exprime par une affluence des populations de toute la sous-préfecture mais aussi de Tiassalé, de Hiré, et de Toumodi pour se voir offrir parfois des soins de premiers niveaux. Sept services sont assurés par ce centre. Ce sont:

- La médecine générale
- La chirurgie générale
- La maternité
- La pharmacie
- Le laboratoire d'analyse
- Le cdv (centre de dépistage volontaire)
- Les programmes de lutte contre l'ulcère de buruli et de la tuberculose.

L'institution traditionnelle de soins est représentée par plusieurs professionnels de ce domaine²⁵. Le commerce ambulant de médicaments pharmaceutiques semble être une activité très florissante dans la région puisque que de nombreuses dames s'y activent dans tous les villages. Une

²⁵Compte tenu de l'informalité de ce secteur, on ne dispose pas de chiffre permettant d'en situer le nombre exact. Mais les professionnels seraient au nombre de Trois dans la région

officine privée est ouverte à Taabo cité, mais des dépôts de produits pharmaceutiques au nombre de trois (3) existent dans les villages de Amanimenou, Taabo village et Aheremou II.

2.3.2.4.3 Les équipements scolaires

La sous-préfecture de Taabo totalise 26 écoles primaires publiques et confessionnelles. À ces établissements, s'ajoutent le collège municipal ouvert en 2000, 1 collège privé et 1 centre social féminin. L'ensemble de ces écoles primaires publiques compte 7625 élèves.

2.3.2.4.4 Les activités socioéconomiques

En dépit du caractère apparemment urbain de la cité, la sous-préfecture de Taabo est une zone essentiellement agricole. Les activités de ce secteur se répartissent entre maraichage, cultures vivrières et spéculations agricoles de rente. Si on note une spécialisation de certaines communautés dans la production vivrière, les cultures d'exportation telles que le cacao et le café sont pratiquées par toutes les communautés. Le maraichage et la culture de légumes sont principalement l'activité de femmes allochtones et allogènes.

L'hévéaculture et le palmier à huile, quelque peu récents dans la région qui sont l'affaire d'allochtones résidant pour la plupart à Abidjan se situent à Taabo village pour ce qui est de l'hévéa et à N'dènou, Amanimenou et à Sokrogbo pour ce qui est du palmier. Ces activités rassemblent les communautés autochtones baoulé et dida et allogènes burkinabés.

Outre l'agriculture, les activités de pêche, d'élevage et de commerce sont aussi pratiquées, mais par des communautés spécifiques. La pêche est pratiquée en majorité par les communautés maliennes bozo et par une

minorité de jeunes Swamlins qui exercent cette activité à temps partiel puisse qu'agriculteur de profession.

Les activités d'élevage se répartissent entre autochtones, allochtones et allogènes. Cet élevage est constitué des espèces bovine (19 parcs), ovine (11 parcs), porcine (1 parc) et volaille (1 parc). L'espèce caprine étant un élevage est de type traditionnel, on en ignore le nombre de têtes.

Le commerce professionnel local est exercé en majorité par quelques allogènes Burkinabés, Guinéens et Mauritaniens. Ce sont ces communautés qui tiennent la plupart des boutiques de produits de première nécessité, de vêtements, de pièces de rechange, de produits phytosanitaires et de carburant. Les autres activités de commerce tel que la vente de vivriers, de poissons sont également réparties entre femmes autochtones et allogènes. À côté de ces activités, se tiennent les activités du secteur informel.

Tableau1: Récapitulatif des infrastructures de développement de la sous-préfecture de Taabo

Types d'équipements	Effectifs
Ecoles	26
Structures de soins	06
Lieux de cultes	23
Marchés	04 ²⁶
Pompes hydrauliques	37
Unités industrielles	01
Parcs de bétails	19
Officines privées et dépôt	07
Châteaux d'eaux	06

Source: Notre enquête auprès des services municipaux de Taabo

2.3.2.4.5 Les transports, l'infrastructure routière et les autres commodités de vie

Une seule compagnie de transport en commun relie Taabo cité à la capitale économique Abidjan. Cette distance longue de 190 km et tarifée à 2000f CFA est couverte par deux départs les jours ouvrables et un seul départ les dimanches. Seule la voie reliant Taabo cité à Abidjan est bitumée. Aussi le déplorable état des autres voies militent en faveur des motocyclettes, des bicyclettes et de la marche rend-t-il complexe les déplacements en direction de Tiassalé, de Djèkanou et de Hiré qui sont les centres urbains voisins.

²⁶Le seul marché couvert est celui de Taabo cité. Les autres sont des espaces découverts. En général, c'est l'une des ruelles du village qui fait office de marché.

La localisation du barrage dans la région a favorisé la fourniture d'énergie électrique dans tous les villages. On ne saurait en dire autant pour l'eau potable qui étant seulement garantie à la cité, est une denrée plutôt rare dans certains villages. Aussi lorsque les pompes villageoises ou les châteaux d'eau viennent à tomber en panne, les populations ont pour seul recours les points d'eau de surface constitués de marres, de rivières, et des eaux du fleuve dans certaines localités.

2.3.3 Monographie des sites d'enquête

Comme indiqué plus haut, les données ont été collectées sur 13 différents sites auxquels ont été rattachés des campements. Il convient ici de présenter ces localités.

2.3.3.1 La localité de Taabo-cité

La localité d'origine est « *kongokro* » qui signifie « *chez kongo* »²⁷ en baoulé N'gban. Ancien terrain de chasse du fait d'une faune assez fournie en générale et de la présence abondante de l'antilope dont le site portera le nom, ces terres appartenaient aux communautés *N'gban* de Moronou qui en assure d'ailleurs aujourd'hui encore la chefferie. *Kongokro* est devenu Taabo cité au terme des grands travaux dont nous parlions plus haut.

Taabo cité est le chef-lieu de la sous-préfecture. Cette position privilégiée lui confère quelques avantages du point de vue des infrastructures de développement. De ce fait, l'électricité et l'eau courante y sont distribuées. Deux quartiers composent la cité, le quartier cadre et la cité ouvrière comme leur nom l'indique incarnent l'histoire de Taabo. Chacun de ces deux quartiers avait une fonction précise du temps des travaux de construction du barrage. Les cadres étaient logés dans un secteur

²⁷ « *Kongo* » est le nom que les baoulé N'gban donne à l'antilope

dont les rues étaient toutes bitumées et fait de villas luxueuses. Ce quartier aura gardé cette fonction en hébergeant l'élite de l'administration publique et privée locale. Quant à la cité ouvrière, elle regroupait tout le personnel ouvrier. C'est aujourd'hui un cadre extrêmement dégradé dans lequel les services de voirie sont inexistants et dont les habitations présentent un fort état de délabrement. Taabo cité est l'une des 4 localités *N'gban* de la sous-préfecture avec Kôkôtikouamékro et Ahéremou I et II.

Deux mythes fondent les origines du nom du sous-groupe baoulé « *N'gban* ». Une première version émanant de la chefferie et de la notabilité de Taabo cité nous a appris que les *N'gban* devraient leur nom au rôle que ceux-ci avaient joué au côté de la reine Pokou lors de sa migration en Eburnie. Peuple guerrier et assumant la garde rapprochée de la reine, « *N'gban* » serait la déformation de « *Kpan* » qui signifiant « *pousser un cri, crier* » en langue locale était un cri de guerre dont les *N'gban* se servaient pour mobiliser leurs troupes en cas d'attaque. C'est cette « *image cohérente et valorisante d'elle-même* » (Gramsci et Althusser que citent Braunstein et Pépin, 1998:21) que l'idéologie *N'gban* promeut plutôt que la seconde. Mais dans la construction de son identité, une autre version de l'histoire des *N'gban* qui est moins connue raconte que « *N'gban* » qui est le nom de la *dracunculose* aurait été contractée par la souveraine lors de son passage avec son cortège dans cette région. Les peuples restés à cet endroit auraient depuis lors gardés le nom de la maladie comme dénomination. Tout compte fait, les *N'gban* sont propriétaires des terres se situant sur la rive gauche du fleuve et donc voisin des Swamlins à l'ouest, des *n'zikpli* à l'est. La population de la cité est estimée à 7.247 habitants²⁸.

²⁸Cette données nous été confiée par le DSS de Taabo

2.3.3.2 Le village de Kôkôtikouamékro

«*Kôkôtikouamékro*» signifie village de kôkôti kouamé. Dro Kouamé, fondateur de ce village *N'gban* avait pendant son enfance un comportement assimilable à celui du porc nommé en langue local « *Kôkôti* ». Par analogie au comportement de l'animal, ses amis donnèrent à Dro Kouamé le sobriquet de Kôkôtikouamé c'est-à-dire « *Kouamé le porc* ».

Après le passage de la reine « Abbla Pokou », une partie du sous-groupe baoulé *N'gban* s'est installé dans les environs de Moronou. Des problèmes fonciers et des litiges liés à la chasse étant apparus au sein de cette communauté, Dro Kouamé se sépara de ses paires pour créer un village portant son nom. Ce village se situait sur l'axe Abidjan-Toumodi, dans les environs du carrefour de Taabosur l'axe Abidjan-Toumodi. Lorsqu'en 1902, les colons français, à Toumodi, demandèrent le représentant du village, Dro Kouamé fut présenté sous le nom de Kôkôti Kouamé. Le colonisateur retint ce nom et depuis, le village est nommé «*Kôkôtikouamékro*». Les oppressions liées aux travaux forcés poussèrent la population de ce village qui était situé sur le tronçon Toumodi-Abidjan à quitter l'axe routier pour s'installer sur le site actuel du village à environ 3km de Taabo cité.

En plus de la population autochtone on y trouve une forte communauté d'allochtones « *gblo* » et « *fafouè* ». Des burkinabés et maliens constituent les groupes allogènes de cette localité. Les activités socioéconomiques de cette population diversifiée sont principalement constituées d'agriculture pérenne et vivrière. Ainsi cacao, café, igname, banane, riziculture et plus récemment l'hévéaculture occupent la majorité du temps des communautés du village. Toutes les communautés se retrouvent dans chacune des espèces culturelles. L'habitat est de type moderne (briques et tôles) et traditionnel (terre battue et paille). La majorité des habitations ne dispose pas de

latrines. Dès lors l'évacuation des selles se fait dans la nature. Kôkôtikouamékro ne possédant pas de structure de santé, celui-ci partage le même air sanitaire avec Taabo cité. Sa population est estimée à 1.409 habitants²⁹.

2.3.3.3 La localité d'Ahondo

Situé à 9km à l'est du chef-lieu de la sous-préfecture, Ahondo est l'un des sept villages swamlins que compte celle-ci. Son appellation vient du mot Swamlin « *wohodo* » qui désigne un fumoir de produits de pêche et de chasse. La population est constituée d'autochtone swamlin, d'allochtone *gblo*, *gôly*, *saticlan*, *senoufo*, *wobé* et *adjoukrou* et d'allogènes maliens et burkinabés. Les constructions du village sont de type moderne (briques dures et tôles) et de type traditionnel (terre battue et paille). Les latrines et douches construites en terre battue n'existent que dans quelques concessions. La population vit essentiellement d'agriculture. Mais la proximité du village avec le fleuve³⁰ a permis le développement d'importantes activités de pêche pratiquées par les allogènes maliens bozos.

L'électrification villageoise, un forage de la SODECI et cinq pompes villageoise, une école primaire de 6 classes, un château d'eau occasionnellement fonctionnel et un dispensaire rural constituent les infrastructures de ce village de 2.203 habitants. Une seule voie traverse le village et celle-ci relie Taabo cité à Sahoua.

²⁹ Source : DSS

³⁰ 01 km fleuve environ

2.3.3.4 Le village de Sahoua

Sahoua est situé à l'est de Ahondo et à 11km de Taabo cité. C'est un petit village peuplé d'autochtones swamlin, d'allochtones baoulé (*gblo*, *godê*, *ahitou*), *senoufo*, *bété* et *yacouba* et d'allogènes maliens et burkinabés. Les constructions du village sont de type moderne (briques dures et tôles) et de type traditionnel (terre battue et paille). Dans les campements, celles-ci sont de type traditionnel. Il n'y a pas de latrines dans le village et l'évacuation des fèces se fait aux alentours du village. On y trouve quelques douches en terre battue.

L'agriculture pérenne constituée de caféiculture et de cacaoculture est réalisée par les autochtones baoulé swamlin et les allogènes burkinabé. Une pêche, de type traditionnel est pratiquée en majorité par les allogènes maliens avec quelques autochtones qui s'y adonne à temps partiel.

Sahoua est électrifié mais ne possède pas d'infrastructures hydrauliques modernes. Le ravitaillement en eau se fait dans les marres. Le village compte une école primaire publique de quatre classes. La population du village a été estimée à 1534 habitants en 2008.

2.3.3.5 La localité de Léléblé

Léléblé est situé au nord de Taabo cité et à une végétation de forêt. Les autochtones sont les baoulés swamlin. Cependant cette communauté partage son quotidien avec des communautés ivoiriennes *senoufo* et *Agni*. L'on y retrouve des allogènes burkinabé, guinéens et mauritaniens. Toute cette population est estimée à 5.690 habitants. On retrouve deux types d'habitat dont l'un de type moderne construits en brique dure et recouvert de tôle et l'autre de type traditionnel fait de terre battue et recouvert de matériaux végétaux dans le village. Les habitations ne disposent en générale pas de latrines. À l'instar des autres villages de la sous-préfecture,

Léléblé est électrifié mais en plus est fourni en eau potable par un château d'eau. En outre, trois (3) écoles dont deux (2) primaires et une maternelle, un dispensaire rural et un marché couvert constituent les infrastructures de développement. L'accès à Léléblé est possible par une seule voie difficilement praticable en saison pluvieuse.

2.3.3.6 Le village d'Amani menou

Situé à une quarantaine de kilomètres en aval du barrage, à environ 45 kilomètres de Taabo cité et à trois kilomètres du fleuve Bandama, Amani menou est l'un des deux villages dida de la circonscription administrative de Taabo et l'un des plus grands par la superficie et par la population.

La dénomination de ce village contraste quelque peu avec ses composantes sociales. Amani menou est un nom Baoulé qui signifie « *la palmeraie d'Amani* ». Le site actuel du village était une vieille palmeraie abandonnée appartenant à un ressortissant d'Ahouati du nom de « *Amani* ». Ce site a été offert à une communauté de « *Dida mafia* » venue de Divo en quête de terres fertiles pour pratiquer de l'agriculture par les communautés d'Ahouati. L'hospitalité leur fut accordée dans ce paysage et le village en conserva le nom. La proximité de ce village avec le village-tuteur³¹ lui a permis d'avoir une population cosmopolite. Cette population se compose de dida et de baoulé swamlin tous deux se considérant aujourd'hui comme les autochtones. Cependant la chefferie est tenue par les Dida. À ces communautés, s'ajoutent des communautés allochtones en majorité baoulé et une forte communauté allogène constituée en majorité de burkinabé. Ces communautés vivent principalement d'agriculture. Celle-ci est constituée de cultures pérennes et de cultures vivrières. Les maisons sont construites en brique dure et en terre battue et couvertes de tôles et de feuilles de rônier.

³¹ Environ 3km

Ces habitations comptent peu de latrines. Par conséquent il n'est pas rare de trouver de la matière fécale jonchant les ruelles du village.

Amani menou est électrifié et possède 2 écoles primaires publiques. On n'y trouve également 2 cliniques privées non fonctionnelles et un dispensaire en voie d'achèvement. L'eau potable est fournie par 4 pompes hydrauliques. Mais il est observé des pannes récurrentes de ces pompes hydrauliques et dans ces conditions les populations se rabattent sur les points d'eau de surface qui servent généralement pour l'arrosage des plans de cacaoyers et de palmier à huile pour les besoins domestiques. La population du village est estimée à 3.446 habitants³².

2.3.3.7 La localité de Sokrogbo

Sokrogbo est le deuxième village *dida* de la sous-préfecture et est situé à environ 45 km de Taabo cité. Sa végétation est constituée de savanes et de forêts claires par endroit. La population se compose d'autochtones *dida* et de baoulé « *Ahua* ». À ceux-là s'ajoutent des allochtones baoulé, Senoufo et Wôbè. Les populations allogènes dominantes sont les burkinabé. Mais y vivent également d'autres communautés allogènes maliennes et les ghanéennes. Les constructions sont de type traditionnel (terre battue et paille) de type moderne (brique dur et tôle). Les habitations comptent peu de latrines aussi l'évacuation des fèces se fait-elle aux alentours du village. L'agriculture est l'activité principale de ces communautés et elle se compose de culture pérenne et de cultures vivrières. Une pêche de subsistance est pratiquée par la petite communauté malienne *Bozo* dans le fleuve Bandama.

³² Source: DSS de Taabo

L'électricité est fournie et deux écoles primaires publiques, un centre de santé et 3 pompes hydrauliques dont une seule fonctionnelle, constituent les infrastructures de développement. L'irrégularité du trafic reliant Sokrogbo à Taabo cité illustre les difficultés de circulation dans cette région. La population est estimée à 2.181 habitants et cette population se repartie sur 316 ménages³³.

2.3.3.8 Le village d'Ahouati

La localité d'Ahouati est l'une des sept des swamlin de la sous-préfecture. Ce village est situé à environ 38 km de Taabo cité. Le récit de la création de ce village met en scène la migration d'un sous-groupe *Gouro* originaire de Bouaflé venu s'installer aux cotés des swamlin qui vivaient dans la partie ouest des terres leur appartenant. Cette communauté *Gouro* y serait restée, ce qui a occasionné un métissage dans la population d'Ahouati. Nonobstant cette configuration de la population les swamlin sont chef de terre. Les autres communautés vivant dans ce village sont des allochtones *Agni*, *Saafoué*, *gblo,dida* et *Senoufo*. On y retrouve des allogènes burkinabé, malien et guinéen. La communauté burkinabé est la plus représentée des ressortissants allogènes dans la localité.

Le matériau de construction dominant est de type moderne. Mais la rareté des latrines conduit à une dégradation des alentours du village, ces endroits constituant les lieux d'excrétion des fèces. À l'instar des autres villages, l'activité principale des communautés de ce village est l'agriculture. Les équipements constitués de 4 pompes hydrauliques, d'une école primaire et l'électricité sont fournis. Une petite unité agricole moderne de production d'ananas (SCB) existe également dans cette localité. Le transport, assuré par des taxis brousse est soumis au régime des saisons. En période de saison pluvieuse, il est impossible de joindre cette

³³ Source : DSS Taabo

localité compte tenue de l'état de la route reliant le village au chef-lieu de sous-préfecture. La population est estimée à 1.515 habitants pour 244 ménages.

2.3.3.9 Le village de Kotiéssou

À 18km de Taabo cité et en aval du barrage, se situe le village de Kotiéssou. On y retrouve deux types de relief que sont la forêt et la savane arborée. Le fleuve Bandama est localisé à 5 km. C'est l'un des 7 villages swamlin de la zone. Les communautés allochtones se composent de Baoulé *Agba*, *Ayahou*, *N'Zikpli* et *N'ghan* de *Senoufo*, *d'Agni*, et de *Lobi*. Les groupes allogènes dominants sont les Burkinabé. À ceux-là, s'ajoutent une petite communauté de Maliens. L'activité économique dominante est l'agriculture mais à Kotiéssou, on trouve quelques activités professionnelles d'élevage. Ce sont: l'élevage de bovins et de porcins constitués d'un ranch pour chacune des espèces. Cette activité appartenant à des allochtones occupe des autochtones et des allogènes. Quant à l'agriculture, elle y est essentiellement constituée de culture de rente et cultures vivrières.

L'habitat est de deux types tout comme dans les autres villages de la région. La rareté des latrines dans le village et l'élevage de type traditionnel auquel les populations s'adonnent a pour conséquence l'insalubrité qui existe dans le village. Kotiéssou possède 2 écoles primaires publiques. Il existe un centre de santé. La population est estimée à environ 2.010 habitants répartie en 412 ménages.

2.3.3.10 La localité de N'dènou

N'Dènou est caractérisé par deux types de végétation que sont la forêt à l'ouest et la savane arborée à l'est du village. Son relief est dominé essentiellement par le plateau. Il est situé à 5 km du fleuve Bandama et à 9

km en aval du barrage. Sa population est constituée d'autochtones swamlin d'allochtones Baoulé *N'Zikpli*, *Walèbo*, *Agba*, *Satiklan*, *N'gban*. Les groupes allogènes sont des Burkinabé et des Maliens. L'habitat est de type moderne (briques et tôles) et traditionnel (terres battues et pailles) avec environ 10 latrines dans le village. L'agriculture est la principale activité et elle se compose d'agriculture pérenne et de vivriers. N'Dènou possède une seule école primaire publique. Il y a également un château et 4 pompes villageoises dont deux fonctionnelles. Il n'existe pas de centre de santé dans le village. Pour les soins médicaux, les populations se déplacent dans la localité voisine de Kotiéssou (2 km). Sa population est estimée à 2310 habitants pour 435 ménages.

2.3.3.11 La localité de Taabo-village

Taabo village doit son nom à la création du barrage hydroélectrique. En effet anciennement appelé Taabo, ce site a pris son nom actuel lorsqu'il a fallu affecter à la localité située sur la rive gauche du fleuve un nom au terme de la construction du barrage. Cette localité sera nommée Taabo cité tandis que l'ancien village sera désigné sous le nom de Taabo-village. Cette localité abrite la chefferie de la communauté swamlin et c'est l'un des villages entièrement reconstruits parce que déplacés dans le cadre du projet AVB³⁴. Il est situé à 11km de la cité et à proximité du plan d'eau du barrage hydroélectrique³⁵. Le village est peuplé d'autochtones swamlin d'allochtones et de fortes communautés burkinabées et maliennes. La pêche constitue la deuxième activité après l'agriculture et elle est pratiquée par des ressortissants maliens bozo et quelques autochtones qui s'y

³⁴ L'aménagement de la Vallée du Bandama (AVB) est un programme d'Aménagement du territoire et de développement régional réalisé en Côte d'Ivoire de 1969 à 1980 dans la région de la Vallée du Bandama, au centre de la Côte d'Ivoire. Ce programme a été initialement conçu autour de la création du barrage de Kossou prévu pour produire 530 millions de kWh d'énergie électrique en permettant d'une part, le développement de la pêche sur le lac artificiel, l'intensification de l'agriculture autour de celui-ci et le déplacement de plus de 100.000 personnes issues de 150 villages engloutis.

³⁵ 150 mètres du village

adonnent à temps partiel. L'habitat est de type moderne avec des douches et latrines mais ceux-ci présentent le même état de dégradation que les alentours du village où les populations évacuent les fèces. Taabo village est électrifié et dispose d'une école primaire publique. L'accès au village est facilité par une voie bitumée et des taxis brousse assurent le transport sur ce tronçon. La population est estimée à 3.820 habitants répartie en 639 ménages.

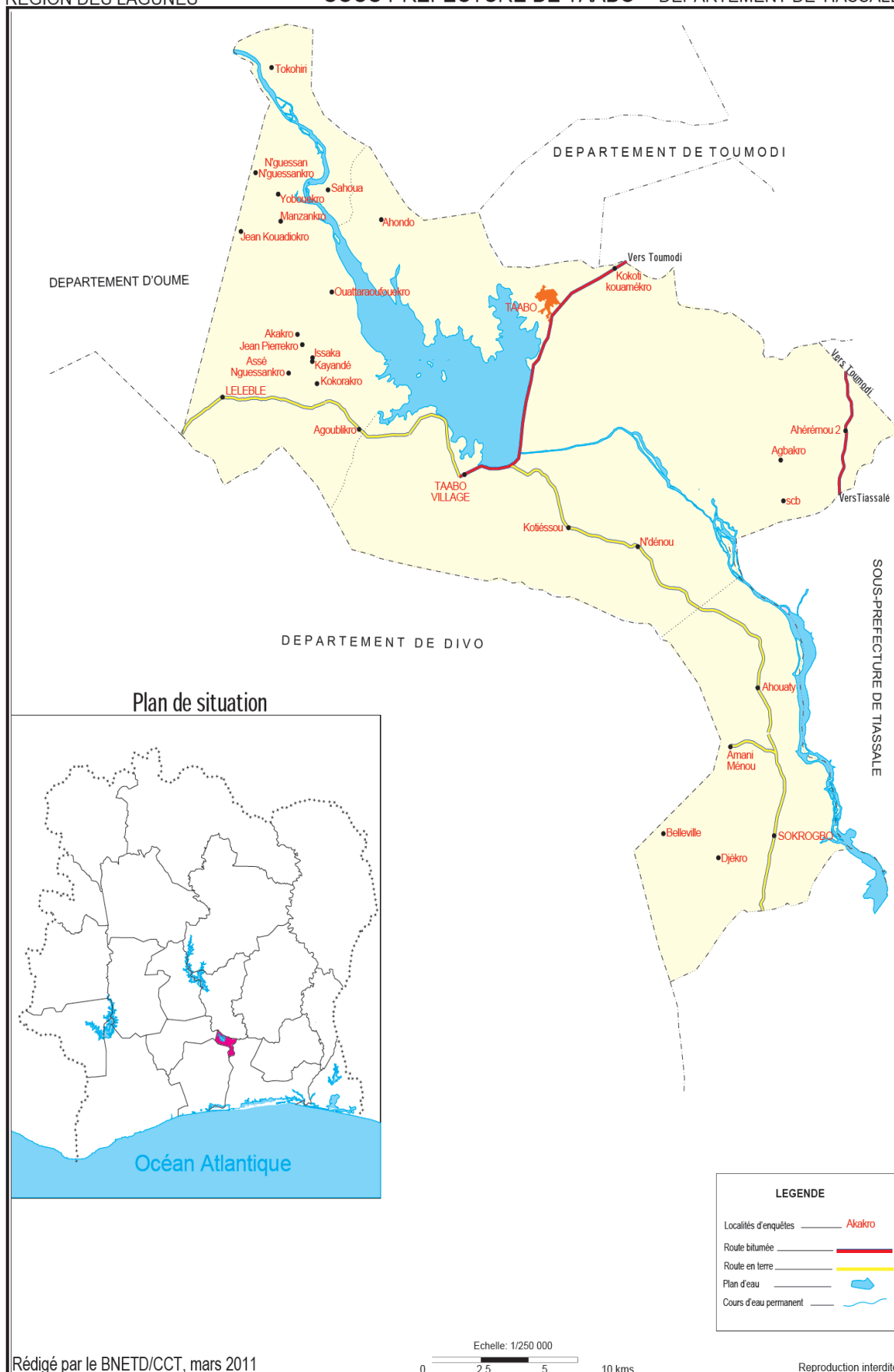
2.3.3.12 La localité de Tokohiri

Tokohiri est situé à 40km de Taabo cité. Ce village est peuplé d'autochtones swamlin d'allochtones Baoulé, Malinké, Senoufo et d'allogènes Burkinabé et les Maliens. C'est un village à cheval sur la savane arborée et la forêt. L'activité principale des communautés est l'agriculture cacaoyère et caféière. Les vivriers sont destinés surtout à la consommation locale. La proximité du village avec le fleuve a permis le développement d'une activité de pêche pratiquée en majorité par les malien bozo du village. Les constructions sont principalement de type moderne (briques dures et tôles). Mais on dénombre quelques habitations en terre battue et couvertes de paille. Les infrastructures de développement sont constituées d'une école primaire publique, d'une infirmerie privée, d'un dépôt de produits pharmaceutiques, de 3 pompes hydrauliques dont une seule est fonctionnelle. Le village est électrifié mais ne possède pas de latrines. Les douches sont construites en terre battue. L'évacuation des selles se fait dans la nature. Les centres de santé les plus proches sont ceux de Bonikro (3 km) de Djèkanou (18km). La population de ce village s'élève à 3.627 habitants pour 542 ménages.

2.3.3.13 Le village d'Aheremou II

Ce village est le troisième appartenant aux communautés N'gban de la sous Préfecture. Il est situé à 20 km de Taabo cité et est localisé sur l'axe Taabo cité-Abidjan. Cette situation géographique lui vaut d'être plus facile d'accès que les autres villages. À l'instar des autres villages, sa population se compose d'allochtones et d'allogènes. L'activité principale des populations est l'agriculture. Celle-ci est constituée de cacaoculture de caféiculture et d'hévéaculture. Le village possède 1 école primaire, 1 centre de santé, 1 château d'eau, 6 pompes hydrauliques, 1 marché couvert et une unité piscicole. L'électricité est fournie. L'habitat est composé de construction en brique et en banco. On dénombre très peu de latrines. Les déplacements aux chefs lieu de sous-préfecture sont assurés par les taxis brousse.

À chacun de ces villages, ont été adjoints dans l'enquête quantitative les campements qui lui sont rattachés dans le cadre des activités du DSS.



2.3.4 Les croyances religieuses

Dans la sous-préfecture de Taabo comme dans les autres régions de la Côte d'Ivoire, plusieurs communautés religieuses cohabitent. Mais la religion traditionnelle est l'animisme. Elle consiste pour les communautés swamlin à pratiquer un rituel d'adoration au fleuve en cas de noyade, à rendre un culte d'adoration annuel à la terre, à certains écosystèmes hydriques et à l'observance d'interdits liés à la vie sociale.

Les autres croyances religieuses se répartissent entre évangélisme, Dehima et islamisme. On note une prédominance des communautés CMA et Dehima dans la région avec une chapelle dans chaque village. La pratique de l'islam est l'illustration d'un important exode sous régional. Les maliens, burkinabé et guinéens qui constituent pour une large part la substance de cette immigration disent pratiquer cette religion.

2.4 L'échantillonnage

L'échantillonnage consiste à déterminer la population auprès de laquelle les données seront recueillies. Elle répond à une rigueur méthodologique propre à l'objet d'étude et à la tradition de recherche mobilisée par la recherche. Cette rigueur repose sur la mobilisation d'un critère d'inclusion, d'une unité de sondage, du choix de la population cible, d'un mode d'échantillonnage et de la taille de l'échantillon.

2.4.1 Le choix de la population cible

Deux types de population nous ont intéressés dans le cadre de cette étude. En ce qui concerne l'enquête portant sur la perception et l'attitude des populations face aux MTN nous nous sommes intéressés aux individus

vivant dans 13 localités et les campements afférents. Mais dans l'enquête relative aux pratiques de soins, seuls les malades et les guérisseurs traditionnels ont été au centre de nos préoccupations.

2.4.2 L'unité de sondage

Dans la mesure où l'enquête a porté sur les perceptions et les pratiques ainsi que sur les relations entre les deux, elle a nécessité la production de discours cognitifs d'où le choix des chefs du ménage pour le questionnaire adressé aux adultes. Pour ce qui est de l'enquête adressée aux enfants et celle réalisée auprès des malades, son unité d'analyse était l'individu.

2.4.3 Les critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'échantillon, les chefs de ménage de la zone d'étude. À ceux-là ont été ajoutés la population des enfants des différentes écoles primaires publiques de la zone dont le niveau d'étude était compris entre les cours élémentaires (CE) et les cours moyens (CM) et les enfants non-scolarisés dont l'âge variait entre 10 et 14 ans.

2.4.4 Le mode d'échantillonnage

Le procédé d'échantillonnage observé dans cette enquête est la méthode des quotas. Dans un premier temps « *un modèle réduit* » (Loubet Del bayle 1991) de la population mère a été déterminé. Ce modèle miniature a été construit à partir des caractéristiques de la population de base c'est-à-dire comprenant toutes les catégories sociales de celle-ci (âge, niveau d'instruction, groupe d'appartenance ethnique, sexe...). Dans un second temps, les quotas de ménages à interroger par village ont été déterminés et affectés à chaque enquêteur. Quant au choix des ménages à interroger, il a fait l'objet d'une démarche plus pragmatique. L'enquête s'étant déroulée

en période d'intenses activités agricoles, le choix des personnes enquêtées a juste tenue compte de la disponibilité du chef de ménage. En l'absence de celui-ci, la personne en charge du ménage a été enquêtée. Par ailleurs l'enquête portant sur les malades, n'a pas obéi à une quelconque exigence statistique dans le choix des individus à interroger. Nous avons enquêté tous les individus souffrant d'ulcère de buruli identifiés par les infirmiers et ASC dans la zone d'étude. Ne se retrouvant pas tous dans un lieu déterminé, nous avons usé de la méthode de la « *boule de neige* » telle que proposé par Stephane champely (2004) pour les rencontrer afin de procéder à l'enquête.

2.4.5 La taille de l'échantillon

Comme l'impose la tradition de recherche quantitative, partie prenante dans l'approche de type mixte que nous nous sommes appropriés dans cette perspective de recherche, nous avons eu recours à un échantillonnage statistique dans lequel les sujets ont été choisis d'après un critère de représentativité statistique avec pour but la généralisation des résultats. À cet égard, Les 13 localités d'enquête totalisant 39.713 habitants³⁶ en mars 2009, période de la collecte des données ont été observées sous l'angle de leur répartition entre ménage. Cette population se répartissait sur 6.504 ménages. Le tableau ci-après présente la répartition du nombre total de ménages entre village d'enquête.

³⁶ Ce nombre nous été fourni par le DSS de Taabo qui procède annuellement à un recensement de la population de Taabo

Tableau 2: Estimation du nombre de ménages et de la taille de la population par localité

Localités	Effectifs et (%) de ménages		Taille et (%) de la population	
<i>Aheremou II</i>	484	7,4	1913	4,8
<i>Ahondo</i>	268	4,1	2203	5,5
<i>Ahouati</i>	244	3,8	1515	3,8
<i>Amani menou</i>	565	8,7	3446	8,7
<i>Kotiéssou</i>	412	6,3	2010	5,1
<i>Léléblé</i>	710	10,9	5690	14,3
<i>N'dénou</i>	447	6,9	2439	6,1
<i>Sahoua</i>	205	3,2	1534	3,9
<i>Sokrogbo</i>	316	4,9	2181	5,5
<i>Kôkôti kouamékro</i>	282	4,3	1409	3,5
<i>Taabo cité</i>	1304	20,0	7247	18,2
<i>Taabo-village</i>	639	9,8	3820	9,6
<i>Tokohiri</i>	542	8,3	3627	9,1
Total	6.418	100	39.034	100

Source: DSS de Taabo

Notons que la taille des ménages des localités indiquées dans le tableau est une addition de la taille des ménages de la localité de base et celle des campements. À propos de ces campements, il a été procédé au tirage d'un quart ($\frac{1}{4}$) de ceux-ci par localité et le tiers ($\frac{1}{3}$) de la taille des ménages y résidant a été interrogé.

La taille de l'échantillon de ménage à interroger par localité a été choisie en fonction de la population de la localité. Ainsi, tandis que sur les localités

à forte densité humaine (plus de 3000 âmes) telles que Taabo-village, Léléblé, Tokohiri et Amani menou, il a été retenu 5% de la taille totale des ménages, sur les petites localités, on a retenu 4%. Taabo cité pour l'importance de la taille de sa population, s'est vue retenir 11% de la taille de ses ménages. C'est en définitive un total de 986 chefs de ménages qui a été interrogé dans l'enquête portant sur la « *perception et l'attitude des populations face aux MTN* ».

En ce qui concerne l'enquête adressée aux enfants, elle a porté sur un totale de 962 individus. Cette population a été répartie entre scolarisés et non-scolarisés. Les scolarisés dont nous avons pu disposer des listes exhaustives par classe ont été choisis selon l'âge et le niveau d'instruction. Ainsi les cours elementaires et les cours moyens de chaque école pour 14 écoles dont 02 à Taabo cité ont réunis un total de 672 individus. Ce nombre se répartissait in fine sur un ensemble de 56 classes. Afin de répondre à un souci d'équilibrage des répondants entre sexe, les 12 individus³⁷ de chaque classe choisis de manière aléatoire ont été répartis de manière équitable entre filles et garçons, soit 6 filles et 6 garçons.

Quant aux non-scolarisés, ils ont été choisis de manière aléatoire dans chaque village en fonction de la démographie de celui-ci. Ainsi certains sites tels que Taabo cité, Taabo-village, Léléblé, Tokohiri et Amani menou dont la population était supérieur à 3000 âmes ont pu nous procurer chacun 30 individus. La taille de l'échantillon des enfants s'est élevée à 962 individus dont 672 scolarisés et 290 non-scolarisés.

L'enquête portant sur l'itinéraire de soins des malades de l'ulcère de buruli a totalisé 41 individus. Pour cette enquête, nous avons interrogé tous les malades rencontrés sur toute la zone d'étude. Notons que si certains de ces malades ont confessé ne pas résider dans le champ géographique de

³⁷ Le nombre 12 a été mobilisé de façon aléatoire en considération des effectifs des classes.

l'étude, notre intérêt pour l'expérience qu'ils faisaient de la maladie et leur recours aux catégories thérapeutiques existant dans notre zone d'étude nous ont tout de même poussés à nous entretenir avec eux.

Le tableau ci-dessous dresse la répartition des enquêtés par questionnaire par lieux de résidence.

Tableau n°3: Répartition des enquêtés par questionnaire selon les localités

Localités	Effectifs des ménages	Effectif des enfants	Total
<i>Taabo cité</i>	100	126	226
<i>Taabo village</i>	98	78	176
<i>Kôkôtikouamékro</i>	58	63	121
<i>Ahéremou II</i>	84	68	152
<i>N'dènou</i>	79	68	147
<i>Kotiéssou</i>	73	68	141
<i>Ahouati</i>	53	63	116
<i>Amani menou</i>	87	78	165
<i>Sokrogbo</i>	59	68	127
<i>Léléblé</i>	109	78	187
<i>Ahondo</i>	46	63	109
<i>Sahoua</i>	57	63	120
<i>Tokohiri</i>	83	78	161
Total	986	962	1948

Source: Notre enquête sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN à Taabo* » Mars 2009-Septembre 2010

En ce qui concerne l'enquête qualitative, elle s'est également étendue sur le même champ géographique. Les acteurs concernés par cette technique d'enquête ont été choisis selon la catégorie sociale. Ont ainsi été interrogés dans cette phase de collecte de données les chefferies et

notabilités de tous les villages de la zone d'étude, les ASC, les personnels soignants, le corps enseignant en charge de la vente des médicaments, les guérisseurs, les personnes en charge des malades et des personnes ressources choisies dit en passant pour leur érudition sur l'idéologie des communautés cibles de l'enquête.

2.5 Les techniques de collecte de l'information

Dans la mesure où l'enquête a porté sur des perceptions et des pratiques ainsi que sur les relations entre ces deux entités, elle a nécessité la production de discours et d'observations exhaustifs qui font précisément ressortir ces deux niveaux de réalité. Pour ce faire, deux types de techniques de collecte de données (quantitatives et qualitatives) ont été mobilisés. Ces deux types de techniques ont regroupé des *questionnaires*, des *entretiens semi-dirigés*, des *focus group ouverts* quoique contextualisés et structurés autour des principales questions posées dans la recherche et une observation directe des pratiques de soins. Mais bien avant d'aborder le terrain, la technique documentaire nous a permis de nous informer sur les problèmes de santé à l'étude. Eu égard au fait que l'unité d'analyse était le ménage et l'individu, la stratégie de l'enquête au domicile, dans les centres de santé et chez les guérisseurs pour application des outils a été nécessaire.

2.5.1 La technique documentaire

Elle a consisté à consulter un corpus d'écrits constitués d'articles, de revues spécialisées, d'ouvrages généraux, de sites internet, de thèses de doctorats et d'ouvrages de méthodologie portant sur les perceptions et représentations de la maladie, sur les MTN et leur profil épidémiologique afin de mieux cadrer les objectifs de l'étude. Ces différentes sources ont été recueillies dans différents centres de documentation tels que le CERAP,

L'IRD, l'INSP, l'OMS, la bibliothèque de la faculté de médecine de l'université de Cocody et sur les sites internet.

Quant aux données d'endémicité des MTN à l'étude, elles nous ont été fournies par les registres de consultation des centres de santé de la zone de l'étude.

2.5.2 Le questionnaire

L'étude s'inscrivant dans une approche hypothético-déductive et se proposant de mesurer le niveau de connaissance des maladies négligées dans la population globale avec pour but de produire des résultats généralisables, le questionnaire s'est avéré nécessaire. Ce questionnaire a été structuré autour de différentes rubriques dont:

- L'identification de l'enquête
- La perception et la connaissance des MTN
- Les interactions entre les communautés et l'écosystème hydrique
- Les pratiques de soins

2.5.3 Les guides d'entretien semi-dirigés

Au nombre de cinq (7), les guides d'entretien ont porté sur une variété de thèmes et adressés à différentes catégories d'individus du fait de leur proximité avec le problème à l'étude. De ce point de vue, infirmiers, ASC, guérisseurs, instituteurs, malades ou personnes en charge de ceux-ci ont été interviewés.

2.5.3.1 L'entretien adressé aux infirmiers, ASC, instituteurs et guérisseurs

Construit dans la même mouture, l'outil adressé à ces différentes catégories sociales a porté sur les thèmes suivants:

- La connaissance, la perception et le mode de prise en charge des maladies négligées,
- la méthode de travail
- les rapports avec la population

2.5.3.2 Le guide d'entretien adressé aux malades

Il a également porté sur trois (03) thèmes dont les représentations causales de la maladie, le parcours de soins et la perception des catégories locales de soins.

2.5.3.3 Le guide d'entretien adressé aux individus en charge du malade

Structuré autour des thèmes de la perception de la maladie mais aussi de l'appareil de soins disponible, de l'itinéraire thérapeutique et des perspectives de lutte contre l'ulcère de buruli, cet entretien avait également pour objectif de nous instruire sur les interactions familiales à l'œuvre lors de l'épisode morbide dans cette zone.

Tableau n°4: Répartition des répondants de l'enquête qualitative par catégorie sociale

Catégories sociales	Nombre d'enquêtés
Infirmiers	06
ASC	11
Guérisseurs	04
Instituteurs	08
Malades	41
Personnes en charge des malades	15
total	85

Source : Notre enquête sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » Mars 2009-Août 2010.

2.5.4 Le focus group

La dimension qualitative de l'enquête de terrain en sociologie à ceci d'intéressant qu'elle permet « *l'étude des choses dans leurs milieux naturels, afin de chercher à comprendre ou à interpréter [une réalité sociale ou une expérience personnelle] en fonction du sens que les gens lui accordent* » (Denzin, 2000:3). Fort de cet acquis, le focus group qui a porté sur le cadre socioculturel de l'étude à travers ses institutions, ses activités socioéconomiques, ses rapports avec le milieu hydrique, ses imaginaires sociaux en rapport avec les maladies négligées et ses perspectives de lutte contre les dits problèmes de santé a visé à la « *recherche et à la production de sens* » (Paillé et Mucchieli, 2003:49). Cette technique d'enquête a ainsi permis de connaître les différents repères normatifs à partir desquels les acteurs s'orientent et se déterminent (Gotman et Blanchet, 1992 op. cit.) dans les constructions étiologiques et thérapeutiques. Un soin particulier a

été accordé à cette technique quant à son ouverture sur toute la morbidité locale mais aussi la liberté accordée aux répondants puisse que « *le chercheur est un voyeur, mais c'est aussi un écouteur. Les dialogues des gens entre eux valent bien ceux qu'il a avec eux* » (De Sardan, 1995: 9).

2.5.5 L'observation directe

Une grille d'observation directe a été construite à l'effet de fixer la gestion des activités domestiques et ludiques en rapport avec les points d'eau des différents sites d'enquête. En recourant à cette technique, notre objectif était d'observer le quotidien des rapports homme/eau dans la zone d'étude.

2.6 Les méthodes d'analyse des données

Deux méthodes ont été utilisées pour analyser les données de terrain. Ce sont l'analyse interactionniste et l'analyse comparative.

2.6.1 Encrage théorique de l'étude

Il est admis que chaque société entretient sa propre idée ou norme de la maladie et partant de sa gravité. Celle-ci se présentant d'emblée comme relative, varie en fonction de différents critères. Au centre de l'analyse de cette variabilité de la gravité de l'état de morbidité, se situe l'idée que chaque société se fait du bien-être corporel et de la maladie. Ainsi les grands symptômes tels que la douleur, la fièvre et la fatigue qui auraient pu être généralement reconnus pour identifier le sujet en souffrance, se trouvent eux-mêmes variant d'une société à l'autre mais aussi d'une catégorie sociale à l'autre.

Partant de ce constat, la situation qui nous préoccupe dans l'actuelle dynamique de recherche, est de comprendre comment des communautés réagissent face à différents problèmes de santé vécus par eux. En effet le

contexte géographique de Taabo s'illustre comme un facteur favorable à l'endémicité de plusieurs problèmes de santé dont les MTN. Au nombre des MTN vécues dans cette zone, les schistosomiasés, l'ulcère de buruli, les géohelminthiases, l'onchocercose, la filariose lymphatique ont été identifiées. Afin de venir en aide aux communautés résidant dans cette région, une offre de soins a été proposée. Cette offre émanant de structures locales et de partenaires privés est différemment appréciée aussi bien face à un seul problème de santé que face à tous les autres et ce d'une communauté à l'autre. L'analyse de cette situation peut reposer sur « *l'interactionnisme symbolique* » formulé par Herbert Blumer, « *l'individualisme methodologique* » telle que développée par Hudson Meadwell, « *la sociologie de l'expérience* » de François Dubet (1994) et l'*approche ethnographique* (Creswell, 1998).

Le modèle interactionniste d'Herbert Blumer est supporté par trois principes fondamentaux formulés par l'auteur comme suit:

« 1°-les humains agissent à l'endroit des choses en fonction du sens que les choses ont pour eux, 2°-Ce sens est dérivé ou provient des interactions de chacun avec autrui, 3°-C'est dans un processus d'interprétation mis en œuvre par chacun dans le traitement des objets rencontrés que ce sens est manipulé et modifié » (1969:2).

Ce modèle théorique suppose que l'acteur social est capable de produire une certaine interprétation de la réalité telle qu'elle se donne à vivre, ce par quoi il lui confère en même temps un sens et que ce sens se traduise concrètement dans son comportement. Dans le registre de la maladie et dans le cas précis de figure qui est le nôtre, la disposition psychologique qui permet aux populations de juger de la gravité de la maladie est sous-tendue par les caractéristiques intrinsèques de chacune de ces maladies et de l'expérience sociale qu'elles ont d'elles. L'effet (invalidant ou non), la manifestation (douloureuse ou non), la conséquence médicosociale traduite

par l'inactivité du sujet ou non, le coût d'un traitement biomédicale (perçu comme onéreux ou acceptable) et le modèle étiologique attribué à la maladie constituent des indicateurs à partir desquels les acteurs appréhendent la gravité des maladies négligées et partant l'adoption d'un comportement thérapeutique. C'est une action humaine « *essentiellement instrumentale, et les acteurs calculent rationnellement quelles lignes d'action sont les plus susceptibles de maximiser leurs récompenses globales* » (Meadwell, 2002:117-118).

Ce comportement thérapeutique est lui-même le résultat d'un regard évaluateur jeté sur le dispositif de soins local et d'un « *choix rationnel* » opérer dans celui-ci toujours sur la base d'expériences personnelles de la maladie ou sur celle d'un membre de la communauté villageoise. Le caractère chronique de la maladie influe sur la perception de l'efficacité sinon la capacité de la catégorie thérapeutique pratiquée. La récurrence se retrouvant être l'occasion d'une remise en cause de l'appareil de soins, conduit à une défiguration du parcours de l'acteur dans sa quête de guérison. Désenchantement et réorientation du soin ou accumulation des pratiques sont alors le quotidien de ces populations lorsque la maladie persiste.

Cette perception (celle de la maladie ou celle des catégories de soins en place) est le « *produit de pré-constructions passées et quotidiennes* » (Corcuff, 1995:17). Par « pré-constructions passées », nous pensons aux catégories de pensées enracinées dans les différents corps sociaux et consignées dans les modèles étiologiques de la maladie mais également dans les connaissances thérapeutiques « *tradi-populaires* » qu'on pourrait percevoir sous le terme de « *l'habitus* ». Ce concept est ici compris au sens où l'entend Michel Mafessoli et comme les « *habitudes, situations codées, rituels, sagesses et cultures populaires, sens commun qui sont organisés en « types » par l'expérience collective* » (Mafessoli, 1985).

Dans cette construction de la gravité de la maladie, allusion peut être faite à une temporalité définie autour de repères, ceux de l'émergence ou de la réémergence de maladies telles que la fièvre typhoïde, le paludisme, les schistosomiasés et l'ulcère de buruli mais aussi de la chronicité puisse que la fréquence et la charge locale de morbidité de ces troubles s'est considérablement accrue durant les trois dernières années précédant l'enquête.

Au centre de la perception de la gravité de la maladie se retrouve surtout l'effet invalidant. C'est ce qui transparait de la crainte de l'ulcère de buruli, de l'onchocercose et de la filariose lymphatique celles-ci étant perçues comme pouvant être source d'handicap physique et d'ostracisme. La même logique sous-tend la perception liée à la schistosomiase urogénitale qui constituerait un frein à une activité valorisée par la société à savoir la procréation.

À un autre niveau, le coût et la durée du traitement (biomédicale ou traditionnelle) représente un facteur de gravité de la maladie. In fine c'est dans un processus interactif de reproduction, d'appropriation et de transformation des représentations socio-étiologiques et de la C.C.C dont les éducateurs sanitaires (ASC et infirmiers) sont les relais communautaires que se construit la gravité de la maladie.

En ce qui concerne le recours aux pratiques domestiques profanes, elles sont tout aussi le produit d'un « *savoir de sens commun* » (Garfinkel, 1967) tel que vulgarisé par les connaissances ordinaires contenues dans le corps social et véhiculés par « *les rapports de face à face quotidiens* » (Berger et Luckmann, 1996) occasionnés par la quête de thérapie dans le réseau social de l'acteur. L'analyse de ces comportements thérapeutiques établit qu'elle procède toujours de choix et de décisions en relation avec la situation du malade dans son ensemble (croyance religieuse, niveau d'instruction, âge, situation économique...). Elle est donc associée in

extenso à des objectifs et à des situations individualisées, propres aux malades (Dubet, 1994).

Cependant, elle reste aussi fortement rattachée au contexte de morbidité de Taabo, voire à l'histoire des acteurs (Douglas, 1986). De façon concrète, ces pratiques populaires « *gestes et thérapeutiques nés de l'habitude, "parce qu'on ne sait jamais"* » se caractérisent par leur diversité. Elles se constituent de l'utilisation de gélules « *tuppay* » ou autres antibiotiques proposés par les pharmacies ambulantes ayant faits leur preuve lors de précédents épisodes de maladies. Ces pratiques de soins autant que les schèmes de causalité des maladies à l'étude ont été décrits dans le moule de l'approche ethnographique. L'ethnographie qui est l'approche descriptive et interprétative du groupe ou du fait étudié (creswell, 1998: 58) a permis une étude fine et détaillée des pratiques de soins traditionnelles et modernes.

2.6.2 L'analyse comparative

L'étude ayant portée sur plusieurs catégories sociales, entités ethnoculturelles et localités, elle aurait été incomplète si elle ne mettait « *face à face* » ses différents groupes sociaux. Aussi des comparaisons ont-elles été réalisées entre tranches d'âge, lieux de résidence, niveaux d'instruction et communautés ethnoculturelles. Cette approche comparative a en effet permis de noter des niveaux différenciés de lectures des MTN entre enfants et adultes, analphabètes et lettrés et résidents urbains et ruraux.

2.7 Les difficultés de l'étude

Plusieurs difficultés auraient pu constituer des entraves à la réalisation

de ce travail. Il s'agit entre autres de difficultés inhérentes à la formulation des instruments d'enquête, à l'enquête elle-même et au traitement des informations.

Au sujet du dispositif méthodologique, notons qu'il a plus été conçu en adéquation avec un objectif globale qui était de fournir une base de données socio-anthropologique relativement dense au DSS de Taabo. Cette base de données devait réunir des connaissances sur plusieurs thèmes dont la connaissance et l'attitude sociale face aux problèmes de santé, les rapports entre les communautés et leurs écosystèmes hydriques et le modèle d'intervention communautaire souhaité par les communautés elles-mêmes dans la lutte contre les maladies négligées. Il est clair que le traitement informatique d'une telle banque de données ne pouvait être que laborieuse lorsqu'il s'était agi d'y extraire des particules d'informations relatives à notre sujet de réflexion.

Quant à l'enquête de base, même si elle a été réalisée par des étudiants en sociologie, elle n'a pas toujours saisi la profondeur de l'information recherchée cela étant imputable à leur non-maitrise des langues locales³⁸. Aussi les informations collectées ont semblé superficielles par endroit.

De plus le questionnaire portant sur huit maladies à la fois avec une diversité de thèmes paraissait beaucoup trop long aux répondants de sorte que ceux-ci montraient parfois des signes d'exaspération, toute chose pouvant avoir des répercussions sur la fiabilité des informations qu'ils pouvaient nous fournir. On peut adjoindre à cette réalité, le temps relativement court, à nous accordé pour la première étape de la collecte des données. Face à ces insuffisances, des dispositions visant au renforcement des acquis de cette première étape de collecte de données auprès des chefferies et personnes ressources ont été prises. D'autres personnes

³⁸ Voir les composantes sociales de la zone d'étude

ressources ont ainsi été rencontrées et les entretiens enregistrés à l'aide d'un dictaphone se sont déroulés sans pression. Les incessants retours auprès des chefferies et notabilités dans le but d'éclairer des zones d'ombre ont parfois donné l'impression à celles-ci de se répéter. Elles se sont tout de même soumises à nos préoccupations. En ce qui concerne le traitement informatique des données, elle s'est avérée laborieuse compte tenue de la taille de l'échantillon. Aussi a-t-elle nécessité l'apport d'opérateurs de saisi qui n'ayant pas pris part à l'enquête, n'ont pas toujours mesuré l'intérêt de certaines informations riches en sens. Aussi nous a-il-fallu beaucoup de temps à leur souligner nos différents centres d'intérêts.

Enfin la question du choix des options thérapeutiques en cas de maladie peut être difficilement compréhensible dans la mesure où les acteurs peuvent déclarer se reconnaître dans des comportements thérapeutiques qui varient face à la situation concrète de morbidité. C'est donc pour mettre les populations de la zone à l'épreuve de leurs propos que nous avons choisi d'observer les itinéraires de soins des malades d'ulcère de buruli, un problème de santé chronique et reconnu par 38% des répondants comme étant la plus redoutée des maladies de la région.

2.8 Le plan de restitution des résultats de l'étude

Les résultats de cette thèse sont présentés selon un plan s'étendant sur neuf (9) chapitres eux-mêmes articulés autour de trois (3) principales parties. Ces parties sont respectivement intitulées comme suit:

- **première partie:** Les MTN: Morbidité, approche scientifique et construction communautaire.
- **Deuxième partie:** Perception et déterminants de la gravité de la maladie.

- **Troisième partie:** Ressources médicamenteuses, pratiques de soins et stratégies d'utilisation des catégories thérapeutiques locales.

Dans cette articulation, le premier chapitre est consacré aux représentations scientifiques des MTN. Il en montre la causalité, la symptomatique et les conséquences sociomédicales. Nous inscrivant dans une dynamique de confrontation des données biomédicales avec celles émanant des populations, nous avons exposé dans le second chapitre les significations construites de ces maladies au travers des imaginaires sociaux liées aux causes et signes de manifestation. Il y est question d'évaluer le niveau de connaissance de ces problèmes de santé en mettant en scène deux pôles de savoirs, l'un populaire et l'autre savant. Le troisième chapitre porte sur la diversification du lexique dénominatif et des schèmes causaux des MTN. On y a traité des facteurs explicatifs de la variation de ces dimensions de la maladie dans l'écologie sociale de Taabo.

La deuxième partie met l'accent sur la perception et les représentations causales et les implications médicosociales populaires des MTN. Ainsi une analyse statistique des données quantitatives montre la classification des maladies à l'étude selon leur degré de gravité dans le chapitre quatre et l'attitude populaire des répondants face à la causalité et les implications sociomédicales de ces maladies apparaît dans le cinquième chapitre. Quant au chapitre six (6), il indique les indicateurs de la gravité de la maladie selon les populations et est également le résultat de l'enquête quantitative.

La troisième et dernière partie a été consacrée aux modèles de gestion de la morbidité due aux MTN dans chacune des communautés significatives de la zone d'étude. Les populations y sont réparties en fonction de leur choix de ressources médicamenteuses dans le chapitre sept

(7) et des taxinomies communautaires quant à la prise en charge des MTN ont été dressées dans le chapitre suivant. Une large part a été accordée aux comportements de soins des malades d'ulcère de Buruli dans ce même chapitre. Le dernier chapitre (9) est une analyse des facteurs motivant le choix des catégories de soins dans le dispositif thérapeutique local. Il traite des facteurs sociaux situés en amont des parcours de soins.

PREMIERE PARTIE:

Les MTN: Morbidité, approche scientifique et
Construction communautaire

CHAPITRE I:

Morbidité et approche scientifique des MTN

Introduction

L'histoire de la maladie et celle de l'homme sont confondues. En effet, compagnons de l'homme depuis la création, les maladies ont de tout temps structuré la vie des communautés quant à leur prévention et leur guérison lorsqu'elles viennent à apparaître. De ce point de vue, elles ont été des facteurs de régulation sociale (Vigarelo, op. cit.; M'bokolo, op. cit.). Pour Claudine Herzlich qui indexe la prévention de la maladie comme facteur de déconstruction du tissu social,

« Les batailles contre les grands «fléaux sociaux»-tuberculose; alcoolisme et syphilis- mobilisent à travers ligues, associations et campagnes diverses, d'importants secteurs de la société. Dans de nombreux cas, ces luttes deviennent d'ailleurs le prétexte de l'interventionnisme et du contrôle sociale: on prétend neutraliser le porteur de germes, de fait on stigmatise le prolétaire » (1984:191).

Concrètement, les changements sociaux dus à la maladie ont été observés au regard de la recherche de leurs causes. D'abord véritable énigme dont le vent, le soleil (Vigarelo, Ibid.) et bien d'autres facteurs naturels ont été les premiers éléments, le mystère de la maladie a progressivement été élucidée par la microbiologie. C'est l'avènement de « l'étiologie spécifique ». Pour cette étiologie spécifique qui consacre l'essor de la « bactériologie ou théorie des germes au XIXe siècle » et dont Louis Pasteur (1822-1895) est le pionnier (Microsoft encarta, 2009), la maladie est in extenso le produit de l'attaque de l'organisme par le règne microbien. Les avancées dans ce principe scientifique ont permis de situer les causes précises de chaque maladie.

Notre objectif dans le présent chapitre est de situer le profil épidémiologique de chacune des MTN de cette étude à travers leur morbidité, mode de transmission, symptomatologie et complications médicales.

1.1 L'onchocercose

1.1.1 Généralités

L'onchocercose est endémique en Afrique, en Amérique et dans la péninsule arabique, où l'on soupçonne la traite des esclaves comme étant le facteur qui l'y a amené (Traoré, 1999). Elle a plusieurs complications dont la plus grave est une cécité permanente. Cet effet lui vaut d'être aussi reconnue sous l'appellation de « *cécité des rivières* ». On estimait à 122,9 millions le nombre total de sujets atteints de la maladie dans le monde, dont la grande majorité (plus de 95%) vit en Afrique (Traoré, op. cit.). Sur les 35 pays touchés par cette filariose, 28 sont localisés en Afrique subsaharienne, ce qui fait de cette région la plus onchocerquienne du monde.

1.1.2 La morbidité « onchocerquienne » en Côte d'Ivoire

Située en zone tropicale, la Côte d'Ivoire connaît une forte morbidité due aux maladies infectieuses. L'onchocercose fait partie de ces maladies même si en 2002, l'OMS en mettant fin à son programme de lutte contre l'onchocercose (PLCO) en Afrique de l'Ouest¹, considérait que la maladie n'était plus un problème de santé publique. On notait en effet après une enquête épidémiologique réalisée en 2007, une recrudescence des cas d'onchocercose dans la population des enfants de moins de cinq ans (14,29%) dans la zone forestière ivoirienne (IRIN, Rapport 2007).

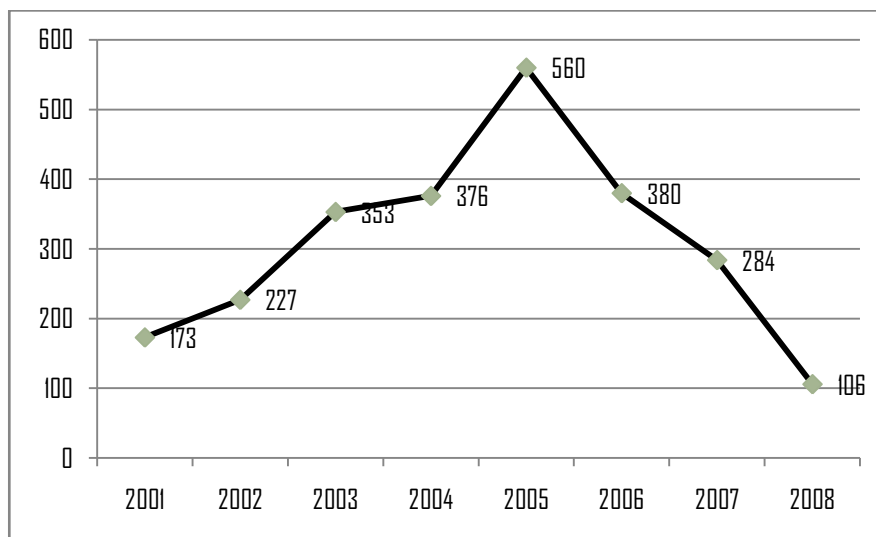
« Les résultats de l'enquête indiquent que la situation est devenue alarmante dans des zones où l'épidémie avait été par le passé définitivement éradiquée »².

¹Le Programme de lutte contre l'onchocercose (PLCO) ou Onchocerciasis Control Programme (OCP) a été créé en 1974. Ces financements étaient issus des bailleurs internationaux notamment la Banque mondiale, les agences des Nations unies et des bailleurs bilatéraux. Son siège était à Ouagadougou au Burkina Faso, pays qui connaissait le foyer le plus important de la région ouest africaine.

²Ces propos étaient du ministre ivoirien de la Santé, Rémi Allah Kouadio, le 19 décembre 2007, après son retour de la conférence sur l'onchocercose tenue à Bruxelles, en Belgique. (IRIN 2007)

Cet alarmisme semble se justifier en considérant les données épidémiologiques proposées par la DIPE. La figure ci-après indique l'évolution du nombre de cas notifiés d'onchocercose en Côte d'Ivoire durant la dernière décennie. Durant cette époque, ce nombre s'est annuellement accru en passant de 173 en 2000 à 560 en 2005 avant de commencer de décroître à partir de 2006 (360 cas) jusqu'à 2008 (106 cas). Dans cette évolution, 3 intervalles de temps sont remarquables. Il s'agit des intervalles [2000-2004], [2004-2005] et [2005-2008]. Si dans le premier intervalle on note une évolution lente, dans le second, c'est plutôt un pic qui s'est produit. Par contre, le dernier intervalle de temps s'est caractérisé par une baisse lente de ce nombre de cas. Ce caractère dynamique de l'endémie onchocerquienne en Côte d'Ivoire devrait justifier la poursuite de la surveillance épidémiologique.

Figure 4: Évolution du nombre de cas d'onchocercose en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008



Source : figure réalisée par nous-mêmes

Sont indexés pour expliquer cette recrudescence, des facteurs naturels et humains dont la destruction des infrastructures de surveillance et de contrôle épidémiologique par le conflit armée ivoirien du 19 septembre 2002 (IRIN,

Rapport op. cit.). Les raisons expliquant cette dynamique dans l'endémicité de l'onchocercose en Côte d'Ivoire semblent aussi diversifiées que les vecteurs de transmission de la maladie.

1.1.3 Les vecteurs et le mode de transmission

1.1.3.1 Les vecteurs

Les vecteurs de transmission de l'onchocercose sont de petites mouches appartenant au « sous-ordre des nématocères de l'ordre des diptères » (Microsoft Encarta, 2009) se reproduisant dans l'eau comme des moustiques et appelées « *simulies* ». Mais à la différence des culicidés qui recherchent les eaux calmes, les larves de *simulies* ont besoin quant à elles des eaux très aérées, à débit rapides tels que les rapides des fleuves et des cascades. Elles sont aidées dans leur adaptation à ce milieu aquatique agité par une « *ventouse postérieure leur permettant de se fixer très solidement sur les supports immergés dans ces eaux torrentueuses* » (Larivière, 1987).

Selon les entomologistes, cet insecte existe en plus de 700 espèces sur le globe. Mais parmi cette diversité d'espèces, seules quelques espèces transmettent l'onchocercose. En Afrique de l'ouest, celles-ci appartiennent au complexe « *similium damnosum* ». Ce complexe qui occupe la plus grande partie de l'Afrique tropicale résulte du démembrement de l'ancienne espèce *similium damnosum* en 32 formes dont 9 sont présents en Côte d'Ivoire : *similium damnosum*, *similium vibanum*, *similium sanctipauli*, *similium squamosum*, *similium yahense*, *similium leonense*, *similium konkoure*, *similium dieguerense*.

1.1.3.2 Le mode de transmission

Dans la transmission de cette filariose, seules les *simulies* femelles sont indexées par l'entomologie. L'espèce mâle se nourrit uniquement de sucs

végétaux et ne joue aucun rôle dans la transmission de l'onchocercose. Les femelles qui sont hématophages, absorbent un milligramme de sang à chaque repas et se nourrissent principalement sur l'homme, mais dans certaines zones elles peuvent aussi prendre des repas sanguins sur des animaux en particulier des bovidés des équidés et des petits ruminants. Les femelles piquent à l'extérieur des habitations de l'aube au coucher du soleil et la piqure n'est pas toujours immédiatement perçue mais elle est rapidement suivie par une démangeaison.

Jean Benoist affirme au sujet du tableau clinique de la transmission de l'onchocercose qu'elle est due à « *un ver parasite, une filaire nommée Onchocerca Volvulus qui, après avoir pénétré dans la peau, s'infiltre dans les capillaires sanguins et gagne l'œil où il crée une opacification de la cornée suivie de cécité. Il se développe aussi sur place et se pelotonne en un amas compact qui fait saillie sous la peau* » (1957:76). Dans la catégorisation parasitologique, l'onchocercose est classée dans la famille des filarioses au même titre que la filariose lymphatique, la dracunculose et autres maladies causées par une microfilarie à cause de l'apparence en forme de fil de ce ver (Larivière, op. cit.). On dénombre deux types d'onchocercose: l'onchocercose des forêts et l'onchocercose des savanes.

1.1.4 Les signes cliniques

Les signes cliniques de l'infection onchocerquienne ici décrites sont issus de nos enquêtes de terrain auprès des personnels soignants et d'une recherche documentaire. Notons que cette infection se reconnaît par des signes cliniques dont les principaux sont :

- La formation de nodules
- Diverses altérations de la peau
- Une pathologie du système lymphatique
- Des troubles généraux.

Cependant dans ces manifestations physiologiques, les lésions les plus importantes sont les lésions oculaires qui aboutissent à de graves altérations de la vision et à la cécité. Par ailleurs cette symptomatique peut varier selon les zones endémiques.

1.1.4.1 Les nodules

Ce sont des tumeurs facilement reconnaissables. Ils sont sous-cutanés, bien délimités ronds ou allongés, fermes, indolores, même au palper et leur taille et leur localisation sur le corps sont variables. Dans les régions de forte endémicité, le nombre moyen de nodules chez les hommes ayant plus de 40ans est d'environ 10. En Afrique, les nodules sont habituellement repartis autour du bassin. On trouve une faible proportion de nodules autour des genoux, sur les jambes, la cheville, les pieds, la tête et le cou. En Amérique centrale au contraire on décèle plus de 50% des nodules à la tête, 5% au bras, 15% sur la paroi thoracique et 25% autour et au-dessus de la ceinture pelvienne.

1.1.4.2 La dermatite onchocerquienne

L'encyclopédie électronique de Microsoft (Encarta, 2009) nous apprend qu'une dermatite est une affection cutanée parfois de nature inflammatoire. Dans le cas de l'onchocercose, elle s'exprime de diverses manières dont des prurits³ (bénin et intermittent ou intense et presque continu), une modification de la pigmentation (au bas du tronc, les fesses, les cuisses), une gale filarienne se manifestant par des papules qui produisent un liquide clair ou du pus et des œdèmes («la peau est localement tuméfiée comme une peau d'orange»). Ces manifestations dans leurs évolutions conduisent à de graves complications médicales.

³Dans le vocabulaire technique médical, les prurits désignent des démangeaisons au niveau de la peau ou des muqueuses dues à une affection cutanée ou générale ou d'origine psychosomatique (Microsoft Encarta 2009)

1.1.5 Les complications médicales et l'impact social

Pendant la plus grande partie de sa vie de l'ordre de 12 ans, le parasite responsable de l'onchocercose émet des embryons ou microfilaries localisés dans le tissu dermique dont l'issue est une dépigmentation tardive ou peau de lézard (localisation de taches sur les membres inférieurs également sur le pénis, le scrotum et rarement les aisselles) ou une atrophie de la peau (froissement, assèchement et inégale pigmentation de la peau).

On peut également noter un envahissement de l'œil causant des troubles oculaires graves dont le terme ultime est la cécité ou une perte de l'acuité visuelle appréciable traduite par une diminution ou un rétrécissement du champ visuel. Ces complications peuvent varier selon qu'il s'agit d'onchocercose des forêts ou d'onchocercose des savanes (Congrès Société d'Ophtalmologie Rhône-Alpes 1999), l'une étant plus nuisante que l'autre: « *l'onchocercose de type forêt donne moins de lésions oculaires, donc est moins cécitante que celle de type savane* » (Gbé et al., 1997:1).

Ce caractère in fine incapacitant de l'onchocercose a une influence sur l'équilibre socioéconomique des zones endémiques qui sont souvent déjà suffisamment mis à l'épreuve par des conditions de vie difficile.

En tant que maladie des zones rurales, l'onchocercose affecte en premier chef les petites communautés rurales isolées et reculées contribuant ainsi à rendre précaire, l'équilibre de l'économie de subsistance de ces zones d'endémie. Cette dégradation des conditions de vie par les nuisances des piqûres simulidiennes et les complications oculaires de la maladie ont des facteurs déterminants dans le dépeuplement des territoires riverains des grands cours d'eau (Barnley, 1961). Ce dépeuplement des zones à risque provoque une densification des actifs des zones à fortes potentialités économiques et par conséquent des problèmes sociaux « *dont les conflits fonciers en sont une expression inquiétante* » (N'guessan, 2008:1).

1.2 La schistosomiase urogénitale

1.2.1 Généralités

Plus connue sous son autre appellation « bilharziose », les schistosomias (intestinale et urinaire) menacent environ 650 millions de personnes dans le monde, font plus de 200 millions de cas par an dont 80% en Afrique subsaharienne et 1 million de décès chaque année (OMS, Rapport 2008). Ce sont des parasitoses dues à 4 espèces de vers trématodes appelés les schistosomes. Ces vers sont de quatre espèces :

- les *schistosoma haematobium*, agent de la bilharziose vésicale essentiellement répandue en Afrique.
- les *schistosoma mansoni*, agent de la bilharziose intestinale présente en Afrique et en Amérique tropicale.
- les *schistosoma intercalatum*, agent de la bilharziose rectale en Afrique équatoriale.
- les *schistosoma japonicum*, responsable de la bilharziose artério-veineuse d'extrême orient.

La morbidité bilharzienne est après le paludisme l'un des fléaux sanitaires les plus préoccupants des régions tropicales (Chippaux, op. cit.). L'antiquité des schistosomes amène certains chercheurs à penser que ceux-ci feraient partie du génotype humain depuis bien longtemps⁴.

1.2.2 La morbidité schistosomienne en Côte d'Ivoire

Compte tenu de sa position en latitude, la Côte d'Ivoire est un territoire bien arrosé et par conséquent l'un des plus endémiques de cette maladie⁵. Les

⁴ -Des papyrus égyptiens de la XIIe à la XXe dynastie (2000 à 1090 avant j.C) mentionnent l'existence d'une endémie chronique caractérisée par des hématuries. Ces hématuries sont également signalées par des chirurgiens qui accompagnent BONAPARTE en Egypte (gentilini, 1995)

-Sur les viscères des momies pharaoniques il a été identifié des œufs de schistosome. Des millions d'années d'évolution ont permis aux schistosomes de survivre chez leur hôte grâce à de remarquables mécanismes d'échappement, sans changement notable dans leur morphologie. La bilharziose figura au nombre des dix plaies d'Egypte (chippaux 1999).

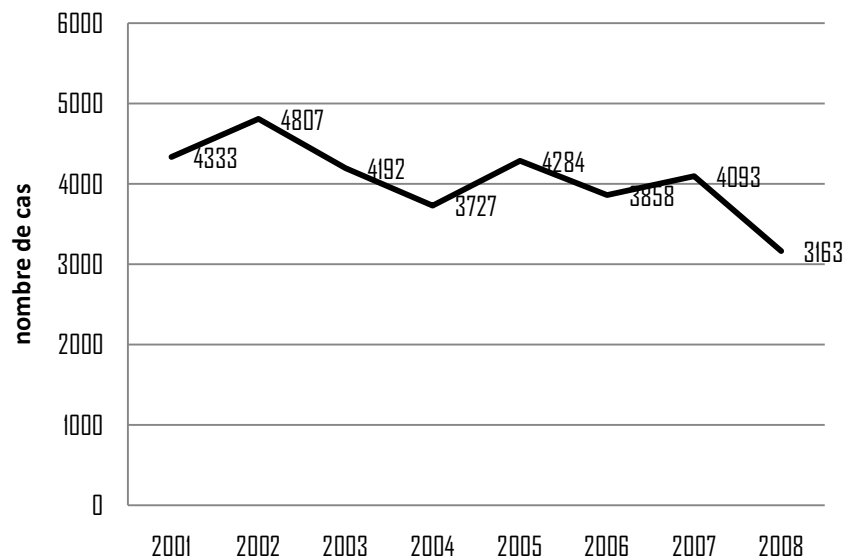
⁵ En 1951, Deschiens (1951) estimait à 36,8 % le taux national d'infestation occasionnée par *Schistosoma haematobium* et 1,6 % celui causé par *S. mansoni*. En 1958, 4496 cas de schistosomiase étaient recensés pour l'ensemble du pays dont la population avoisinait à l'époque 2.500.000 habitants. En 1969, le taux

précipitations y sont particulièrement abondantes et les cours d'eau traversant les régions forestières y maintiennent toujours un environnement humide très favorable au développement des « bulins » et des hôtes intermédiaires des bilharzioses (Kouakou, 1999). Avec la construction de cinq (5) grands barrages sur les principaux axes hydrographiques, les conditions écologiques ont connu d'importantes modifications qui jouent un rôle certain dans les conditions de transmission de la maladie. Des deux formes de bilharziose présentes en Côte d'Ivoire, la forme urinaire est la plus connue et la plus notifiée, l'autre forme étant confondue à d'autres parasitoses intestinales (ADRAO, Rapport op. cit.). Pour cette raison, nous ne traiterons que de cette forme dans ce travail.

L'annuaire des statistiques sanitaires 2001-2006 nous informe que le taux d'incidence de cette forme de bilharziose dans la population générale était constant de 2001 à 2003 avec une valeur se stabilisant autour de 0,4‰. Puis, ce taux décroît en 2004 (0,29‰), avant de connaître une légère hausse en 2006 (0,34‰).

d'infestation s'élevait à 2,4% pour la schistosomiase urinaire et 3,1% pour la schistosomiase intestinale. En outre, les rapports du centre suisse de recherche (CSRS, op cit) indiquent que, lorsqu'on procède à un dépistage actif, le taux de prévalence est assez considérable. Il était par exemple de 100 % à Taabo en 1999.

Figure 5: Evolution du nombre de cas de bilharziose urinaire en Côte d'Ivoire entre 2001-2008



Source: figure réalisée par nous-même

En plus d'avoir évolué au fil des ans en Côte d'Ivoire, la schistosomiase urinaire est localisée sur toute l'étendue du territoire avec des régions plus endémiques que d'autres.

1.2.3 Etiologie et mode de transmission

Les schistosomiasés sont des infections parasitaires contractées par contact avec de l'eau contaminée. Leur transmission est intimement liée à deux facteurs dans les rapports homme-eau : la transformation des écosystèmes et le mouvement des populations (Goubert, 1984; Bougerol, 1984).

La transformation des écosystèmes crée des biotopes favorables au développement de mollusques hôtes intermédiaires (Traoré, 2000). Quant aux facteurs sociaux, ils reposent sur les mouvements des populations entrepris autour des aménagements hydrauliques. Sont précisément indexées comme comportements à risque la densification de la population autour de ces aménagements et les conditions d'installation de ces populations.

Ces conditions sont dites précaires du fait de l'inexistence d'un système d'approvisionnement correct en eau contribuant à éviter l'exposition à l'infection dû aux activités de pêche, de culture et de nettoyage des canaux ainsi que les activités domestiques et ludiques. L'insuffisance de mesures d'hygiène et d'assainissement contribue à la contamination de l'environnement (Ernould, 2000).

Le schéma parasitologique de contamination de la maladie montre que les œufs passent par les urines et les selles contaminées, éclosent et se réfugient sous leur formes larvaires à l'intérieur de certaines espèces d'escargots⁶ d'eau douce et pénètrent dans la peau. Une fois dans l'organisme, les larves se développent et deviennent des schistosomes adultes, qui vivent dans les vaisseaux sanguins. Ils provoquent une atteinte progressive de la vessie, de l'urètre et des reins ou une augmentation de volume du foie et de la rate, une atteinte intestinale et une hypertension intra-abdominale.

1.2.4 La symptomatologie

La Bilharziose urinaire se reconnaît par différents signes physiologiques. Elle se manifeste par trois atteintes organiques. Une atteinte vésicale, une atteinte rénale et une atteinte urétrale.

L'atteinte vésicale se reconnaît par des dysuries, des pollakiuries précoce diurne et nocturne, des douleurs sus-pelviennes exacerbées obligeant le malade à se courber en deux lui donnant souvent l'impression d'urines chaudes. L'atteinte rénale se caractérise par l'hydronéphrose en amont d'un obstacle urétral et une atteinte rénale. En ce qui concerne l'atteinte urétrale elle se traduit par des écoulements riches en œufs, des urétroragies et des rétrécissements urétraux.

Comme tout trouble morbide, les schistosomiasis peuvent constituer de graves atteintes à la santé en cas de non-traitement.

⁶Les espèces d'escargots se prêtant à la transformation des larves sont le *Biomphalaria*, l'*Oncomelania* et le bulin (*pirgophysa*)

1.2.5 L'impact médicosocial

La schistosomiase urogénitale autant que la schistosomiase intestinale présente de réelles danger pour l'homme bien que ne faisant partie des pathologies reconnues par les communautés endémiques.

L'évolution de la première forme se traduit par une migration des vers adultes à travers le système veineux et par un dépôt de leurs œufs sur la paroi de la vessie. La réponse inflammatoire à ces œufs cause un saignement de la paroi de la vessie. Ceci entraîne ce qui est souvent le seul symptôme de la maladie, « du sang dans les urines ». Comme les œufs des vers sont ingérés à la base des urètres (tube urinaire), ceux-ci sont bloqués au fil du temps. Ce blocage du flux d'urine peut s'étendre au rein et provoquer une défaillance rénale qui devient inévitablement fatale lorsque les deux reins sont atteints. Mais ceci est assez rare avant que le patient n'atteigne 45 ans. Dans d'autres cas, l'infection chronique de la vessie peut éventuellement entraîner un cancer. Mais, chez les populations ayant une espérance de vie courte, les effets chroniques (à long terme) de la schistosomiase ne sont souvent simplement pas apparents. Très souvent cette forme de bilharziose est associées aux MST du fait de l'émission de sang dans les urines ce qui conduit à un sentiment de honte de la part des individus (ADRAO, Rapport op. cit., Gentilini, 1986).

En ce qui concerne la forme intestinale, elle se manifeste initialement par une dysenterie douloureuse avec rejet de sang, ce qui conduit le sujet à chercher des soins médicaux et un traitement curatif assez tôt. Dans le cas contraire, les vers migrent à travers le système veineux jusqu'au foie où l'inflammation causée par les œufs provoque un granulome⁷, qui, au fil du temps, va détruire les tissus normaux du foie et causer une cirrhose. La cirrhose du foie est fatale elle aussi. Mais, dans la plupart des cas, la maladie est traitée dès le début de la diarrhée ou de la dysenterie ou bien, les gens meurent d'autres causes avant que les effets de

⁷Un granulome est selon l'encyclopédie électronique de Microsoft (Encarta2009), une tumeur de nature inflammatoire observée dans certaines maladies et formée par une prolifération de cellules dans un tissu.

la défaillance du foie ou de la cirrhose ne deviennent manifestes (Tamolette, 2000).

1.3 Les géohelminthiases

1.3.1 Généralités

Les Géohelminthiases ou verminoses intestinales sont des infections des intestins par plusieurs types de vers nématodes. Dans le cadre de cette étude nous n'en avons retenu que trois (3) types (*ascaris*, *ankylostomes* et *les trichuris trichiura*). L'impact principal de ces infections sur la santé réside dans leurs effets chroniques. La morbidité annuelle due aux géohelminthes était estimée par l'OMS à 1450 350 60 en ce qui concerne les *ascaris lombricoïdes*, à 130.015.065 pour les *ankylostomes* et à 105.022.010 pour les *trichuris trichiura*. Elles prolifèrent dans les milieux insalubres et dans les cadres de vie peu soucieux des conditions d'hygiène corporelles et alimentaires.

1.3.2 Etiologie et mode de contamination

Ces trois verminoses sont caractéristiques d'une condition de vie : celle du manque d'hygiène. On les classe selon leur mode d'infestation en deux groupes: Les nématodes à voie d'infestation buccale et les nématodes à voie d'infestation transcutanée (Banga, 2001).

1.3.2.1 Les nématodes à voie d'infestation buccale

Dans ce groupe, on classe les *ascaris* et les *trichuris*. Après accouplement, les femelles *ascaris* pondent des œufs qui sont éliminés dans le milieu extérieur avec les selles. Lorsque les conditions sont favorables -terre humide ombragée, température à 20°C, ces œufs s'embryonnent en 6 semaines en moyenne et renferment des larves infectantes. Avalées par l'homme avec l'eau ou les aliments souillés, ils éclosent dans le grêle et libèrent ces larves. Ces dernières

traversent la paroi entérale et gagnent le foie d'où elles poursuivent leurs activités nuisances.

En ce qui concerne les *trichuris* adultes, leurs œufs pondus sont éliminés avec les selles. Ceux-ci s'embryonnent dans le milieu extérieur au bout de 6 semaines en moyenne et deviennent infectantes. Ingérés avec les aliments ou l'eau de boisson souillée, ils libèrent leurs embryons qui se transforment en adulte dans l'intestin.

1.3.2.2 Les nématodes à voie d'infestation transcutanée

Les *ankylostomes* sont le type de parasites nématodes concernés par l'étude. Les adultes vivent dans le *duodénum* et le *jejunum*⁸ fixés par leurs capsules buccales. Les œufs pondus sont éliminés dans le milieu extérieur avec les selles. Ces dernières se transforment en moins de 24 heures en larves. La contamination se fait par voie transcutanée. La larve traverse activement la peau (généralement la partie située entre les orteils) en abandonnant son enveloppe lors d'un piétinement dans la boue ou les pieds nus dans une piscine (Banga op. cit.).

1.3.3 La Symptomatologie

La période d'ascaridiose adulte se reconnaît par la présence d'*ascaris* adultes dans l'intestin qui est responsable de troubles digestifs, de douleurs abdominales, de crises d'anorexie, de diarrhée, de nausées, de tics, de toux, de manifestations allergiques. Pour ce qui est de la Trichocéphalose, elle se manifeste par des douleurs abdominales, des diarrhées glairo-sanglantes, des prolapsus rectal et une anémie hypochrome. Cette symptomatique est une variable selon le climat. Ces signes sont surtout vécus en zone tropicale. En zone tempérée, cette verminose est asymptomatique.

⁸Le duodénum est la partie initiale de l'intestin grêle qui s'ouvre sur le pylore et se termine sur l'iléon et le jejunum est la longue portion de l'intestin grêle située entre le duodénum et l'iléon (Microsoft encarta 2009)

En ce qui concerne l'ankylostomiase, elle se reconnaît par des signes cutanées (érythèmes papuleux, prurigineux, lésion de grattage s'effaçant en quelques jours), catarrhe des gourmes (irritation des voies aéro-digestives), respiratoires (toux vespérale, expectoration muqueuse, vomissements et perversion du goût). Considérée comme apparente, la destruction du corps humain par les parasitoses intestinales est réelle.

1.3.4 L'Impact médicosocial

Les enfants étant particulièrement exposés pour des raisons comportementales (hygiène précaire et jeux), ils subissent plus les effets de ces maladies. Les 400 millions d'enfants d'âge scolaire infectés subissent des atteintes physiques et intellectuelles fréquentes dues à l'anémie, ce qui se traduit par un déficit de l'attention et une incapacité à assimiler des connaissances et contribue à l'absentéisme et aux abandons scolaires (Rapport conjoint OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale, op. cit.). Ces verminoses conduisent aux mêmes conséquences à quelques différences près.

1.3.4.1 L'Ascariadiase

Il a été observé qu'après déparasitage d'enfants porteurs de *A. lombricoïdes*, l'alimentation s'améliorait. Il a également été démontré à maintes reprises que l'état nutritionnel s'améliorait (croissance pondérale et staturale, augmentation de l'épaisseur du pli cutané) après traitement anthelminthique. Le traitement avait probablement un impact favorable sur la digestion des graisses, l'absorption des vitamines et la tolérance au lactose, tous des facteurs dont la réduction est une conséquence connue de l'ascaridiase.

1.3.4.2 L'ankylostomiase

Cette verminose provoque des pertes de sang. Elle est associée à une détérioration du bilan ferrique et à une anémie, et exerce des effets défavorables sur la croissance et les résultats scolaires chez l'enfant, ainsi que sur la grossesse et sur la productivité au travail (OMS, Rapport 2004; Pawlowski et *al.*, 1993).

L'effet de l'infection par des ankylostomes dépend, au niveau individuel, des apports alimentaires en fer et du niveau des réserves ferriques ainsi que de l'intensité et de la durée de l'infection. Selon (Agbo et *al.*, 2000), lorsque le bilan ferrique est mauvais et que les réserves de fer sont trop faibles pour compenser les pertes provoquées par les ankylostomes, on peut observer une baisse importante du taux d'hémoglobine même en cas d'infection peu intense. Plusieurs essais contrôlés ont démontré l'impact positif du traitement anthelminthique sur le bilan ferrique chez des écoliers. La carence en fer est particulièrement prévalente chez les enfants d'âge préscolaire, phénomène auquel l'ankylostomiase pourrait contribuer. L'infection par des ankylostomes représenterait une menace majeure à la fois pour la santé des femmes en âge de procréer et pour le déroulement de la grossesse, surtout dans les pays en développement. On estime que, dans les pays en développement, plus de la moitié des femmes enceintes souffrent d'une anémie ferriprive qui contribue à la morbidité et à la mortalité maternelle, augmentant ainsi le risque de morbidité et de mortalité fœtale et d'insuffisance pondérale à la naissance (OMS, Rapport 2008). Ces complications médicales des verminoses intestinales et autres raisons ont justifiés la création en Côte d'Ivoire d'un Programme National de Nutrition (PNN) dont l'objectif principal est de réduire de 50% l'anémie par carence en fer chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans à l'an 2005.

1.3.4.3 La Trichocéphalose

La trichocéphalose constitue une menace pour la croissance et le développement des enfants. Les infections de forte intensité peuvent provoquer un syndrome dysentérique à *T. trichiura*, une dysenterie chronique, une altération du bilan en fer conduisant à l'anémie ferriprive, et un ralentissement de la croissance (Stephenson et *al.*, 2000). Bien que les pertes de sang puissent constituer un des aspects de l'infection à *T. trichiura*, elles sont moins marquées que dans l'ankylostomiase. Elles peuvent cependant dans quelques cas prendre la forme d'une hémorragie massive avec pour conséquence une anémie sévère pouvant aller jusqu'à engager le pronostic vital.

1.4 L'ulcère de buruli

1.4.1 Généralités

L'ulcère de buruli est une maladie de connaissance relativement récente. En 1897, Sir Albert Cook, médecin britannique travaillant à l'hôpital Mengo à Kampala (Ouganda), fait une description d'ulcères cutanés conforme à l'ulcère de Buruli. Environ 50 ans plus tard, en Australie -en 1948- le professeur Peter MacCallum et ses collègues décrivent en détail la maladie chez six patients originaires de la région de Bairnsdale, près de Melbourne. Ils sont aussi les premiers scientifiques à isoler l'agent causal, *Mycobacterium ulcerans*. Dans le sud de l'Australie, la maladie était toujours nommée « *ulcère de Bairnsdale* ». C'est à la suite de la découverte d'un important foyer endémique parmi les réfugiés rwandais en 1960 dans le Comté de « Buruli »⁹ en Ouganda, que la dénomination d'« ulcère de Buruli » lui a été attribuée. Il apparut dans de

⁹Aujourd'hui le district de Nakasongola

nombreuses régions d'Afrique de l'ouest, ce qui justifia la tenue de la conférence de Yamoussoukro¹⁰ pour ce qui est de l'Afrique de l'ouest.

Compte tenu de l'extension géographique rapide, des graves conséquences et du manque d'informations sur la maladie, l'Assemblée mondiale de la Santé adopta en 2004 une résolution¹¹ pour améliorer la surveillance et la lutte, ainsi que pour accélérer les recherches afin de mettre au point de meilleurs outils de lutte. Les raisons de la propagation croissante de cette maladie ne sont pas encore très claires. Si l'on peut être affecté à tout âge et quel que soit le sexe, la plupart des patients sont néanmoins des enfants de moins de 15 ans¹². En général, il n'y a pas de différence entre garçons et filles pour le taux d'infection. Néanmoins on note dans certaines régions endémiques un sex-ratio en faveur des garçons chez les enfants, et 1 sex-ratio en faveur des femmes chez les adultes. La maladie peut atteindre n'importe quelle partie du corps mais dans 90 % des cas, les lésions se situent sur les membres, avec près de 60 % pour les jambes. On a signalé l'ulcère de Buruli dans une trentaine de pays en Afrique, dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique occidental, principalement dans les régions tropicales et subtropicales.

En Côte d'Ivoire, le dernier recensement de 2007 fait état de 27000cas enregistrés entre 1978 (année où le premier cas a été notifié dans le pays) et 2007. Ce nombre positionnait ce pays au rang de pays le plus endémique avec 44% des cas (PNLCUB, Rapport 2007).

¹⁰- En 1998, à travers la “déclaration de Yamoussoukro”, la première conférence internationale sur l'ulcère de buruli présidé par le directeur général de l'OMS, un document est cosigné par les présidents ivoirien, ghanéen et béninois. Ce document stipule la prise en charge précoce des malades atteints d'ulcère de buruli intégré aux soins de santé primaire et basée sur la détection des cas au stade de début et leur traitement chirurgical rapide

¹¹Dans la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé à Genève, l'OMS a pris une résolution, celle d'« intensifier la recherche pour la mise au point d'outils de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie, et à intégrer l'ulcère de Buruli dans le système national de surveillance des maladies ».

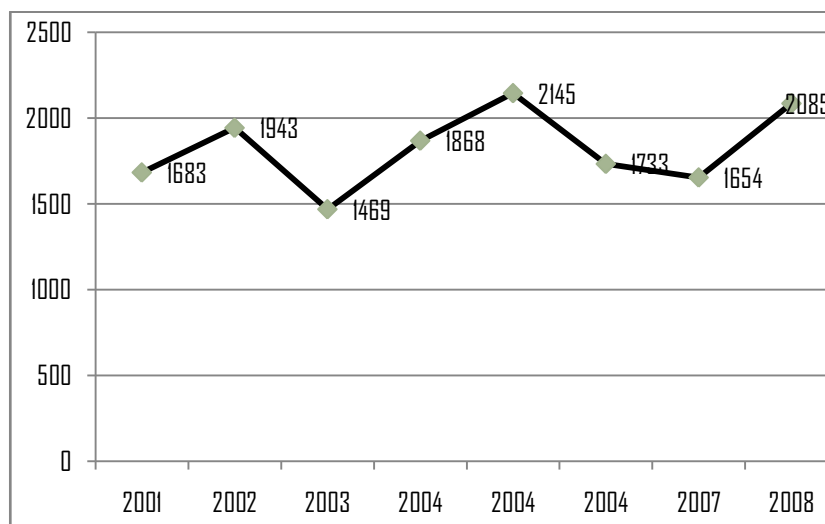
¹² L'OMS rapporte que environ 70% des cas sont des enfants de moins de 15ans.

1.4.2 Évolution en Côte d'Ivoire

Le premier cas d'ulcère de buruli a été connu en Côte d'Ivoire en 1978. C'est un jeune français qui avait fréquenté les bords du lac Kossou qui en fit le premier l'expérience. À la suite du premier épisode épidémique dans le district sanitaire de Daloa vers la fin des années 80, les populations ivoiriennes font véritablement connaissance avec cette maladie qu'ils appellent «maladie de Daloa» (Kouakou, op. cit.). Depuis lors l'ulcère de buruli n'a cessé de s'étendre.

Comme le montre la figure ci-après, le taux d'incidence de l'Ulcère de Buruli dans la population générale a évolué en dents de scie durant la période 2001-2007. Il est passé de 0,11‰ en 2001 à 0,11‰ en 2006 avec des pics en 2002 (0,17‰) et en 2005 (0,15‰).

Figure 6 : Évolution du nombre de cas d'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008



Source: figure réalisée par nous-même

1.4.3 Étiologie et mode de transmission

Le mode de transmission de l'ulcère de buruli demeure encore une véritable énigme pour la recherche parasitologique. On sait néanmoins que

Mycobacterium ulcerans est présent dans l'environnement. On a observé fréquemment l'ulcère de Buruli à proximité des plans d'eaux, rivières à débit lent, mares, marais et lacs. Des cas se sont aussi produits à la suite d'inondations (OMS, Aide-mémoire n°199). Les activités à proximité de l'eau, comme l'agriculture à partir desquelles elle se transmettrait à l'homme par un mécanisme inconnu, constituent un facteur de risque. Certains patients ont rapporté que les lésions sont apparues sur le site d'un traumatisme antérieur.

Selon des études, certains insectes aquatiques de l'ordre des hémiptères (*Naucoridae* et *Belostomidae*) en Afrique abritent *Mycobacterium ulcerans* dans leurs glandes salivaires et transmettent la maladie à l'animal de laboratoire. Des résultats plus récents en Australie font état d'une recherche positive de l'acide désoxyribonucléique (ADN) de *Mycobacterium ulcerans* chez les moustiques des marais salés, bien qu'on n'ait pas encore établi la transmission avec ce type de moustiques. Les recherches se poursuivent pour définir le rôle exact des insectes et d'autres facteurs dans la transmission de la maladie à l'être humain. Par ailleurs, la transmission interhumaine n'a encore pu être démontrée jusqu'à ce jour.

1.4.4 Symptomatologie

L'ulcère de Buruli débute par une étape dite préulcéraire caractérisée par l'un des 3 signes suivants:

- un nodule (une grosseur cutanée mobile et indolore)
- un placard (une zone étendue d'induration)
- un œdème (une tuméfaction diffuse des bras ou des jambes).

De ces premiers signes, seul l'œdème est généralement remarqué puis se constitue d'une zone douloureuse et tuméfiée. Quant aux nodules et les plaques,

ils sont indolores et de petite taille. Les souches de *Mycobactérium ulcerans* isolées à partir des diverses formes cliniques de la maladie dans une région géographique particulière semblent identiques, ce qui laisse supposer que des facteurs individuels de l'hôte pourraient jouer un rôle important dans la détermination des différentes présentations cliniques. En raison de l'action immunosuppressive locale de la *mycolactone*, ou peut-être à la suite d'autres mécanismes inconnus, la maladie évolue sans fièvre ni douleur.

Mais après une durée préulcéraire d'environ 1 mois, la région locale de la peau se détache pour donner lieu à une plaie énorme qui s'étend et dégage une odeur fétide. Cette plaie est associée à de vives douleurs. Il peut apparaître plusieurs foyers sur un même sujet. On parle alors d'atteinte multifocale. Les soins deviennent d'autant plus délicats que les séquelles que la maladie peut laisser seront plus graves.

1.4.5 L'impact médicosocial

Au cours de son évolution défavorable, il apparaît des complications dominées par les surinfections qui constituent le socle d'autres problèmes de santé et il peut arriver que l'os soit atteint. Dans ce cas, on parle d'atteinte osseuse. Il peut s'agir d'une atteinte articulaire, de l'état général traduit par l'amaigrissement du sujet souffrant ou d'anémie ou encore d'une surinfection bactérienne avancée pouvant par exemple déboucher sur un tétanos. Lorsque les lésions guérissent, les cicatrices entraînent des restrictions des mouvements des membres ou d'autres incapacités permanentes chez un quart des patients.

Source véritable d'invalidité physique avec des implications sociales sur la vie, l'ulcère de buruli est aussi source de catégorisation et de stigmatisation des sujets atteints. On a également noté que dans les contextes de grande endémicité, le système de production s'en trouvait gravement affecté (OMS, Aide-mémoire N°199).

1.5 Le paludisme

1.5.1 Généralités

Le paludisme est l'une des plus vieilles pathologies connues par l'homme¹³. Pourtant en dépit de pratiques sanitaires et préventives pluriséculaires contre cette maladie -l'histoire des soins en est parsemée de découvertes pharmacologiques- le paludisme demeure en Afrique, en Asie et Amérique du sud, le premier problème de santé. La morbidité palustre actuelle perçue comme ayant dépassée le seuil du tolérable a amené certains auteurs à la qualifier de « *reine des maladies* » (Dorozynski et Lantieri, 1993). Cette mortalité se situerait autour de 300 millions de personnes par an (PNDS, 2008). Les régions les plus endémiques sont: l'Amérique centrale, le nord de l'Amérique du sud, l'Afrique, l'Inde, le Moyen-Orient, l'Asie du sud-est et le Mexique, Haïti et la République Dominicaine.

1.5.2 La morbidité palustre en Côte d'Ivoire

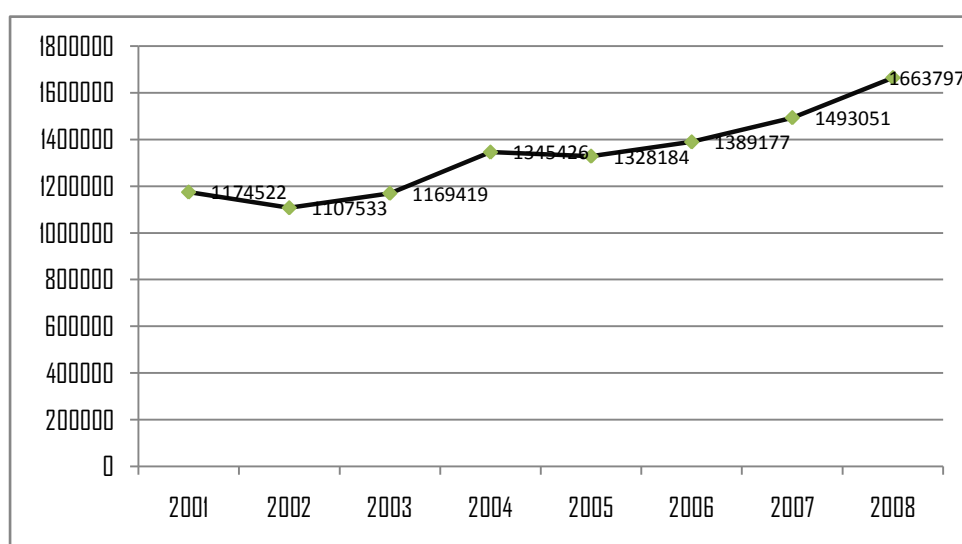
La Côte d'Ivoire à l'instar des autres régions africaines se caractérise par une hyper-endémicité de cette maladie. Elle est le premier motif de consultation et d'hospitalisation dans les établissements de santé de premiers recours (OMS, Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000; Dossou-yovo et *al.*, 2001). Selon l'Unicef (Rapport, 2008), environ 3,5 millions d'enfants de moins de cinq ans et 01 million de femmes enceintes sont exposés au paludisme. Le

¹³Les observations de la « fièvre des marais » remontent à l'Antiquité. Des manuscrits égyptiens datant de 1600 av. J.-C. décrivent les accès paludéens. Le paludisme est décrit par le médecin Hippocrate (v. 460-v. 377 av. J.-C.) celui-ci mentionne des fièvres sévissant dans les lieux humides, provoquant des frissons et des températures corporelles très élevées à intervalles réguliers, tous les trois ou quatre jours, avec une rate dilatée et douloureuse. -Dans l'Amérique précolombienne, les Amérindiens traitaient les fièvres des marais par des infusions d'écorce d'un arbre appelé « quinquina ». -Dans les années 1640, les Jésuites importent la poudre d'écorce de quinquina en Europe, qui sera désignée sous le nom de « poudre des Jésuites ». -En 1820, les pharmaciens français Joseph Pelletier et Jean-Baptiste Caventou extraient et identifient chimiquement son principe actif, baptisé quinine. - Dans les années 1830, le médecin militaire français François Clément Maillot codifie son emploi et sa posologie dans les fièvres intermittentes ou continues. La quinine commence également à être utilisée en traitement préventif.

même rapport indique que 33 % de tous les décès survenant dans les hôpitaux en Côte d'Ivoire sont dus au paludisme.

Selon le rapport de la DIPE (Rapport, op. cit.), durant la dernière décennie, le taux d'incidence du paludisme même s'il a connu une baisse notamment en 2003 (71,58‰) et en 2006 (80,59‰) reste préoccupant. Les taux les plus élevés pendant cette période dans la population générale sont ceux de l'an 2002 (78,7‰) et de l'an 2005 (83,42‰).

Figure 7: Évolution du nombre de cas de paludisme dans la population générale en Côte d'Ivoire de 2001 à 2008



Source: Figure réalisée par nous-même

1.5.3 L'étiologie et le mode de transmission

Le paludisme, rattaché depuis l'antiquité aux zones humides, est jusqu'à la fin du XIX^e siècle attribué au « mauvais air » des marais. Selon l'encyclopédie électronique « Microsoft Encarta, 2009 », cette représentation causale a d'ailleurs influencé la nosographie de la maladie puisque la racine latine « *palus* » ou « *paludis* » désigne le « marrais » en français.

C'est au début des années 1880 que le médecin français Alphonse Laveran démontre que la maladie est provoquée par un parasite unicellulaire microscopique appelé le « plasmodium », qu'il met en évidence dans les globules rouges de patients contaminés. Après plusieurs étapes, l'italien Giovanni Battista Grassi démontre en 1898 que les moustiques impliqués dans la transmission du paludisme chez l'homme sont les femelles du genre « Anophèles » (Microsoft Encarta, op. cit.). Celui-ci est plus actif entre le crépuscule et l'aube, ce qui accroît le risque d'infection pendant cette période. Mais les activités liées aux zones hydriques telles que la riziculture de bas-fond et le maraîchage exposent aussi aux risques palustres. En outre, la contamination de la mère au fœtus, lors d'une greffe ou d'une transfusion sanguine a été établie.

Les schémas de transmission et de morbidité varient énormément selon les régions et à l'intérieur des pays. Ces variations tiennent aux différences entre les parasites et les moustiques vecteurs et aux conditions écologiques qui influent sur la transmission (Microsoft Encarta, 2009).

1.5.3.1 Les différents types de parasites palustres

Il existe quatre espèces de parasites palustres portés par l'anophèle: *le falciparum*¹⁴, *le vivax*¹⁵, *le malariae* et *l'ovale*. Il faut noter que chez les personnes qui vivent en région d'endémie, le risque est élevé d'infections successives, accompagnées de fréquentes récurrences de la maladie.

¹⁴ -La plus dangereuse car elle s'attaque à un nombre élevé de globules rouges, est difficile à guérir et peut causer la mort en quelques jours surtout s'il se loge au cerveau. Les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes des zones impaludées en sont le plus grièvement atteints car ils ne sont pas immunisés contre la maladie. C'est aussi la plus répandue en Côte d'Ivoire.

¹⁵ -l'espèce la plus courante et la moins dangereuse de la maladie. Il se caractérise par des cycles de frissons, de fièvre et de transpiration qui peuvent se manifester dans certains cas jusqu'à trois ans après la contamination

Ces patients finissent cependant assez fréquemment par être immunisés contre la souche de plasmodium à laquelle ils sont régulièrement confrontés ce qui n'est pas le cas des personnes vivant en zone non endémique.

1.5.4 La symptomatologie

On observe une variation des symptômes en fonction de ces différents types d'infection. Ils apparaissent une à quatre semaines après la piqure infectante de l'anophèle. Mais ils peuvent parfois prendre une année ou plus pour se manifester, selon la forme de paludisme. Sa gravité dépend du type de plasmodium impliqué, de la quantité de parasites dans le sang, et du sujet lui-même (âge, degré d'immunisation...). Le paludisme est ainsi très sévère chez les enfants entre 3 mois et 4 ans. Si les épisodes de crises paludéennes se manifestent de façon typique par une phase de frissons intense, de fièvre puis de sueurs froides-baisse de la température et transpiration abondante- certains signes accompagnent les accès palustres de toutes espèces de plasmodium. Ce sont:

- la fièvre élevée (40 à 41 c),
- la fatigue et les douleurs musculaires,
- les maux de tête,
- les troubles digestifs,
- l'affaiblissement général,
- les vomissements.

Ces symptômes peuvent évoluer en quelques jours, parfois même en quelques heures. Si cette évolution est rare chez le sujet adulte vivant en zone d'endémie, elle est plus fréquente chez l'enfant ou le sujet non-immunisé. Il est dès lors urgent de les prendre en charge dans les bons délais -moins de 24 heures- pour éviter des manifestations plus graves.

1.5.5 L'impact médicosocial

Des complications telles que l'anémie sévère, les convulsions généralisées, l'hypoglycémie¹⁶, l'œdème pulmonaire, l'insuffisance rénale, les infections sévères et les hémorragies sont associées au paludisme. Ces différentes complications conduisent à une mortalité élevée et à des conséquences socioéconomiques. Environ 50% des pertes agricoles et 40% de l'absentéisme scolaire sont dus à cette pathologie (Unicef, Rapport 2008 op. cit.).

1.6 La fièvre typhoïde

1.6.1 Généralités

La première description de la fièvre typhoïde a été faite par Sir William Jenner au milieu du XIX^e siècle mais c'est Karl J. Erberth qui le premier isola le micro-organisme à l'origine de la maladie dans les années 1880, fournissant ainsi les bases d'un diagnostic définitif (Vigarelo, op cit). Avant cela il était difficile aux personnels soignants d'établir un diagnostic. Aussi l'histoire de l'humanité a-t-elle connue plusieurs épidémies¹⁷ de fièvre typhoïde dont les plus importantes se situent entre les XVII^e et XVIII^e siècle. Si elle ne constitue plus un problème de santé publique dans les pays industrialisés¹⁸ en dépit de quelques rares cas importés (Mbula et *al.*, 1993), en Afrique elle sévit encore de façon endémique, ce qui lui vaut d'être classée parmi les maladies « réémergentes »¹⁹. Chaque

¹⁶Une hypoglycémie est une concentration anormalement basse de glucose dans le sang.

¹⁷-Les chercheurs travaillant sur l'histoire de la ville de Jamestown en Virginie (Etats-Unis d'Amérique) ont estimé à 6000 le nombre de colons morts des suites de la fièvre typhoïde entre 1607 et 1624.

- Au cours de la guerre contre l'Afrique du Sud à la fin du XIX^e siècle, les troupes britanniques ont perdu 13 000 hommes à cause de la fièvre typhoïde - contre 8000 hommes au combat (Microsoft Encarta2009). Cette maladie a ainsi fait plus de victimes que le conflit armé qui avait créé les conditions d'insalubrité dont elle était issue.

¹⁸ On estime qu'un tiers des 150 cas annuels recensés en France est importé.

¹⁹Sont classées dans le groupe des maladies réémergentes, des maladies jadis répandues mais dont la fréquence avait fortement diminué au cours du XX^e siècle — voire que, pour certaines, on avait pu croire quasi-éradiquées —, mais qui sont aujourd'hui en recrudescence. La tuberculose en est l'exemple type, mais le même phénomène s'observe avec la fièvre typhoïde, la fièvre de Lassa, la fièvre jaune, la peste et la dengue, dont la forme classique — parallèlement à la forme hémorragique, qui est émergente — est en recrudescence (« maladies émergentes et réémergentes » (Microsoft Encarta 2009).

année, l'OMS rapporte entre 16 et 33 millions de cas de fièvre typhoïde un peu partout autour du globe. Sur ce nombre, environ 500 000 personnes meurent tous les ans de cette maladie (OMS, Rapport 2008). La morbidité « typhoïdienne » déclarée est difficile à estimer du fait de ce que les populations la distinguent difficilement du paludisme. On sait néanmoins que toute l'Afrique, toute l'Amérique latine et toute l'Asie du sud sont infectées.

1.6.2 La morbidité en Côte d'Ivoire

Bien qu'endémique en Côte d'Ivoire, les données statistiques sur la maladie sont incomplète. Nous n'avons pu disposer que de données portant sur les années 2007 (2140 cas) et 2008 (19673 cas). On peut ainsi retenir qu'entre ces deux années, le nombre de cas notifiés de fièvre typhoïde a connu une montée fulgurante dans le pays.

1.6.3 L'étiologie et le mode de contamination

La fièvre typhoïde est une maladie des zones à conditions d'hygiène précaire. Elle est transmise par le bacille «*Salmonella typhi*». On le trouve dans l'eau ou en consommant des aliments contaminés. La transmission peut être interhumaine par contact direct avec une personne infectée ou transmise par des aliments ou l'eau contaminée par les selles ou les urines de malades ou de porteurs. L'eau polluée est la source la plus fréquente de la fièvre typhoïde. L'infection peut aussi être provoquée par la consommation de fruits de bassins contaminés par des eaux usées, de légumes crus provenant de cultures utilisant les vidanges comme engrais, ou de lait et de produits laitiers contaminés. Les symptômes de la maladie sont liés à la libération d'une toxine par la bactérie.

1.6.4 La Symptomatologie

La période d'incubation de la fièvre typhoïde dure de une à trois semaines. La bactérie se multiplie dans l'intestin grêle, puis passe dans le flux sanguin

(Microsoft encarta, 2009). Ceci provoque les premiers symptômes constitués de frissons. Il s'en suit :

- une fièvre élevée (plus de 40°C)
- des maux de tête
- des insomnies
- des troubles gastro-intestinaux
- un ralentissement des facultés intellectuelles
- une somnolence
- une tâche rosée au tronc
- une anorexie

La phase d'état (à partir de la 2ème semaine) associe une fièvre qui se maintient entre 39° et 40°C et l'émission de selles diarrhéiques. Un état somnolent apparaît et évolue vers une torpeur dans les formes graves (typhos). De graves complications peuvent alors apparaître.

1.6.5 L'Impact médicosocial

La fièvre typhoïde peut conduire à des complications digestives et hépato-vésiculaires. Les complications digestives sont des hémorragies digestives qui se révèlent par la présence de sang dans les selles. Le plus souvent peu graves et tardives, elles peuvent être abondantes et accompagnées d'un état de choc ou être le signe annonciateur de perforations digestives: Le tableau clinique révèle une douleur abdominale aigüe, un ventre contracté et un arrêt des matières fécales et des gaz. L'opération chirurgicale devient alors urgente.

Quant aux complications hépato-vésiculaires elles sont liées à la prolifération bactérienne. Une hépatite est présente dans 10% des cas, mais souvent peu grave. Les accès hépatiques sont plus rares et se développent en l'absence d'antibiothérapie. Ils peuvent être sources de rechute ou de portage

chronique. Les complications cardiovasculaires sont une myocardite²⁰ typhique rare, peut être latente ou être révélée par un tableau de troubles de rythme et/ou de défaillance cardiaque et un état de choc révélé par une chute tensionnelle et une accélération du pouls. La fièvre typhoïde dans ces deux stades d'évolution se manifeste par un affaiblissement du malade rendant ainsi toute activité de production impossible.

1.7 La filariose lymphatique

1.7.1 Généralités

La filariose lymphatique, ou éléphantiasis, constitue une menace pour plus d'un milliard de personnes dans environ 80 pays. Sur environ 120 millions de personnes déjà affectées, plus de 40 millions sont gravement handicapées ou défigurées par la maladie. Un tiers des personnes infestées vivent en Inde, un tiers en Afrique et le reste principalement en Asie du sud, dans le Pacifique et dans les Amériques selon l'OMS (Rapport, 2006). Dans les zones tropicales et subtropicales où la filariose lymphatique est assez établie, la prévalence de l'infestation ne cesse de progresser. L'une des causes principales indexées de cette augmentation est l'urbanisation rapide et incontrôlée qui crée de nombreux gîtes larvaires pour les moustiques vecteurs de la maladie (OMS, Rapport 2000).

En raison de sa prévalence fréquente dans des zones rurales reculées et dans des zones périurbaines et urbaines défavorisées, la filariose lymphatique est en outre considérée comme une maladie de la pauvreté. Ces dernières années, cette prévalence a régulièrement augmenté du fait de l'expansion des taudis et de la pauvreté, spécialement en Afrique et dans le sous-continent indien.

²⁰La myocardite est une inflammation du muscle cardiaque.

1.7.2 L'étiologie et le mode de transmission

Les filarioses lymphatiques l'une à « *wuchéria bancrofti* » (filariose de bancrofti) et l'autre à « *brugia malayi* » (filariose de malaisie) sont des helminthiases provoquées par des nématodes filiformes vivipares dont le cycle évolutif ne peut s'accomplir que par le passage obligatoire par un arthropode hôte intermédiaire. (Larivière, op. cit.). Ces deux formes de filariose sont transmises par des moustiques qui, en piquant des personnes infectées, ingèrent les microfilaries qui se développent dans leur organisme et atteignent le stade infectant, d'ordinaire entre 7 et 21 jours. Les larves migrent alors vers les pièces buccales du moustique, prêtes à pénétrer dans la peau par effraction à la suite de la piqûre du moustique, complétant ainsi le cercle. En Afrique tropicale, la bancroftose qui est la plus répandue est surtout rurale et sa transmission est liée à la piqûre de l'anophèle « *gambiae* » et l'anophèle « *funestus* » (Larivière, op. cit.). C'est la localisation dans le système lymphatique (vaisseaux et ganglions) de l'hôte vertébré qui provoque les filarioses dites lymphatiques (Microsoft Encarta, 2009). L'évolution de la maladie chez l'être humain est encore scientifiquement non élucidée. On sait toutefois que l'infestation est généralement acquise dans la petite enfance peut se manifester qu'au bout de plusieurs années (OMS, Rapport 2000).

1.7.3 La symptomatologie

On connaît très peu de manifestations cliniques extérieures aux filarioses lymphatiques. Chez de nombreux sujets, elles se sont manifestée par :

- Une absence de symptômes cliniques apparents révélant la présence en fait d'une pathologie lymphatique latente. La forme asymptomatique de l'infestation est caractérisée le plus souvent par la présence dans le sang de milliers ou de millions de larves de

parasites (microfilaires) et de vers adultes situés dans le système lymphatique.

- Des lésions rénales.

Les symptômes les plus graves de la maladie apparaissent en général chez les adultes, et davantage chez les hommes que chez les femmes (OMS, Aide-Mémoire N°102) ce qui a de graves conséquences sur le système de production des communautés endémiques.

1.7.4 Les complications organiques et l'impact social

Les parasites « *Wuchereria bancrofti* » et « *Brugia malayi* » vivent presque exclusivement chez l'être humain. Ces vers s'installent dans le système lymphatique, le réseau de ganglions et de vaisseaux qui maintiennent le délicat équilibre hydrique entre les tissus et le sang et sont un élément essentiel du système de défense immunitaire de l'organisme. Ils ont une durée de vie de 4-6 ans et produisent des millions de microfilaires immatures (larves minuscules) qui circulent dans le sang.

Dans ses manifestations les plus évidentes, la filariose lymphatique provoque une hypertrophie de la jambe ou du bras ou des organes génitaux ou de la vulve ou des seins. Dans les communautés où la maladie est endémique, 10% à 50% des hommes et jusqu'à 10% des femmes peuvent être affectés. Ces aspects de la maladie ont de graves incidences psychologiques et sociales. Outre les anomalies visibles, les filaires provoquent plus couramment encore des altérations internes cachées des reins.

La filariose lymphatique est aussi un lourd fardeau social, particulièrement grave du fait des caractéristiques particulières de la maladie. Ses complications chroniques sont souvent dissimulées et considérées comme honteuses. Ceci contribue à rendre difficile l'évaluation de l'endémie dans certaines zones. Pour

les hommes, les manifestations génitales sont un handicap grave, cause de gêne physique et d'ostracisme social. Pour les femmes, la maladie est aussi assortie d'un sentiment de honte et de tabous.

Conclusion partielle

Durant ces dernières années, les MTN, le paludisme et la fièvre typhoïde ont pris une telle importance qu'elles doivent désormais susciter une plus grande attention de la part des décideurs. Causées par des vers parasites, des bactéries et des protozoaires, leur étiologie nous apprend qu'elles sont favorisées soit par des conditions naturelles défavorables soit par la dégradation du milieu de vie de l'homme. Pour l'Afrique sub-saharienne, on estime à cinq cent millions 500.000.000 (Chege, 2009), le nombre de sujets souffrant des MTN en générale. Elles y sont endémiques et y entraînent une douleur physique intense, de graves préjudices esthétiques et des incapacités sévères. En outre, hormis la filariose lymphatique qui est quelques peu asymptomatique à sa phase débutante, les autres se reconnaissent par des signes cliniques « physiques ». On peut par ailleurs classer le corpus de maladie dont nous avons traité dans ce chapitre en deux catégories: les maladies invalidantes et les maladies non invalidantes. Les premières regroupent l'onchocercose, l'ulcère de buruli et la filariose lymphatique. Les secondes rassemblent le paludisme, la fièvre typhoïde, les verminoses intestinales et la bilharziose.

Si toutes les maladies tropicales négligées ont des effets indiscutables sur les contextes économiques tropicaux où elles sont endémiques, celles dont les complications médicales peuvent déboucher sur des invalidités physiques chroniques telles que l'onchocercose, l'ulcère de buruli et la filariose lymphatique sont encore plus redoutés. Les autres ne sont pas d'emblée perçues comme des pathologies meurtrières mais elles n'en sont pas moins nuisantes. Les retards de croissance, les troubles de grossesse, l'absentéisme scolaire et la

diminution de la productivité des travailleurs, effets des crises palustres infantiles et des verminoses intestinales sont autant de conséquences médicosociales qui doivent interpeller sur les conditions de prévention et d'une meilleure prise en charge communautaire et thérapeutique des MTN.

En Côte d'Ivoire, l'inexistence de statistiques nationales sur certaines d'entre elles telles que les parasitoses intestinales, la fièvre typhoïde et la filariose lymphatique en limite l'évaluation de l'ampleur ce qui conduit certainement à une sous-estimation de leur incidence. Parmi celles dont on dispose de données sur l'endémicité, le paludisme et l'ulcère de buruli, s'illustrent comme les plus fréquentes. En ce qui concerne la bilharziose urinaire et l'onchocercose, leur évolution se présente sous un aspect dynamique. Stable entre 2000 et 2003 (taux d'incidence autour de 0,4‰), le taux d'incidence de la bilharziose urinaire a décru en 2004(0,29‰) et s'est ensuite accru en 2008 (0,34‰). L'onchocercose a également connu une recrudescence durant la dernière décennie puisque que le nombre de cas notifiés de cette maladie est passé de 173 en 2000 à 360 en 2006. Cette résurgence de ces maladies en dépit des moyens importants parfois mobilisés pour les éradiquer confirme qu'« *en matière de morbidité infectieuse, aucune victoire n'est définitive* » (khalt op. cit.).

CHAPITRE II:

Construction communautaire des MTN

Introduction

L'avènement du trouble pathologique est l'occasion pour tout contexte social de s'interroger sur la dénomination, la causalité (Herzlich, 1984) mais surtout sur les stratégies curatives pouvant permettre une restauration rapide de la santé. Croyances, valeurs, normes sociales et rapports de sens mobilisés dans cette attitude sociale ont ainsi permis de situer une pluralité d'interprétations au trouble morbide. Au regard de l'implication de ces facteurs, les causes de la maladie, les signes physiques permettant de la distinguer et la démarche d'attribution d'un nom, en somme, la construction de l'entité nosologique se trouve être variable. À propos de cette variabilité de l'étiologie sociale, Doris Bonnet et Yannick Jaffré que cite Julie Poirée se sont attaché à montrer la maladie en Afrique subsaharienne dans une réalité plus concrète. Celle-ci montre comment chez certaines populations africaines, une maladie passe:

« [...] d'un corps à un autre en empruntant des voies diverses (un courant d'air chaud, un objet souillé, un jet de salive, un regard insistant ou une parole malveillante), qui « tombent sur » la victime désignée d'un sorcier, l'enfant consommant une mangue trop verte, le promeneur imprudent dont la seule erreur est d'enjambrer un espace foulé par un malade » (2006:1).

Les populations de Taabo n'étant pas en reste de ce comportement social, nous tenterons dans le présent chapitre de répondre à certaines questions se rapportant aux processus de construction des MTN dans cette zone. Ces questions ont trait à la démarche de dénomination locale et aux catégories étiologiques de ces maladies. En clair, notre objectif est de rendre compte le plus finement possible des nuances sémantiques et des conceptions populaires de la maladie quant aux causalités et à la symptomatologie dont ces communautés se servent pour identifier chacune des maladies à l'étude.

Il convient ici de préciser que si plusieurs entités ethnolinguistiques cohabitent dans les treize (13) localités formant notre champ géographique d'étude, quatre parmi ces groupes sont parmi les plus pratiqués dans les interactions quotidiennes. Il s'agit de l'autochtonie constituée des Baoulé *swamlin* et *N'ghan* et des *dida* et des allogènes burkinabés moose²¹ et maliens bozo. Les Moose sont la communauté burkinabée la plus importante²² et s'activent dans les spéculations agricoles de rente et vivrière tandis que les Bozo, également en nombre important se spécialisent dans la pêche. L'approche communautaire de construction nosographique ici décrite émane de ces communautés.

En considération d'une terminologie et de références causales assez variées, l'actuel chapitre ne retiendra que les dénominations les plus usitées et les modèles étiologiques les plus populaires, le chapitre suivant abordant les variations et les conditions les sous-tendant. Mais avant, qu'est-ce que la maladie pour ces communautés?

2.1 Vision du monde et notion de maladie dans les communautés cibles de l'enquête qualitative

Une incursion dans les représentations sociales de l'état de maladie et des catégories causales ayant cours dans les communautés interrogées dans le cadre de l'enquête qualitative par focus-group nous a paru importante. Elle peut nous permettre une meilleure compréhension de la construction des MTN dans ces populations. Dans les points concernant les populations allogènes (*Moose* et *Bozo*), nous nous sommes appuyés sur une recherche documentaire.

2.1.1 Chez les Ivoiriens

La vision du monde d'une communauté ethnique est la manière dont cette communauté se pense et pense le monde qui l'environne quant à la création et le

²¹ Le Mooré est la langue du groupe ethnique Moose qui est couramment dit Mossi.

²² Le DSS nous a rapporté qu'en 2008, 776 ménages moose résidaient dans la zone d'étude.

fonctionnement de celui-ci. Nous proposons ici ce corps de pensée dans les cultures ivoiriennes telle que proposé par Memel Fotê. Pour celui-ci, on peut observer dans les communautés ivoiriennes une « *unicité des théories* » de cette vision du monde autour d'un quatuor d'éléments.

« [...] *quatre éléments dans la création du monde (le feu, l'air ; l'eau et la terre). Ces éléments se sont fécondés pour produire la vie terrestre. Deux sphères composent le monde : l'invisible et le visible. Le monde de l'invisible est celui des causes et le monde du visible celui des effets* » (1998:22-23).

Quant à la structuration du monde, elle s'exprime par son « *universalité et sa circularité* ». Cette universalité transparaît dans les catégories linguistiques désignant le monde dans certaines langues ivoiriennes.

« *Dieu, le minéral, la plante, l'animal et l'homme possèdent la force vitale. Voilà pourquoi la vie et le monde se confondent parfois dans le même mot chez les baoulé, les bété et les wè « mendilè » (litt. manger le monde)* » (ibid.:22).

Une relation étroite existe en outre entre représentations du cosmos et de la maladie d'une part, et, d'autre part, entre l'ordre social et la maladie. Le corps de pensées qu'est la vision du monde est ainsi sous-jacent aux modèles d'explication de la maladie. Ceci apparaît dans les représentations causales du sida chez les « *Gouro* » de Côte d'Ivoire où c'est dans le « *pouvoir du sang* » (Bougerol, 1994:52; Suremain, 1999; 2000) que les représentations de l'autre contaminant se construisent (Séry et Gosé, op.cit.).

Chez les Baoulé comme dans les autres groupes ethnoculturels ivoiriens, la maladie, (« *toupkatchê* » en langue baoulé et « *Guou* » en langue Dida) s'entend comme « *une régression générale de la vie de l'être, dans ses relations et dans ses activités* » (1998:28). Dans une vision globalement naturelle de l'être, elle peut s'observer comme « *une prédisposition à la régression* ». Certains indicateurs lui sont également associés. Parmi ceux-ci:

« [...] *la douleur ou la souffrance (ahungnalê, litt.ahun=corps et gnalê=pauvreté au sens de déchéance ou encore n'gna=douleur. Cette*

dégradation de la santé en forme de chaleur répandue dans l'idéologie commune des ethnies bété et baoulé évoque la régression ultime vers la mort car le feu est un constituant élémentaire et céleste de la vie » (Memel Fotê : ibid.).

Pour ce qui est de l'étiologie, si Dieu est perçu comme une cause lointaine, il existe des causes intermédiaires au nombre de quatre (4).

« [...] Au premier niveau, interviennent les causes métaphysiques ou invisibles: génies; ancêtres; sorciers. Au deuxième niveau, se situent les causes humaines soit d'ordre social telle la violation d'interdits sexuels (inceste; fornication en plein-air ou en brousse...) soit d'ordre individuel (rancune; parjure ...) au troisième niveau viennent les causes physiques: soleil; vent; poussière ... Ce niveau justifie la thèse de la maladie comme phénomène sauvage au sens étymologique c'est-à-dire « qui vient de la brousse (kru). Cette extranéité explique aussi la métaphore de la maladie qui saisit ou frappe l'individu (Dida) On peut évoquer enfin des causes d'ordre culturel : aliments nouveaux comme les aliments congelés; les huiles chimiques; le cube maggi ... ». (1998:30).

Dans une conception holiste, la maladie est ainsi considérée chez les ivoiriens comme due aux ordres naturels et sociaux et aux interactions entre ces différents niveaux. Qu'en est-il des Moose?

2.1.2 Chez les Moose

La société des Moose du XXème siècle localisée au burkina-faso est selon Doris Bonnet le produit d'un « *syncrétisme entre deux univers culturels* » (1994:3-4): les *Dagomba* du Nord du Ghana dont est issue une partie de la population moose et les *Mandingues* originaires de l'ouest (*Dogon, Bissa, Yarse*) dont certains ont été progressivement intégrés à l'organisation sociale des Moose. Leurs croyances religieuses seraient également le produit d'un syncrétisme entre paganisme, islamisme, catholicisme et protestantisme. Dans cette société, les notions de bonne santé et de maladie « *bâaga* » s'expriment en termes d'« *opposition frais-froid-humide/sec-chaud. Ainsi on dira de quelqu'un qui est malade que son corps chaud ou son corps chauffe* » (Yoda, 2005:45).

En outre, il existe une relation étroite entre représentation du cosmos et de la maladie d'une part et entre l'ordre social et la maladie d'autre part (Helman, op. cit.). Ces interrelations se reflètent dans sept catégories étiologiques dont: «*les ancêtres; les génies; les jumeaux; les possesseurs de «nyisi» les sorciers; le destin et « Dieu »*» (Fainsang, 1986:81). S'agissant de la transmission de la maladie dans la pensée Moose, il existe essentiellement deux modes de contamination: la contamination par «*contact*» et la «*contamination-sanction*» (Bonnet, 1994:7).

Ces représentations Moose de la maladie ont en commun avec celles des bozo de puiser dans la vision du monde. Mais à la différence des moose, les Bozo intègrent certaines catégories en rapport avec leurs croyances religieuses.

2.1.3 Chez les Bozo

Le peuple Bozo est constitué d'un groupe de langues²³ proches parlées par des populations dispersées dans la boucle du Niger et représentant l'un des douze (12) groupes ethniques du Mali. Localisées dans la région de Mopti, elles sont estimées à environ 205000 individus dont 175.000 résideraient au Mali, 15000 en Côte d'Ivoire²⁴ et 15000 au Nigeria. Leur activité principale est la pêche. Aussi sont-elles considérées par les autres ethnies voisines comme «*les maîtres du fleuve*». Si l'islam est la religion dominante, les Bozos gardent cependant une très forte tradition animiste avec pour animal affilié le taureau dans une relation symbolique représentant le corps de celui-ci comme le fleuve et les cornes les pirogues. On prétend en outre dans la mythologie Bozo,

²³Cet ensemble de langues est composé du Sorogoma, du Xainyaxo et du Tiema cewe.

²⁴Claude Fay et Ousmane Pamanta écrivent au sujet des migrations Bozo que «*La région connaît une forte migration interannuelle dans différents pays, mais principalement en Côte d'Ivoire. Une (petite) famille sur deux environ possède un migrant et 65% de ceux-ci partent en Côte d'Ivoire et 15% à Bamako*» (Fay et Pamanta 1994).

« [...] ne pas avoir de passé et être nés d'un aigle pêcheur. Mais il est admis qu'ils descendraient de familles ghanéennes nobles émigrées, qui, arrivant sur les rives du Niger, se seraient installées et auraient appris les techniques de pêche des aborigènes. Ils se spécialisèrent ensuite dans la pêche et la navigation, un monopole qu'ils détiennent toujours ».

Avec une forte centralisation sur le dieu de la rivière, toute l'existence de la communauté dépend de celle-ci. Chaque village possédant son propre « *dieu de l'eau* » qui assure la protection des pêcheurs de ce village, le dieu de l'eau des Bozo est une personnification de la conception de l'environnement de l'eau, de leur lien sacré et intime avec l'eau (Takezawa, 2001).

Dans cette communauté, plusieurs catégories étiologiques coexistent. Parmi celles-ci :

« la sorcellerie, les génies de brousse (seyaam, mais on dit le plus souvent ladde : "la brousse"), les jegu et les jinn (génie de force supérieure résidant en principe vers les océans). Ces diverses causes sont fréquemment mêlées. La "brousse" peut certes attaquer d'elle-même, pour cause de sacrifice oublié ou insuffisant, ou parce qu'on a troublé les génies dans leur lieu de repos, ou parce qu'un génie est amoureux d'un humain et veut se le réserver par exemple. Mais, fréquemment, tout commence par un sorcier qui "passe" ensuite sa victime à "la brousse", qui dans les cas les plus pernicioseux peut les "passer" au jegu. » (Fay et Pamanta, op. cit.:5).

Ces différents modèles peuvent entrer en interaction pour produire la maladie. Ainsi dans cette population, une étude sur le Sida met en scène l'association de plusieurs catégories étiologiques. « (nourriture + acte sexuel), (acte sexuel+nourriture+sorcellerie), (suffi -ictère-+sorcellerie+acte sexuel), (génies+actes sexuels+nourriture), (génies+sorcellerie+acte sexuel) » (Fay et Pamanta, op.cit.:10).

On peut observer au terme de ce rappel sur les catégories étiologiques ivoiriennes *mossis* et *bozos* que vision du monde et causalité de la maladie sont en étroites relations. Elles intègrent des facteurs « *invariants de la pensée*

symbolique » (héritier, 1984:123) et toujours de manière cohérente les mondes sociaux et physiques également (Sindzingre, op. cit.).

2.2 Approche ethnolinguistique de la dénomination des MTN à Taabo

Au départ intégrée au courant de la «*folk-science*» et à l'ethnomédecine dont les objectifs étaient d'établir une classification des noms des plantes, animaux et maladies, l'approche ethnolinguistique dans le champs de l'anthropologie médicales s'intéressera à la manière «*dont les maux corporels sont désignés, nommés, différenciés et classés dans la langue locale* » (Bonnet, 1999:9), le but d'une telle démarche étant de ressortir une catégorisation lexicale et partant une base de données médicales des communautés étudiées (Sindzingre, op. cit.). En nous appuyant sur cette démarche précisément en optant pour une approche de type «*étique* » (Harris cité par Bonnet, 1999), nous montrerons le processus sémiologique à l'œuvre à Taabo.

Dans cette logique, il apparaît que les maladies objet de l'étude sont plus ou moins distinguées les unes des autres. Cette distinction s'exprime d'abord par une nosographie parfois distincte parfois diffuse.

2.2.1 Le processus sémiologique

L'analyse qualitative des données d'enquête par focus-group portant sur la dénomination locale des MTN nous a permis de constater qu'une catégorisation de ces maladies peut être opérée. Dans cette catégorisation qui est basée sur la manière dont ces problèmes de santé sont nommés, deux groupes de maladies ont été identifiés:

- Le premier groupe rassemble les maladies dont le nom a été puisé dans l'observation du corps en souffrance ou dans les modalités d'évolution et d'aggravation de l'état de morbidité.

Dans ce groupe où la démarche des populations se caractérisent par son pragmatisme, peuvent être classées la bilharziose, les verminoses intestinales, l'onchocercose et la fièvre typhoïde.

- Le second groupe réunit le paludisme, l'ulcère de buruli, la filariose lymphatique et la bilharziose dans certaines communautés. Si certaines de ces maladies sont désignées sous plusieurs termes, certains de ces termes sont le produit d'une observation qualifiante à partir des signes de manifestation de la maladie ou d'un jugement de facto relatif à une caractérisation de la maladie.

Cette démarche taxinomique semble reposer sur une part de symbolique mettant en rapport l'état morbide et d'autres éléments de la nature, un animal en général pour la morphologie ou le comportement de celui-ci.

Cette logique, somme toute pragmatique, se rapproche de celle des populations « *songhai* » du Niger étudiée par Yannick Jaffré et Olivier de sardan (1996) et des « *Angbandi* » du Zaïre observés par Bibeau (1978). Dans la première étude, les auteurs montrent que « *tijiri* », une maladie inconnue dans le contexte « *songhai-zarma* » s'est vue attribuer cette dénomination sur la base de sa symptomatologie et de la perception de sa gravité. Dans le second cas, Gilles Bibeau montre dans une approche holiste que le contexte socioculturel « *Angbandi* », la localisation du mal, sa ressemblance avec un élément qui se rapproche de la symptomatique, l'étiologie et la thérapeutique sont prédominants dans la façon de nommer les affections cutanées. On note des similitudes entre ces approches de la nosographie de la maladie et celle observée par Kouakou (2009) dans son « *analyse transculturelle des objets de santé infantile liés à la maladie de l'oiseau* » en Côte d'Ivoire. Celui-ci montre en effet que l'étiologie sociale Akan, Gur, Mandé et Krou de certains états de

morbidité et de maladie du jeune enfant est impliquée dans l'entité dénomminative.

2.2.1.1 Les nosographies en rapport avec la symptomatologie

Comme précisé plus haut, les nosographies en rapport avec les signes de manifestation de la maladie concerne parmi notre corpus de maladie, l'onchocercose, la bilharziose, les verminoses intestinales, et la fièvre typhoïde. Les communautés baoulé N'gban désignent l'onchocercose par «*yma silè*» qu'on pourrait traduire par «*l'œil passé*». Dans cette dénomination, l'œil indemne de toute affection est perçu comme présent et celui altéré par l'onchocercose est considéré «*antérieur*». On se souvient que dans l'évolution de l'onchocercose vers ses complications cliniques, les troubles oculaires ont été cités par la biomédecine. Dans cette catégorie de désignation, on peut aussi classer la filariose lymphatique chez les allogènes maliens. Ceux-ci reconnaissent cette maladie sous le terme «*songon*» (litt. *piéd écaillé*) en référence à l'étape de l'éléphantiasis de la jambe.

S'agissant des verminoses intestinales, toutes les communautés interrogées semblent s'être accordés pour désigner ces troubles sous le nom du «*vers*» dans la leur langue respective. Ainsi pendant que les autochtones baoulé disent «*srè*», chez les autochtones dida, on indexe ces verminoses par «*dribili*» (pourrait se traduire par «*de nombreuses cordes*»). Chez les allogènes maliens, on utilise le terme «*Kourou*» et chez les burkinabé Moorés, elles se reconnaissent sous le terme «*poubéhédo*» (litt. *vers du ventre*).

Ces nosographies ont été établies sur la base de l'observation des fèces. Selon nos enquêtés, celles-ci contiendraient des «*vers*» lorsque le sujet est atteint de parasitoses intestinales. Cette même attitude a guidé certaines de ces communautés dans la désignation de la bilharziose urinaire. Elle est dénommée «*biémodja*» (litt. *uriner le sang*) par les autochtones baoulé, «*déoukongui*»

(litt. *urine et sang*) par les maliens et « *roudisininga* » (litt. *uriner du sang*) par les burkinabés. Chacune de ces dénominations fait référence à l'uretragie souvent seule manifestation empirique de cette maladie (ADRAO, Rapport op. cit.) et dont le bilharsien peut être sujet lorsque celui-ci atteint l'étape de l'inflammation de la paroi vésicale.

Outre l'observation des déjections, les changements de l'apparence corporelle en cas de morbidité permettent aussi d'affecter une nosographie à la maladie. C'est le cas de la fièvre typhoïde chez les baoulé, du paludisme chez les Moorés (« *Sabga* », pourrait se traduire par « *ce qui affaiblit* ») et chez les bozo maliens (« *Mouan* » pourrait se traduire par « *l'état qui contraste entre chaud et froid* »). Selon nos informateurs, la température du paludéen serait à l'origine de cette construction nosographique. Cette température serait faite de chaud et de froid à la fois : « *si tu le touches son corps est chaud mais il a froid, c'est ça on dit chez nous mouan, c'est ça les dioula dit soumaya là* ».

Les communautés baoulé nomme la fièvre typhoïde « *èhué n'go* » (litt. *la fin jaune*). La notion de « *fin* » est ici entendue comme « *le terme de la vie, la mort* ». Si nous savons que la mort n'a pas de couleur, ce rapport symbolique entre ces deux entités fait référence à la symptomatique que cette communauté dresse de cette maladie comme nous le verrons plus loin dans le point consacré à la symptomatologie des MTN identifiée par les communautés. Pour nos informateurs Dida, le « *rouge* » est plutôt la couleur qui est située pour distinguer le paludisme « simple » de la fièvre typhoïde qu'il nomme « *djêkouadjozalô* » (litt. *paludisme rouge*). Globalement, la progression du mal paludéen correspond à un autre mal et cette évolution est largement interprétée sur le mode d'une transformation: « *pinon* » (*changer chez les bozo*). Ainsi pour ceux-ci, la fièvre typhoïde est le paludisme « *changé* » (« *mongon pinon* »).

2.2.1.2 Les nosographies par analogie

Nous entendons par nosographie par analogie la construction de la désignation de la maladie sur la base de sa ressemblance avec un autre élément de la nature. C'est le cas du paludisme désigné sous le nom « *djèkouadjo* » en langue baoulé. Cette dénomination très populaire et partagée par plusieurs communautés ivoiriennes est en fait l'un des noms que les communautés baoulé donnent au « chat ». À l'origine de cette métonymie, se situerait le rapport de contigüité existant entre le comportement de l'animal et le trouble morbide. De l'avis de cette communauté, le chat, petit mammifère carnivore de la famille des félidés, « *djéloua* » ou « *ayakan* » de son vrai nom en langue Baoulé et animal de compagnie, se distingue d'abord par sa nature mais aussi par son attitude. Cette attitude se distinguant par sa discrétion, sa sournoiserie mais surtout par sa vie nocturne serait la même que celle du sujet atteint de paludisme. Paludéen et chat auraient en commun d'être timide et discret pendant le jour et de manifester des crises nocturnes. L'encyclopédie Encarta nous informe d'ailleurs que les chats sont de :

« [...] petits animaux au comportement -pour le moins- étrange qui vivent surtout la nuit inquiètent et dérangent. Le chat noir, surtout, est considéré comme une créature infernale liée au diable et à la sorcellerie. [C'est pourquoi] Au cours du Moyen Âge, beaucoup de chats finissent sur le bûcher » (Microsoft Encarta, 2009).

Cette démarche semble caractéristique des populations rurales Africaines. Dans l'ouest ivoirien précisément chez les *yacouba*, Nzéyimana et *al.* nous apprennent que le lexique de la morbidité est construit sur des éléments de la vie courante et pour une large part sur les animaux dont le comportement est perçu comme similaire à celui du sujet en souffrance. Ainsi le « *Gon gué kéré* » (« paludisme brutal ou paludisme folie ») est perçu comme intervenant « *brusquement et violemment comme le masque gué kéré connu pour son agressivité* ». Le « *Youeu ga don* » (la respiration du poisson), maladie infantile se manifesterait

par un enfoncement et des étirements dans la respiration tel un poisson respirant par les bronches. Le « *Zoué youa* » (la maladie du varan) se manifesterait par « *de longues apnées* » avec une respiration similaire à celle de cet animal. Le « *Wowoukpè* » (le singe sec) est reconnu quand l'enfant « *est aussi maigre qu'un singe qu'on a séché. Il est trop petit pour son âge, avec un visage d'aspect vieillit, il est perçu comme un sorcier doté de pouvoirs maléfiques* ». Avec le « *shroh youa* » (la maladie de l'agouti), l'enfant aurait l'apparence physique d'un agouti avec des « *œdèmes de la figure du ventre et des membres inférieurs* » (2005:131).

En ce qui concerne la filariose lymphatique, elle est reconnue à Taabo sous le terme « *suidja* » (litt. *pied d'éléphant*) en langue baoulé, « *lôgbôgô* » en dida (litt. *pied d'éléphant*), « *houobougo* » (litt. *éléphant*) en langue Mooré. Pour ces communautés, la jambe hypertrophiée -phase d'éléphantiasis de la filariose- présentant le même aspect que celui de la patte de l'éléphant, le nom du “grand mammifère” peut de ce fait servir à reconnaître cette maladie. D'où les différents termes indiqués plus haut pour désigner la filariose lymphatique d'ailleurs aussi nommée « *éléphantiasis* » en langue française.

La dénomination de ces deux maladies a consisté selon un schéma métaphorique à les désigner sous le rapport de la ressemblance qu'ils entretiennent avec d'autres “choses” de la nature, en l'occurrence des animaux.

2.2.1.3 Les dénominations qualifiantes

Cette démarche de dénomination ne concerne que l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde. « *Kannité* » (litt. *mauvaise plaie*), « *vagnégné* » (litt. *mauvaise plaie*), « *boudou gnouon* » (mauvaise plaie), *nodioko* (litt. *mauvaise plaie*) sont les termes les plus usités à Taabo respectivement en langue Baoulé, Dida, Bozo et Mooré pour désigner ce que la biomédecine nomme ulcère de buruli.

Les termes: « tè », « *gnégné* » « *gnouon* », « *dioko* » se traduisent tous par l'adjectif « mauvais ». Dans cette dénomination, l'imaginaire social local aurait pu lui préférer « méchant », « grave », « dégoûtant », « insupportable » ou « nuisible » car cela rend bien à l'ulcère de buruli sa renommée. On peut déjà retenir que cette nosographie renseigne sur la perception de la maladie. À côté de mycobactérium ulcerans, les autres plaies semblent avoir une perception « beaucoup plus faible ». Il existe d'autres dénominations moins employées mais tout aussi rendant compte de l'idée que se fait le sens commun de la maladie (chapitre III) dans cette localité. D'ailleurs interrogée sur les raisons d'une telle terminologie, une communauté nous a répondu que:

« Nous l'appelons « kannité » parce que cette maladie-là, nous ne la connaissions pas avant. Compte tenu de ses effets sur l'homme, nous n'avons pas trouvé mieux pour la nommer. En plus d'être dégoûtante, elle détruit complètement celui qu'elle attrape ».

Une lecture sociale similaire de la maladie apparaît chez Anne bargès au sujet de la dénomination de la lèpre au Mali. Pour l'auteur, si « *Banan* », désigne la maladie dans le parler courant malinké, c'est « *Bananba* » (litt. la grande maladie) qui est utilisé pour indexer la lèpre. Le regard social qui est jeté sur cette maladie lui fait dire que le suffixe « *ba* » est

« mal résumé par l'adjectif grand, il signifie la gravité, un évènement pesant, marquant qui dure dans la vie de la personne, un évènement inquiétant dans la société dans laquelle elle s'inscrit depuis longtemps...Je parle de méta-maladie...» (2004:1).

L'analyse de ces différentes constructions terminologiques de la morbidité liée aux MTN nous a renseigné sur la démarche sociale qui prévaut dans la dénomination de celles-ci. Cette analyse nous a quelque peu permis de connaître la perception de ces maladies. Quels sont les imaginaires sociaux en rapport avec leur causalité? C'est à cette question que le point suivant essaie d'apporter une réponse.

2.3 Les représentations étiologiques

Dans l'ensemble, les représentations étiologiques des MTN se répartissent entre naturalisme et surnaturalisme. Mais cette distinction magique/non magique et les enchevêtrements auxquelles ces représentations causales donnent lieu est intrinsèque aux catégories de pensées locales. Il s'agit d'une cohabitation entre deux explications causales antinomiques de la maladie. Certaines de ces maladies sont parfois rattachées aux deux réalités. Des communautés leurs attribuent des origines naturelles tandis que d'autres les situent comme des maladies ayant des causes mystiques. Bonnet que cite Laurent (1999) avait observé la même nuance étiologique face à une même maladie au terme de ces travaux en pays Moose. Dans cette communauté, deux modèles étiologiques sont acceptés pour expliquer la maladie de l'oiseau. Tandis que certains de ces interlocuteurs privilégiaient un modèle étiologique empirique, d'autres optaient pour le modèle magico-religieux.

Pour les accoucheuses, les guérisseurs et les migrants islamisés qui développent un « *discours mécaniste sur le corps* », la maladie de l'oiseau est d'origine naturelle et chez les devins et les agriculteurs non musulmans, ce sont des explications religieuses qui sont plutôt mis en avant. Cette ouverture sur le cadre représentationnel causal des MTN loin de s'affirmer comme une taxinomie exclusive, montre une classification de ces maladies selon le schème causale et présente ensuite les maladies se situent au carrefour des deux explications.

2.3.1 Les causalités « *prosaïques* »

Les représentations étiologiques que nous qualifions de prosaïques, à l'instar de Jean Pierre Olivier de Sardan (1999a:24) concernent dans notre corpus de problèmes de santé les maladies dont les origines se caractérisent par leur matérialité. Elles ne sont de ce fait pas imputées à l'action humaine malveillante

ou à une quelconque entité spirituelle et il convient de les distinguer dès lors de celles-ci. De ce point de vue le paludisme, la fièvre typhoïde et les verminoses intestinales et l'onchocercose sont pensés comme des maladies dont les causes sont naturellement explicables.

2.3.1.1 Le paludisme

Le paludisme se caractérise dans la zone d'étude par la diversité de ses agents étiologiques. Ces agents font référence à certaines habitudes alimentaires, à la température et aux activités socio-professionnelles. L'alimentation est soupçonnée de produire le paludisme, surtout lorsque celle-ci est riche en matière grasse et en sucre. Au nombre des substances pouvant occasionner cette maladie et dont il faut éviter d'abuser, figurent les huiles (rouge ou claire), les sauces grasses (graine et arachide) et les graisses (viandes grasses et autres aliments contenant de la matière grasse).

À cette alimentation considérée comme à risque face au paludisme par nos informateurs Baoulé et Dida, s'ajoute celle proposée par les burkinabés et les maliens. Selon ceux-ci, le sucre est par excellence la matière à éviter autant que tout aliment provoquant une constipation. Selon les Moose, « *Sabga* » est aussi le nom d'une espèce végétale: le Karité. La consommation de l'amande du fruit de cet arbre est un facteur de risque « *d'attraper la maladie* » d'où cette symbolique dans la nosographie de celle-ci. Ils soutiennent que bien que ne disposant pas de cette espèce à Taabo, leurs expériences du paludisme dans cette localité seraient dues à la consommation d'aliments tels que la banane mûre et *l'attiéké*²⁵. Ces références causales se rapprochent de celles observées par Doris Bonnet dans cette communauté dans une enquête réalisée au Burkina-Faso. Cette étude montre que selon les Moose, « *une symbolique alimentaire (nourriture sucrée et huileuse) et une représentation du goût (sucré et amer)*

²⁵ L'*Attiéké* est l'appellation dans le parler courant ivoirien de la semoule de manioc. Ce met qui compte parmi les plus populaires en Côte d'Ivoire s'accompagne de poisson frit ou de sauce.

avec le fonctionnement digesto-hépatique du corps humain et la sexualité » (bonnet, 1989:340) serait associée à l'entité paludisme.

Par ailleurs si l'alimentation est perçue comme pathogène face au paludisme, lui sont aussi adjointes, les activités physiques. L'exposition d'un corps sain à la chaleur du soleil est ainsi perçue comme facteur de risque. Pour certaines communautés, le seul coup de soleil suffit pour contracter le paludisme. Pour d'autres, le risque de faire le paludisme est plus grand que lorsque vous pratiquez une activité physique ardue « *en bas de soleil* ». Parmi les activités les plus à même de « *donner palu* », figurent les travaux champêtres perçus comme nécessitant une grande débauche d'énergie : « *C'est travail de champs quand il fait chaud-là qui donne beaucoup palu* ».

Ce lien entre l'accès palustre et le soleil existe dans bien de communautés ivoiriennes. Le rapport du centre suisse de recherche (op. cit.) indique en effet que 75% de la population étudiée à Zatta et 70,3% à Adibrobo optaient pour la causalité solaire de cette maladie. Ce rapport indique également que la référence aux insectes n'intègre pas toujours le moustique comme vecteur de la maladie. C'est dire que les populations de Taabo ne sont pas les seules à situer la « chaleur du soleil » à l'origine du paludisme. Par ailleurs dans ces interprétations étio-pathogéniques se situant aux antipodes de celles identifiées par les catégories biomédicales, le paludisme ne semble pas seul. La bilharziose urinaire, l'ulcère de buruli, les verminoses intestinales, la fièvre typhoïde, l'onchocercose et la filariose lymphatique sont également concernés.

2.3.1.2 La bilharziose urinaire

Tout comme dans le cas du paludisme, plusieurs supputations étiologiques sont au centre de la causalité de la bilharziose selon les populations de Taabo. Deux phénomènes sont suspectés dans la contraction de cette maladie. Soit elle est contractée après consommation d'une eau souillée, soit elle est contractée par

transmission. Dans ce dernier cas, divers rapports interhumains sont en l'occurrence cités dans sa propagation.

Pour certaines communautés notamment celles autochtones de Ahouati, les eaux des lacs qui environnent le village contiennent l'agent pathogène de la schistosomiase. Cependant cet agent peut contaminer que par la consommation de ces eaux. Aussi les enfants sont-ils perçus comme les seules populations cibles de cette maladie du fait de la pratique d'activité ludique dans ces points d'eau.

« Cette maladie là c'est la maladie des enfants. C'est eux qui attrapent ça beaucoup. Ça les attrapent quand ils boit l'eau de barrage là. »

Outre la transmission buccale, trois autres procédés ont aussi été incriminés. Le plus largement admis de ces modes de transmission est la transmission par les relations sexuelles. Selon toutes les communautés enquêtées, les relations sexuelles avec une ou un partenaire schistosomien(ne) est un moyen de transmission de la maladie. La prédominance de ce discours de la transmission hétérosexuelle s'appuie sur une représentation de la bilharziose en tant que maladie sexuellement transmissible par les communautés qui partagent cette théorie.

Le dernier mode de transmission naturelle incriminé de cette maladie est la transmission par héritage consanguin précisément en lignée masculine. Pour nos informateurs *Moose* qui accordent du crédit à cette hypothèse de la susceptibilité génétique, un père bilharzien transmettrait la maladie à sa progéniture avec qui celui-ci « *a le même sang* ». Ce modèle étiologique de l'hérédité (*Ba-singre*) est aussi affecté à l'épilepsie mais « *entre une mère et son enfant à partir du sang placentaire* » chez les *moose* du Burkina-faso. Le « *Yaa zim tumde* » (travail du sang) est considéré comme auteur de cette transmission autant que d'autres

humeurs corporelles telles que les flatulences, le sperme, la salive et le lait maternelle (Bonnet, 1994:14).

Ces conceptions causales de la bilharziose urinaire diffèrent toutes de celles des parasitoses intestinales qui elles intègrent plutôt des pratiques alimentaires et autres.

2.3.1.3 Les verminoses intestinales

Les troubles morbides liés aux infections par les vers *ascaris*, *ankylostomes* et *trichuris trichiuras* trouvent leurs explications dans les habitudes alimentaires et dans le manque d'hygiène. Elles sont, pour la plus large part des populations enquêtées, pensées comme des maladies de la petite enfance. Selon nos interlocuteurs, une alimentation riche en sucre est un facteur de risque et certains aliments sont suspectés d'être incontestablement dangereux. Au nombre de ces aliments figurent les friandises, la banane douce et la friture de banane: *« Manges et puis oranges pourries et puis alloco et puis les autres choses sucrées sucrées que les enfants aiment manger là c'est ça qui fait que les vers sort dans leur derrière. C'est maladie des enfants. »*

Pour cette guérisseuse de qui sont les propos sus-cités et qui dit avoir souvent reçues des mères en détresse à cause de ce type de troubles, les habitudes alimentaires plus précisément celles des enfants sont la principale cause des parasitoses intestinales. À ces dernières, s'ajoute la contamination due à un manque d'hygiène. Celle-ci se produirait lorsqu'il y a contact de la région anale avec le sol. Aussi les populations situent-elles la contraction de ces troubles à l'occasion des pratiques ludiques des « tout-petits » dans la poussière : *« Quand les enfants portent pas caleçon et puis ils s'assoient à terre là, vers rentre dans leur derrière. C'est vers-là qui reste là-bas et puis il fait des enfants et puis il devient beaucoup et puis ça sort quand l'enfant il fait caca ».*

Ce schéma du cycle de reproduction des parasites intestinaux différant de celui proposé par la science est assez bien partagé dans la zone d'étude. Il trouve son fondement dans l'idée que les verminoses étant des « maladies d'enfant » dont les signes de manifestation sont l'apparition d'innombrables vers dans les selles de ceux-ci ne peuvent être contractées que dans le contact région anale-terre. Les pratiques liées au manque d'hygiène sont ainsi la cause lointaine de ces problèmes de santé. Ce rattachement des verminoses à la catégorie sociale des enfants s'explique par le fait que les effets physiologiques de ces maladies sont considérés bénins ou même pas du tout par les personnes adultes. En générale ces effets sont perçus comme les manifestations d'autres problèmes de santé plus sérieux tout comme dans le cas de la schistosomiase urinaire.

On retrouve aussi les habitudes alimentaires dans une autre causalité en l'occurrence celle liée à la fièvre typhoïde.

2.3.1.4 La fièvre typhoïde

Deux réalités sont acceptées pour expliquer la fièvre typhoïde. Pour certaines communautés, cette maladie est due à la consommation abusive de matière grasse et de farine. Pour d'autres, elle dérive du paludisme dont elle est la forme aggravée. Ainsi le paludisme peut devenir la fièvre typhoïde et cette mutation peut être due au fait qu'on l'ait « *négligé* » ou qu'on l'ait « *maltraité* ». Elle est reconnue lorsqu'une modification intervient pendant la crise palustre. Cette modification du trouble palustre qui amène les communautés à l'assimiler à la fièvre typhoïde est une pâleur du teint et l'apparition de la couleur jaune pour certains et de la couleur rouge pour d'autres au niveau de certains organes notamment les yeux, les paumes et la langue.

La commutativité des représentations symptomatologiques entre les deux maladies dépend d'un indicateur qui est celui de la persistance des troubles en dépit d'une thérapie. Lorsque le traitement appliqué ne semble pas modifier la physionomie du trouble, celui-ci est imputé à cette autre cause. Ce discours

étiologique apparaît assez clairement dans la nosographie Bozo de cette maladie. En la désignation sous le terme «*Mongon pinon*» (paludisme transformé), cette communauté dit en effet voir dans sa causalité un «*paludisme aggravé*». On retrouve ici les schémas de Nicole Sindzingre et de Doris Bonnet plus haut cités qui font intervenir deux paramètres en l'occurrence «*la résistance au traitement et la gravité*» dans le «*glissement interprétatif causal*» chez les Bayoombi, du Congo, les Fang, les Masangu, les Eshira et les Wanziorientaux du Gabon les Touareg du Niger, les Senoufo fodonon de Côte d'Ivoire et les moose du Burkina-Faso.

2.3.1.5 L'onchocercose

Trois facteurs ont été indexés pour expliquer la causalité de cette filariose comprise par tous comme la cécité. Chaque discours est caractéristique d'une communauté. Pour les ressortissants bozo, «*mara*» est due à un excès de piqûres de moustique. Selon les Moose, c'est plutôt la fatalité qu'il faut incriminer, l'onchocercose n'étant qu'une maladie de la vieillesse. Celle-ci atteindrait toute personne vivant plus de quatre-vingts ans et dont les organes oculaires subiraient une usure à l'épreuve du temps. Cependant pour nos informateurs de Kotiéssou: «*si tu restes beaucoup dans l'eau ça peut t'attraper aussi*».

Hormis les Dida qui ont affirmé ne pas connaître cette maladie, la majorité des discours présentent cette maladie comme due à des causes empiriques. Cependant au chapitre des sanctions sanitaires à certaines ruptures d'interdits alimentaires, figurent des problèmes de santé dont la symptomatique semble correspondre à celle dictée par la biomédecine de l'onchocercose (voir chapitre page 160).

2.3.2 L'étiologie magico-religieuse

Les entités d'origine magico-religieuse sont celles que les populations situent

comme étant dues à une cause surnaturelle. La nuisance sorcière ou celle d'un être humain utilisant des procédés mystiques pour commettre son forfait ou toute autre main malveillante invisible. Ainsi, « *Maladie là, c'est sorciers ou bien « boussou²⁶» ou bien l'homme qui a médicament peut donner aussi à l'homme* ».

Pour cette guérisseuse résidant à Taabo cité, la maladie est toujours par essence le produit d'une agression mystique. Mais lorsque ce point de vue a été soutenu par nos interlocuteurs, il a porté sur trois (3) maladies parmi de corpus de problèmes de santé: la bilharziose urinaire, la filariose lymphatique et l'ulcère de buruli.

2.3.2.1 La bilharziose urinaire

Au nombre des catégories étiologiques de la bilharziose urinaire deux éléments pour le moins difficilement explicables mais juxtaposés dans certaines communautés au modèles empiriques, nous ont été rapportés. En effet, hormis nos interlocuteurs Bozo, toutes les autres communautés pensent que: « *si tu pisses ou quelqu'un qui a ça pisses, tu vas attraper aussi* ». Si aucun lieu particulier n'a été précisé comme étant plus susceptible pour ce transfert de pathologie, les toilettes publiques autant que tout autre lieu suffiraient ainsi à transmettre la schistosomiase urinaire: « *faut pas pisser sur pipi de celui qui a biémodja seulement sinon forcé, tu vas avoir aussi* ».

Cette suspicion sur le corps et tout ce qui en émane comme vecteur de la maladie apparaît dans les travaux de Jean pierre olivier de Sardan sur les « *Entités Nosologiques Populaires Internes* » (ENPI) en Afrique de l'ouest. Dans les sociétés bambara, peule, hausa et songhay-zarma, liquides, saletés et impuretés corporels sont ainsi présentés comme d'importants vecteurs de

²⁶ « *Boussou* » est le terme Baoulé Swamlin et N'gban qui permet de désigner les esprits surnaturels qui résident « en brousse ». Leur rôle comporte une forte charge d'ambiguïté puisse qu'on leur accorde parfois le rôle de protecteur parfois celui d'agresseur.

transmission tout comme « *s'asseoir à l'endroit où s'est reposé un malade expose le corps sain à une chaleur résiduelle tout aussi contaminante que la salive de l'épileptique au Mali* » (Bonnet & Jaffré que cite Poirée 2003:1).

Quant aux ressortissants bozo, ils ont une approche toute différente de la transmission de cette maladie. Pour eux, « *faut pas boire l'eau que tu travailles dedans là* ». Selon cette communauté dont l'activité professionnelle principale est la pêche, la schistosomiase urinaire est due à la « *colère des génies qui sont dans l'eau là* ». La consommation de cette eau vous exposerait à la maladie. Cette représentation causale semble parallèle à celle de la filariose lymphatique dans cette communauté.

2.3.2.2 La filariose lymphatique

La filariose lymphatique sous sa forme « *éléphantiasis de la jambe* », fait également exister un pluralisme étiologique. Pour ce qui est de sa causalité surnaturelle, la violation d'un espace souillé est le modèle prédominant. L'espace à ne pas fouler dans ce cas est pour les communautés Baoulé le « *coin de voie publique envouté* » qu'il ne faut pas piétiner: « *Y a les gens ils versent médicament sur la route. Si tu marches dedans tu peux attraper suidja...y'en a c'est à cause de toi, y'en a aussi si tu n'as pas la chance ça peut t'attraper* ».

Mais selon les Bozo qui considèrent cette maladie comme une « *maladie de la brousse* » à l'instar des autres pathologies invalidantes et catégorisante, cet envoûtement n'est pas toujours le fait des êtres humains. Il est le fait des esprits des milieux sauvages dont il faut éviter de « *marcher sur la natte* ». La filariose lymphatique sous sa forme « *éléphantiasis de la jambe* » serait la sanction, une sanction psychologique et physique de cette action défiante à l'égard de ces « *êtres* » perçus comme possédant d'énormes pouvoirs.

À côté de cette supputation causale, existe celle à laquelle les populations de Kotiéssou adhèrent. Elles pensent que l'éléphantiasis de la jambe est dû au contact de la jambe avec une chenille. L'hypertrophie de la jambe est perçue comme une infection de la jambe par les poils de cet insecte réputés toxiques pour l'homme. Cette représentation des chenilles poilues en tant que productrice de toxine serait à l'origine de la crainte de cet insecte. Autant que la filariose lymphatique, l'ulcère de buruli est une maladie riche en interprétation causale bien que certains modèles soient plus populaires que d'autres.

2.3.2.3 L'ulcère de buruli

La sorcellerie se retrouve dans la quasi-totalité des supputations étiologiques dans nombre de sociétés traditionnelles. Caractérisée par la diversité de ses pratiques selon les travaux anthropologiques qui s'y sont risqués, elle peut tout expliquer en Afrique et dans certaines sociétés outre atlantique. Ainsi pour Augé (1975), si on dénombre une diversité de modèles interprétatifs de la maladie dans les sociétés traditionnelles, la sorcellerie est le type parfait d'explication auquel on recourt pour donner un sens à celle-ci. Si Nicole Sindzingre (op. cit.) va plus loin pour situer ce phénomène au cœur de l'explication de toute infortune dans la société « *fodonon* » en Côte d'Ivoire, Andréas Zempeni (1968) pour sa part identifie quatre termes lorsque la persécution sorcière est soupçonnée face à l'état morbide en Afrique de l'ouest. Ces termes sont la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain et l'attaque par un sorcier. Pour l'auteur, l'attaque par un sorcier comporte une dimension plus complexe que les anthropologues anglais depuis E.E. Pritchard nomment « *wichtcraft* » pour désigner la sorcellerie anthropophage qui consiste pour celui qui possède des pouvoirs surnaturels à s'emparer de l'énergie vitale de sa victime. À Taabo, certains de ces termes notamment le maléfice d'un être humain et l'attaque par un sorcier, sont également évoqués face à l'infection à *mycobactérium ulcerans* (voir chapitre

III). Tout le corpus de discours étiologiques susmentionnés pouvant nous permettre de mieux apprécier le niveau de connaissance des maladies à l'étude a été complétée par l'identification communautaire des signes cliniques de ces maladies.

2.4 L'identification des manifestations physiologiques des MTN

Les signes de manifestation de la maladie sont les réactions du corps à l'agression que celui-ci subit. Ils permettent en outre de distinguer les maladies les unes des autres. Leur connaissance est fondée sur une expérience vécue de la maladie ou sur celle d'un proche. Ces signes identifiés par les différentes communautés afin d'apprécier leur niveau de connaissance de ces problèmes de santé sont ici décrits après qu'un recoupement ait été réalisé au terme des différents entretiens.

2.4.1 La bilharziose urinaire

Pour les populations de Taabo de manière globale, la symptomatique de la schistosomiase urinaire rassemble des signes de manifestation empiriques en rapport avec le corps et la déjection urinaire. De manière concrète, le schistosomien ressent des difficultés à faire ses urines, des douleurs au bas ventre, un ballonnement de son ventre. Ses yeux prendraient une apparence du jaune et ses urines seraient ensanglantées.

2.4.2 L'onchocercose

L'affection onchocerquienne se reconnaît par :

- l'apparition de petits boutons sur le corps
- des démangeaisons du corps et de l'œil
- une altération de la vue, début de la cécité

2.4.3 La filariose lymphatique

La filariose lymphatique se manifeste par :

- de la fièvre chez le malade
- la paralysie et l'inflammation de la jambe infectée
- La peau de la jambe infectée prend une apparence écailleuse

2.4.4 Les géohelminthiases

Les verminoses intestinales sont reconnues à travers :

- une production massive de salive
- des nausées
- le ballonnement du ventre
- L'apparition de vers dans les vomissures.
- des douleurs au ventre
- l'amaigrissement du sujet en souffrance

2.4.5 L'ulcère de buruli

L'infection à mycobactérium ulcerans est reconnu lorsque :

- l'individu ressent une chaleur dans le ventre
- il lui apparait une boule indolore sous la peau
- de la teigne lui apparait sur la peau
- Le bouton casse et devient une plaie béante et puante

2.4.6 La fièvre Typhoïde

La fièvre typhoïde est identifiée à travers les signes suivants:

- Fièvre
- manque d'appétit

- jaunissement ou rougissement des yeux et des paumes
- amaigrissement du sujet
- sommeil nocturne agité par quelques épisodes de cauchemar

2.4.7 Le paludisme

La morbidité palustre est indexée :

- lorsque le corps chauffe,
- quand l'individu ressent des céphalées
- lorsque l'organisme s'affaiblit
- quand le malade ressent un goût amer dans la bouche.

Ces différentes réactions de l'organisme lorsque l'état de morbidité est vécu constituent la matérialité de ces problèmes de santé et permettent aux communautés de les distinguer les unes des autres.

Conclusion partielle

Une certaine cohérence est observable dans la démarche des quatre communautés enquêtées quant à leur rapport à ces problèmes de santé. Cette unicité s'est ressentie dans la pluralité des paramètres sous-jacents dans la nosographie. Les différents modules qui interviennent dans ces constructions nosographiques sont l'observation des signes cliniques et la perception de la gravité de ces maladies. Concrètement, cette démarche empirique se traduit par l'interprétation du corps physique en souffrance et des matières résiduelles. Ont été concernées par cette première dynamique, les verminoses intestinales, la bilharziose urinaire, la fièvre typhoïde et l'onchocercose.

Quant au restant des maladies à l'étude notamment le paludisme, l'ulcère de buruli et la filariose lymphatique, leur dénomination comporte une part de

symbolisme. Ce symbolisme réside dans l'analogie entre des animaux et le comportement du malade en ce qui concerne le paludisme et la filariose lymphatique et à affecter un qualificatif à la maladie pour ce qui est de l'ulcère de buruli.

S'agissant de la causalité de ces maladies, on peut retenir qu'empirisme et surnaturalisme sont les deux catégories convoquées dans l'arène étiologique. Tandis que le paludisme et les verminoses intestinales sont imputés aux comportements humains tels que l'alimentation, les activités socio-professionnelles et l'hygiène de vie, l'onchocercose, l'ulcère de buruli, la bilharziose urinaire et la filariose lymphatique intègrent quant à elles les deux registres de causalité. Ce mélange d'empirisme et de croyance magico-religieuses repose sur des modules que nous aborderons dans le chapitre III.

En outre, en intégrant le point relatif à la symptomatologie, il était question d'apprécier le niveau de connaissance communautaire de ces problèmes de santé. On peut retenir de cette démarche qu'il existe quelques écarts entre la pathogénie biomédicale des maladies à l'étude et les signes identifiés par les populations dans sa globalité. En effet, l'observation des signes cliniques bioscientifiques et la symptomatique communautaire semblent faire apparaître quelques « *distance (s) cognitive (s)* » (kleinman cité par Bonnet, 1999:14). Cette distance est plus importante en ce qui concerne l'onchocercose et la filariose lymphatique dont l'analyse de la situation a fait émerger une question fondamentale. La question de la correspondance entre entités nosologiques biomédicales et entités pathologiques localement nommées constitue autant que la variation locale des schèmes de causalités et la diversité des champs lexicaux ethnolinguistiques, les préoccupations centrales du chapitre suivant.

Chapitre III

La diversification des constructions dénominatives et des schèmes causaux

Introduction

L'approche ethnolinguistique nosographique et étiologique réalisée dans le chapitre précédent a montré que les maladies à l'étude sont plus ou moins identifiées. Ce chapitre a également indiqué les termes dénominatifs et les références causales les plus largement admis dans ce contexte social. Ce cadre nosographique est le produit de l'observation, de la perception et de l'interprétation des mécanismes pathogéniques de ces maladies.

Il a cependant été noté durant l'enquête une diversification de la terminologie dénominative de ces maladies ainsi qu'une variation des schèmes de causalité. Certains des termes dénominatifs « secondaires » sont peu usités dans le parler courant local. En plus, la correspondance entre les entités nosologiques scientifiquement circonscrites et ceux localement décrites paraît ici digne d'intérêt. Dans un registre semblable, certains auteurs tels que Bibeau, Good, Kleinmann et Blumhagen cités par Bonnet ont appréhendé certaines pathologies dans les contextes africains comme « *un nœud de noms* » ou un « *réseau de représentations circulaires* » ou encore comme « *un réseau sémantique* ». Ces distorsions sont pour ces auteurs le lieu de poser que « *les termes vernaculaires ont des configurations sémantiques qui ne permettent pas de les associer d'une manière univoque à une maladie du système médical scientifique.* » (1999:13).

Dans un tel environnement de complexification de l'identification de la maladie et de son étiologie, nous nous sommes intéressés aux interdits et tabous autochtones. Si aucune des maladies à l'étude n'a été officiellement indexée par nos informateurs comme due à un manquement aux règles de vie sociale, nous exposerons tout de même ici les sanctions sanitaires aux transgressions de

certaines de ces normes sociales. Ce point loin de prétendre à relever l'exhaustivité du totémisme local ne se limitera qu'à celui lié à l'alimentation. En somme le présent chapitre se propose de répertorier tout le lexique dénominatif des MTN à Taabo et les facteurs justifiant cette diversité ainsi que ceux se situant en amont de la variation des schèmes de causalité.

3.1 Le pluralisme des champs lexicaux ethnolinguistiques

La terminologie dénomminative des MTN est en effet assez élargie et ce dans chacune des communautés interrogées. Dans ce plurinominalisme, certaines maladies semblent plus fournies que d'autres. Ainsi parmi les dénominations les moins populaires de la bilharziose urinaire, on a pu entendre lors de l'enquête « *miéwa* » (litt. urine enfant) ou encore « *akô lôliè* » (litt. rectum du poulet) chez les populations baoulé, « *nouachintka* » (litt. Urine rouge) chez les allogènes *mooré* et « *dodounou* » (litt. pisser le sang) chez les Dida. Pour ce qui est de la dénomination *akôlôliè*, elle revêt une part de symbolique issue de l'analogie entre la rougeur de l'orifice du rectum de la volaille et de la couleur de l'urine du schistosomien. Ces deux choses sont perçues comme s'apparentant. Ces différents noms secondaires sont construits sur la base d'une interprétation de la maladie comme une maladie de l'enfance (*mié wa*) et d'une perception de la symptomatique de la maladie (*akô lôliè*).

Quant à l'onchocercose, elle semble réduite à d'autres formes d'affection de l'organe oculaire puisse que parfois désignée sous le terme de « *ima ya* » ou « *yimba ya* » (litt. mal de l'œil) en baoulé et « *niza cré* » (litt. mal de l'œil) en *Mooré* ou à la cécité (*agnan si* ou *yimba siliwa*). Cette même démarche réductionniste a aussi été observée dans la désignation des verminoses intestinales dans certaines communautés. Ces parasitoses intestinales sont indexées parfois par les populations Baoulé par « *klou ya* » (litt. mal de ventre) et par « *fouzadré* » (litt. Maladie du ventre) par les ressortissants *Moorés*.

Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, lorsque les populations Baoulé ne disent pas « *djèkouadjo yassoua* » (litt. paludisme mâle), elles désignent cette même maladie par le terme de « *adjoussou djèkouadjo* » (litt. paludisme d'aujourd'hui). *Adjoussou* et *Yassoua* pourrait traduire le caractère agressif, dure, viril, actualisée, en fait plus grave du paludisme. Cette perception de la maladie explique pourquoi lorsque les populations en font l'expérience, les toutes premières démarches thérapeutiques sont similaires à celles du paludisme. Ce n'est que devant l'échec de ces tentatives que l'on envisage d'intégrer l'entité « fièvre typhoïde ».

Au sujet de cette même maladie, les entretiens avec les populations Dida avaient cela de particulier qu'ils avaient été parfois interrompus. En effet entre « *djèkouadjozalô* » (litt. paludisme rouge) et « *djèkouadjopôpô* » (litt. paludisme blanc), nos interlocuteurs situaient difficilement la fièvre typhoïde. Ces difficultés sont en fait dues à la confusion dans l'approche de la variation du teint du sujet, seul indicateur de la différence entre ces problèmes de santé.

Quant au terme « *Kannitè* », lui sont parfois substitués « *cancer de buruli* » ou les termes « *kpon'zo ovié* » (pourrait se traduire par « *ce qui rétrécit* ») ou encore « *Agba kplôa* » (litt. *manioc avarié*) chez les N'gban de Taabo cité. Ces termes revêtent la perception de l'impact médical et de la symptomatique de la maladie. En parlant de *kpo n'zoovié*, ces populations entendent caractériser l'état de la zone corporelle infectée après guérison. Cette partie -un membre en général- est perçu comme amaigri et rétréci avec « que la peau sur les os ». « *kpon'zo ovié* » peut également être utilisé pour indexer le malade du sida, l'anatomie de celui-ci étant comparable à la partie cicatrisée de l'ulcère de buruli. Quant à « *agba kplôa* », il exprime l'analogie entre le caractère mou du manioc (agba) et l'étape de l'œdème de la maladie mais il pourrait également avoir été construit sur la base de la symptomatique se manifestant par la puanteur de la plaie.

La filariose lymphatique semble la moins nantie en la matière. Pour ne pas employer « *suidja* », le terme le plus populaire chez les baoulé, ceux-ci peuvent parfois dire « *doundrouman bouè* ».

Cette démarche sociale semble in fine classique dans la dénomination de pathologies partageant des signes cliniques. Ainsi Olivier De Sardan (19960) montre le pragmatisme des populations songhaï-zarma dans la dénomination de « *tijiri* » un trouble morbide se manifestant par des signes physiologiques similaires avec des maladies connues. Plusieurs motivations sont par ailleurs sous-jacentes à ce pluralisme nominales.

3.1.1 Une ébauche d'explication de la diversification du lexique dénominatif

On peut logiquement s'interroger sur les raisons justifiant une telle diversité nosographique. Il ressort de nos investigations sur cette question que l'élasticité du champ lexical repose sur un besoin d'élégance linguistique, de pudeur à l'endroit du malade mais également pour respecter les codes sociaux de bienséance. Ainsi dans le parler courant local Baoulé, euphémismes et périphrases facilitent la communication lorsqu'il s'agit de désigner certaines maladies. « *Doundrouman bouè* » pour la filariose lymphatique et « *kpon'zo ovié* » ou « *agba kplôa* » pour l'ulcère de buruli sont des termes allusifs et perçus comme stigmatisants et insultants et semblent même tabous. Aussi pour cette raison, ils sont moins employés sinon de préférence en l'absence du malade.

« Si tu dis à la personne que sa maladie là c'est doundrouman bouè devant lui vous allez faire palabre hein, il va dire tu l'as insulté. Même « suidja » là même on peut dire que tu te moque de lui mais ça c'est mieux que l'autre [rire sonore] »

« Pour « kpon'zo ovié » là nous tous on sait que sida là c'est pas bon. Maintenant là quand on dit quelqu'un est mince nette les gens vont rire

parce que ça veut dire que il ressemble à quelqu'un qui a sida à cause de ça on dit pas ça devant celui qui a kannitè là. »

Quant au terme *akô lôliê*, il est moins populaire que les autres appellations de *biémodja* ou de *miéwa* parce que compris comme « grossier ».

« [Silence] bon !²⁷ ça là, si les gens sont là tu peux pas dire ça. Ce sont les vieux qui disent ça mais on dit plus ça. C'était avant maintenant tout le monde dit biémodja ».

Le parallèle peut être établi entre cette attitude des populations baoulé de Taabo et celle des populations maliennes, burkinabées et ivoiriennes face à la maladie lépreuse. Anne Bargès s'est en effet attaché à montrer les formulations périphrastiques servant à désigner cette maladie dans ces trois contextes socioculturels. Dans ce pluralisme nominale, les termes « *kuna* » désigne « *le ferment; l'amertume (le pourri), la bile en tant que composante de la personne en excès, poison intime se développant dans et par la personne* » et « *bagui* » signifie le « *mauvais dépôt, provenant de l'extérieur et de l'altérité et désignant la forme pustuleuse* » (2004:1) de la lèpre. Ils ne se superposent pas de manière exclusive aux constructions taxinomiques médicales occidentales qu'elles soient sémiologiques, biologiques et nosologiques. Ils sont les moins usités parce que trop stigmatisants. On leur préfère « *Bananba* » (litt. *La grande maladie*) qui est compris comme plus compatissant et moins agressif.

3.1.2 Les difficultés de la correspondance entre entités nosologiques biomédicales et constructions sémantiques vernaculaires

Les taxinomies ethnolinguistiques des maladies en Anthropologie ont eu pour intérêt de montrer la richesse du vocabulaire vernaculaire dans le domaine de la santé mais également de soulever les difficultés de la correspondance entre les maladies du système biomédicale et celles des sociétés traditionnelle. L'exemple du paludisme chez les Moose du Burkina-Faso indique que:

²⁷Visiblement très embarrassé, notre interlocuteur essayait ainsi de nous expliquer que le terme *akôlôliê* heurte quelque peu la pudeur lorsqu'on se situe en publique.

« [...] **Deux entités** dissocient les troubles chez l'adulte (**weogo**) et ceux de l'enfant (**boom**). Le **weogo** est décrit comme un accès fébrile accompagné de frissons et de céphalées. Un syndrome grippal est donc susceptible d'être inclus dans l'entité **weogo**. **Si un dysfonctionnement hépatique s'adjoint au weogo on parlera alors de subga**. Mais des affections hépatiques d'origine non palustre peuvent être considérés comme relevant aussi de l'entité **subga**...Il **n'est donc pas possible d'affirmer que les deux entités weogo et sabga correspondraient systématiquement** dans le premier cas à un **accès palustre** simple et dans le second cas à un accès palustre avec troubles hépatiques associés. On doit plus prudemment supposer que les **critères cliniques** retenus par les **Moose** pour constituer ces **deux entités** sont ceux qui nous font songer à l'accès **palustre** mais ils sont **probablement** aussi **ceux d'autres troubles** aux étiologies médicales **distinctes** » (Bonnet, 1989:339-342).

La conclusion d'une telle observation est qu'il apparaît important d'«insister sur les risques qu'il y aurait à vouloir qu'une entité clinique A corresponde toujours à une entité moose B et vice versa » (1989:340). Dans le même registre, Mallart-guimera en étudiant les « évusok » du Cameroun, montre les mécanismes de construction des termes nosographiques dans cette communauté. Pour lui, l'ensemble des « catégories descriptives dont les désignations sont des éléments lexicaux simples ou composés, constitue un système structuré hiérarchiquement sur plusieurs niveaux de différenciation ». Cette démarche lui a permis de découvrir que dans ce contexte culturel, « le terme « maladie » inclut « maladies des vers » qui lui-même contient le « vers de la filaire », le « vers de l'œil », le « ver de l'urine », etc; les vers de la filaire comprennent le « filaire de l'œil », le « filaire du corps » (Mallart-guimera, 1977:10). Un inventaire des catégories pathologiques locales ont in fine indiqué à l'auteur que ce sont les modèles étiologiques et les signes de manifestation de la maladie qui sont convoqués dans le champ nosographique.

L'analyse de la confrontation des données symptomatologiques biomédicales des MTN avec celles émanant du systèmes de signes du vocabulaire

vernaculaire local nous a permis de nous interroger sur la correspondance entre les maladies entre ces deux modèles. L'onchocercose est dans ce contexte l'exemple le plus patent.

Dans chacune des communautés hormis les Dida, cette maladie est identifiée que par son stade extrême c'est-à-dire celui de la perte de la vue or pour la biomédecine, cette étape n'intervient qu'à un stade tardif de la maladie. Notre description des autres signes de manifestation de cette maladie afin d'en faire une seule entité nosologique dans l'espoir de lui trouver une correspondance en biomédecine est restée sans succès. Chacun des signes évoqués a été rattaché à une catégorie autonome de maladie. Ainsi l'apparition de nodules, d'altérations de la peau et de troubles généraux et les pathologies du système lymphatique sont perçus comme divers troubles de la peau et non considérés comme l'onchocercose. Ces signes sont en outre reconnus comme des sanctions sanitaires à des ruptures d'interdits (nous abordons cette question plus bas).

Cependant que lorsque dans certains villages tels que Kotiéssou et Taabovillage, les « *kplé-kplé*²⁸ » ont été évoqués comme nuisant à la santé, cette nuisance n'a pas aussitôt été rattachée à une agression de l'appareil oculaire à court ou long terme comme avatar de cette nuisance: « *À cause de palu là y a les gens qui sont venus ici pour donner moustiquaires parce que y a beaucoup de moucheron* ». Cette confusion autour de l'agent intermédiaire de la maladie ne contribue qu'à sa méconnaissance et partant à la complexification des itinéraires de soins comme nous le verrons plus loin dans le chapitre consacré aux taxinomies de ces maladies en rapport avec le l'appareil de soins local.

Ce même « *syncrétisme étiologique* » apparaît également ailleurs en Afrique. Jean Benoist montre ainsi que chez les « *Namchi* » du Cameroun, populations très endémiques de l'onchocercose, le modèle interprétatif causal de cette

²⁸ *Kplé-kplé* est le nom que les communautés Baoulé de la zone d'étude donnent aux moucheron

filariose est un discours intégrant représentations symboliques du monde et informations biomédicales: « *tu vois bien qu'on a raison. Toi tu ne veux pas croire que toutes les maladies c'est le ver* » (1957: 79).

Pour les populations burkinabées Moorés, l'onchocercose se réduisant également à « *zonga* » (cécité) est une maladie de la vieillesse ou due à une agression sorcière. La description de la symptomatique portant sur les manifestations cutanées n'a pu nous amener qu'à l'identification de dermatoses. Aussi nodules et autres tumeurs cutanées (« *djênnêba* »²⁹ en Mooré) n'ont eu aucun lien avec l'onchocercose et seraient toutes dues à des dermatoses.

Avec les Dida de Amani menou et de Sokrogbo, notre description de l'onchocercose n'a pu avoir de correspondance. Ils disent ne pas connaître cette pathologie et par conséquent ne pas disposer d'un terme pouvant la désigner. S'agissant de la fièvre typhoïde, ces communautés n'ont pu nous dire avec certitude lequel des termes de « *Djêkouadjo pôpô* » (paludisme blanc) et de « *Djêkouadjozalô* » (paludisme rouge) était approprié pour désigner cette maladie, l'un désignant la fièvre typhoïde et l'autre l'ictère.

La même confusion a été observée en ce qui concerne la bilharziose urinaire. « *nin wôlou* » et « *dodounou* » sont les deux termes évoqués lors des entretiens. Deux groupes se sont constitués et pour les uns, la bilharziose urinaire c'est « *ninwôlou* », pour les autres c'est « *dodounou* ». Pour les premiers, cette maladie et toutes les autres affections de l'appareil génital ne sont pas différentes d'où leur désignation commune par « *ninwôlou* » mais pour les autres, elle est une entité nosologique spécifique donc différente des maladies sexuellement transmissibles (MST). Pour sa manifestation clinique en rapport avec la déjection urinaire, la bilharziose urinaire est également assimilée à la

²⁹ Djênnêba est le nom d'un matériel intervenant dans le filage du coton. C'est la partie noire arrondie de ce matériel dans laquelle est enfoncée la pointe. L'analogie entre ces deux choses serait due à leurs formes communes. Ainsi les nodules et les kystes lorsqu'ils sont noirs et arrondis sont appelés *djênnêba*.

blennorragie dans d'autres langues africaines. C'est le cas des *Bantou*. Lolke Van Der Veen et Jean noel nguimbi mabiala (non-daté) montrent que dans cette communauté, toutes les maladies de l'appareil génital et diverses urétrites sont toutes désignées sous un terme commun (« *màsùbù ngààygî* (litt. *Urine douloureuse*) et seraient toutes transmissibles par contagion (sexuelle ou en marchant sur l'urine du malade) ou par violation d'un interdit.

Pour ce qui est des verminoses intestinales, leur désignation secondaire « *klouya* » (litt. mal de ventre) chez les communautés baoulé peut faire penser qu'elles sont également assimilées à d'autres problèmes de santé en l'occurrence les maladies de l'appareil digestif se manifestant par des douleurs au ventre.

Le dernier exemple est celui de la filariose lymphatique. Elle n'est identifiée que sous sa manifestation éléphantiasis (*suidja*, *lôgbôgô*, *houobougo*) bien qu'elle ait d'autres manifestations parmi lesquelles la biomédecine compte l'hypertrophie des parties génitales aussi bien mâles que femelle. Ces manifestations inconnues sont identifiées comme d'autres maladies.

Tableau 5: Récapitulatif du champ lexical local des MTN

Champs sémantiques	Dénominations locales des MTN			
	Chez les baoulé	Chez les dida	Chez les allogènes Moose	chez les allogènes Bozo
Maladies				
Bilharziose	<i>Biémoudja, miéwa Akôlô è</i>	<i>Ninwôlou, Dodounou</i>	<i>Roudisinninga</i>	<i>Déoukongui</i>
Oncho.	<i>Yimasilè, yimbaya, agnansi</i>	<i>inconnue</i>	<i>Zonga</i>	<i>Mara</i>
Filariose lymph	<i>Suidja, doundrouma-bouè</i>	<i>Lôgbôgô</i>	<i>Houobougo</i>	<i>Songon</i>
Vermínoses intestinales	<i>Srè, Béklousrè, klouya</i>	<i>Dribili</i>	<i>Poubéhédo</i>	<i>Nouhouboudou Kourou</i>
Fièvre typhoïde	<i>Ehuén'goh, adjoussou djèkouadjo, djèkouadjo yassoua</i>	<i>-Djèkouadjo zalô Djèkouadjo pôpô</i>	<i>- inconnue</i>	<i>Mongon pinon</i>
Ulcère de buruli	<i>Kannitè, kpo n'zo ovié, agba kplôa</i>	<i>Vagnégné</i>	<i>Nodioko</i>	<i>Boudou gnouon</i>
Paludisme	<i>Djèkouadjo</i>	<i>Djèkouadjo</i>	<i>-Sabga, Weogo</i>	<i>Mouan</i>

Source: Notre enquête de terrain sur la « perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009-septembre 2010

3.2 La variation des catégories étiologiques: *Le cas de l'ulcère de buruli*

Dans le chapitre II, nous avons indiqué les différentes références causales communautaires de l'ulcère de buruli. Dans cette diversité de références causales, on a assisté à un « glissement » entre catégories causales empiriques et causes surnaturelles. Une question cependant se pose. Comment s'opère ce glissement ?

Rappelons ici que les représentations causales empiriques prédominantes sont le manque d'hygiène corporelle, la pratique de la riziculture de baffons pour ce qu'elle occasionnerait une grande accumulation d'impureté corporelles et la réouverture d'anciennes cicatrices. Ces facteurs de transmission quelque peu

hybrides construits sur la base d'informations « *captées* » dans le discours des personnels médicaux et paramédicaux locaux - discours qui établit effectivement un lien entre les causes de l'ulcère de buruli et les zones marécageuses - pendant les Campagnes de C.C.C, résistent peu à la prégnance des conceptions de la causalité surnaturaliste. Ceux-ci sont plutôt véhiculés par une catégorie de personnes, celle des riziculteurs de baffons.

« On dit que kannitè là, on attrape ça dans bas-fonds. Que nous qui fait champ de riz là que ça peut nous attraper. Donc on n'a qu'à porter botte »

Il faut ainsi écarter toute méprise dans cette étiologie. L'adhésion à une des supputations causales sus mentionnées n'exclut pas de partager aussi les autres. Cette coexistence entre références causales différentes repose sur l'appréciation de la situation pratique de morbidité. Dans cette dynamique, le cas de récurrence de la crise mycobactérienne est le lieu de la variation des supputations étiologiques et ces interprétations sont toujours le produit de la prégnance des croyances magico-religieuses locales. Ainsi pour K. spécialiste des atteintes multifocales de cette maladie,

« Si plaie de kannitè là devient trop grand, ça veut dire que les sorciers coupent leur viande dessus. »

Dame G.S guérisseuse et prêtresse « Dehima » partageant cette même thèse affirme pour sa part que:

« Kannitè là y a deux façons. Si c'est simple, quand on soigne là, ça finit vite, si c'est pas simple ça dure. Quand on soigne, ça finit et puis ça vient encore et des choses sort dans plaie là. Quand les choses sort dans plaie là c'est là que ça peut finir bien bien. »

Le stade ulcéré de la maladie est alors assimilé à autre chose qu'à une agression microbienne. La plaie est alors suspectée de servir de support à une boucherie sorcière. La chronicité est ici perçue comme un indicateur de la causalité surnaturelle et elle est suppléée par une symptomatique d'un autre genre. Il

apparaîtrait des matières osseuses sous forme de dent humaine de la plaie. Cette dimension de l'agression sorcière apparaît également chez Sigerist cité par Marc Augé dans son modèle de différenciation du religieux et du magique. Selon lui la distinction entre ces deux instances se ressentirait dans la pratique, « *les sorciers introduisant un objet dans le corps de leur victime ou lui ôtant l'une de ses âmes alors que les esprits pénètrent le corps ou l'attaquent de l'extérieur* ». (Augé, 1984: 43). L'approche historique de l'endémie mycobactérienne à Taabo nous a en outre permis de découvrir que du point de vue de sa causalité et de l'interprétation de sa symptomatologie, cette maladie avait été confondue à d'autres pathologies.

3.3 De la confusion entre pathologies

Si sur le principe de « *la similarité des symptômes* » certains troubles morbides sont confondus à d'autres, un autre critère peut prévaloir. Selon nos informateurs autochtones Baoulé, l'ulcère de buruli à ses premières heures avait été confondu à la lèpre. Ce comportement social établissant la contigüité et partant l'assimilation entre deux pathologies était bien présent dans d'autres contextes épidémiologiques. Les travaux de Christiane Bougerol (1994) et de Farmer sur « *les nouveautés médicales* » nous permettent d'illustrer cette observation. Bougerol a montré que la drépanocytose, une affection « nouvelle » était perçue et vécue comme l'anémie, une pathologie traditionnellement connue dans les Antilles. Quant à Farmer, il a pour sa part indiqué que les populations haïtiennes avaient dans un premier temps assimilé le sida à la tuberculose avant de réaliser plusieurs années plus tard la différence entre ces deux problèmes de santé. Toujours au sujet des amalgames entre anciennes et nouvelles maladies, Good que cite Farmer écrit:

« This adoption of a new illness category into an older interpretative framework is well documented. "As new medical terms become known in a society, they find their way into existing semantic networks. Thus while a new explanatory models may be introduced, it is clear that

changes in medical rationality seldom follow quickly. » (Farmer, 1990:20).

À Taabo, cette substitution reposait sur l'observation du profil démographique des tous premiers cas d'ulcère de buruli dans la région³⁰. Ces premiers malades furent selon nos interlocuteurs des personnes âgées, d'où la conception dans les imaginaires sociaux de l'infection à mycobactérium ulcerans comme une « *maladie des vieux* ». Tout comme la lèpre qui est pensée comme une pathologie du troisième âge.

« Au début, puisse que l'ulcère de buruli n'atteignait que les personnes âgées, nos parents en voyant la taille de la plaie et l'odeur qu'elle dégage, ont pensé qu'ils avaient affaire à une sorte de lèpre. Ils appelaient ça aussi « loén'gna ». On traitait ça comme la lèpre. On chauffait la plaie avec de l'eau chaude à l'écart quelque part, généralement derrière la douche et après on creusait un trou pour y jeter l'eau quia servi aux soins, de peur que cette eau impure ne contamine les personnes qui ne sont pas encore atteintes. »

Il ressort in fine de cette observation, une conception polymorphe de la lèpre et ce polymorphisme trouvait son sens dans la prédominance des personnes âgées parmi les premières victimes de l'endémie mycobactérienne et dans la « similarité de signes de manifestation » entre les deux maladies.

Outre les confusions plus tôt observées entre l'ulcère de buruli et la lèpre, on peut également retenir l'impact social de cette maladie sur la société. En effet lorsqu'on l'appelait encore « *loén'gna* » et qu'il était réduit à une forme de lèpre, l'ulcère de buruli donnait lieu à un isolement du malade afin de préserver les personnes saines. Cette même gestion de la morbidité apparaît sous la plume de Georges Vigarello dans son observation de la gestion de la santé dans l'Europe du moyen âge.

³⁰La documentation du pavillon de prise en charge de l'ulcère de buruli de Taabo reste malheureusement muette sur le profil démographique des malades d'avant l'an 2005. C'est à partir de cette année-là qu'une documentation statistique a été constituée par cette structure dans cette zone.

« [...] À cause de cela il faut séparer les lépreux des autres hommes pour qu'ils ne corrompent pas l'air et rendent lépreux les personnes saines... se préserver dans ce cas, c'est rejeter le malade .Le rituel de la proscription est même un rituel d'enterrement. La coutume règle la scène comme une disparition physique et religieuse : messe des morts, geste du curé prenant de la terre du cimetière avant de le jeter par trois fois sur la tête du ladre... Mon Amy c'est signe que tu es mort quant au monde, et pour ce ayes patience à toi... » (Op. cit.18).

La démarche sociale de prévention du mal rimait alors avec déconstruction sociale à travers le refoulement du malade, celui-ci étant perçu comme incarnant le malsain, l'impur.

L'environnement des références étiologiques des MTN à Taabo rassemblant empirisme et surnaturalisme est un construit quotidien mettant en scène les habitudes de vie, la nutrition, les rapports sociaux (qu'ils soient consensuels ou conflictuels) et la fatalité. Ces références causales sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 6: Récapitulatif des références étiologiques communautaires des MTN

Entité ethno linguistiques Maladies	Selon les autochtones Baoulé	Selon les autochtones Dida	Selon les allogènes Moose	Selon les allogènes bozo
Bilharziose	-uriner sur les urines d'un schistosomien -Transmission hétérosexuelle -Consommation d'eau souillée	-Uriner sur les urines d'un bilharzien -transmission hétérosexuelle	-Uriner sur les urines d'un bilharzien Héritage consanguin (du père au fils) -Transmission hétérosexuelle	-Consommation de l'eau dans laquelle vous pratiquez la pêche
Oncho	-Envoûtement -sorcellerie -Rester longtemps sous l'eau -piqûre de moustique	- inconnu	-Maladie de la vieillesse -sorcellerie	-Piqûre de moustique par excès
Filariose Lymph.	-Envoûtement par contact de la jambe avec un espace souillé -Grande fatigue	-sorcellerie -envoûtement	-sorcellerie -Envoûtement	-Maladie de la brousse transmise par les génies
Vermínoses	-Consommation d'aliments trop sucrés, de légumes, de viande et de poisson par excès -Contact de la région anale avec le sol	-Consommation d'aliments sucrés	-Consommation d'aliments sucrés	-Consommation d'aliments sucrés
Fièvre typhoïde	-Consommation abusive de matière grasse ou de farine -Paludisme non-traité ou mal traité	-Paludisme non-traité ou mal traité -consommation abuse de viande	-Paludisme non-traité ou mal traité -Coup de soleil -consommation de fruit vert -Fatigue	-Paludisme non-traité ou mal traité
Ulcère de buruli	-Envoutement -Sorcellerie -Manque d'hygiène corporelle -Contact avec eau souillée	Envoutement -Sorcellerie -Manque d'hygiène corporelle -Contact avec eau souillée	-Sorcellerie -Manque d'hygiène corporelle	- inconnu
Paludisme	-Pratique d'activités physiques ardues -Coup de soleil -Alimentation riche en matière grasse	-Pratique d'activités physiques ardues -Coup de soleil	-consommation d'aliments sucrés -Pratique d'activités physiques ardues -Coup de soleil	-Consommation d'aliments sucrés -Constipation

Source : Notre étude sur la « perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN »

Ce récapitulatif comme on peut le constater même s'il fait intervenir certaines catégories magico-religieuses ne fait pas cas des interdits sociaux,

pourtant partie prenante de ce modèle dans nombre de sociétés africaines. Qu'en est-il de cette catégorie étiologique dans la zone d'étude ?

3.4 Tabous et totémismes autochtones et leurs implications sanitaires

Comme dans toute société traditionnelle, la vie sociale dans les trois communautés (3) autochtones visitées comporte sa charge de contraintes morales exprimée à travers les coutumes et les interdits et tout ceci forme les traditions (Lévi-strauss, 1962; Tetart, 2007; Zempléni, 1975). Si les premières s'appliquent à l'ensemble de l'entité ethnolinguistique, les secondes s'observent à l'échelle du lignage et de l'individu. Dans cet environnement de restriction de liberté en société, les interdits désignés sous le terme « *tchiliè* » aussi bien en Baoulé qu'en Dida nous a-t-on dit, fonctionnent de façon permanente ou circonstancielle. Comme précisé plus haut, nous n'aborderons dans ce travail que le totémisme alimentaire dont la transgression entraîne un châtiment physique sous la forme de trouble morbide. De ce point de vue, les interdits répertoriés dans chacune des trois communautés autochtones, sont de deux types: le totémisme alimentaire végétal et les animaux affiliés.

3.4.1 Du totémisme alimentaire végétal

Aussi bien chez les Dida que dans les deux communautés Baoulé, il existe trois (4) types d'interdits: les interdits communautaires, les interdits familiaux, les interdits liés à la position de naissance et les interdits de circonstance.

Le seul interdit communautaire à nous rapporté et impliquant toutes les deux communautés Baoulé est celui lié à l'espèce caprine. En effet le cabri était l'interdit communautaire de tous les villages N'gban et de certain village swamlin tels que Taabo-village et Léléblé. Son élevage et même son apparition dans ces villages étaient également interdits. Selon la chefferie de Taabo cité même si ce totémisme semble aujourd'hui peu observé, l'interdiction du cabri au

bord du fleuve est quant à lui très rigoureusement respectée même par les communautés allogènes qui y pratiquent des activités professionnelles.

Quant au totémisme familial, il porte principalement sur des espèces végétales et sur quelques espèces animales. Les «*espèces végétales à risque*» (Abé, 2007) dans certaines familles Dida sont la papaye («*Gbôfrè*»), le riz («*Saka*»). Chez les swamlin et les N'gban, ce sont plutôt certaines espèces d'escargots, le mouton («*boua*») et les légumes tels que le gombo frais («*glôloumonnin*»), le («*klouala*³¹») et le *gnangnan* qui font l'objet d'interdits dans certaines familles.

Les interdits de circonstance sont ceux liés à certains événements de la vie communautaire tels que la naissance, les funérailles, la nouvelle igname, la nouvelle lune, la nubilité.... Chez les *N'gban*, certaines espèces d'aubergine (*n'droa* et *lon'doé*) sont interdites à la jeunes fille en âge de procréer. Chez les Swamlin, c'est le silure qui est interdit aux deux géniteurs du nouveau-né. À côté de ces tabous, il existe les espèces animales non-comestibles dans certains lignages.

3.4.2 Des animaux affiliés

De l'animal affilié, Jean-noël Nguimbi Mabilia nous donne une explication. Selon lui le totémisme animal établit un rapport entre un groupe social (lignage ou clan) et une espèce animale. Cette espèce est rattachée dans la conscience collective des individus de ce groupe à ceux-ci. En Afrique, chacun des groupes sociaux cités plus hauts en a au moins un (Zempleni, 1975). Dans des récits mythiques revêtant un intérêt historique et faisant référence à l'environnement originel du groupe social, les imaginaires sociaux «*prêtent à ces animaux des actions bienfaitrices et salvatrices au profit des ancêtres du clan concerné. Pour les vivants, ils sont considérés comme des animaux porte-bonheur que l'on ne*

31

doit ni manger ni toucher. » (Nguimbi, op. cit.32-33). Cette relation d'affiliation se situe ainsi entre la tradition et la croyance.

Chez les autochtones Baoulé, la gazelle (« *Ouanzanni* »), le serpent (« *Houo* »), le buffle (« *Awè* »), le crocodile (« *Len'guè* »), le singe noir (« *Souamblé* ») le chimpanzé (« *Agatia* »), le cabri (« *boli* »), le chien « *Aloi* », le silure « *Djuéblé* » sont des animaux affiliés et partant non-comestibles. Chez les Dida, ce sont le serpent « *Trè* » et le chimpanzé « *Djihô* » qui font offices d'animaux affiliés. Nous ne traiterons pas ici de l'histoire de chacune de ces affiliations mais seulement des sanctions réservées aux contrevenants.

3.4.3 Des sanctions sanitaires à la non-observance des interdits

Dans chacune des trois communautés, nos informateurs ont affirmé que les interdits ne sont plus observés avec la même rigueur qu'autrefois. Les raisons principales de ces mutations dans ces sociétés sont selon eux l'influence des nouvelles religions et le modernisme qui exige que l'environnement socio-culturel soit partagé avec d'autres populations et qui implique des rapports sociaux nouveaux. Dans un tel contexte, l'exercice du contrôle sociale, élément moteur du respect des interdits sociaux serait devenu difficile voire impossible.

Tout compte fait, plusieurs problèmes de santé ont été identifiés comme des sanctions à la non-observance des interdits. Parmi ceux-ci, on dénombre principalement des dermatoses, diverses maladies infectieuses et des maladies de la reproduction. Ainsi la violation du tabou communautaire lié au serpent chez les Dida vous expose à des boutons partout le corps, à un dessèchement de la peau ainsi qu'un palissement du teint du contrevenant: « *ça fait comme ton sang est fini et puis tu es blanc comme ça* ». Quant à la consommation de la papaye, elle est sanctionnée par de petites plaies partout le corps. Chez les N'gban, la transgression de l'interdit lié à la gazelle peut vous faire contracter la lèpre ou une dépigmentation de la peau par endroit mais principalement au

visage. Cette sanction est identique à celle à laquelle tout contrevenant au tabou familial lié au serpent chez les N'gban et au buffle chez les swamlin s'expose. Mais dans le cas du serpent et du buffle, il apparaîtrait des œdèmes sur la peau.

Quant à la non-observance de l'interdit familial lié au mouton, elle est punie par un scorbut et le blanchissement des cheveux. Dans les familles qui sont interdites de consommer le silure, le contrevenant est frappé d'une stérilité ou d'une malédiction se manifestant par un échec dans toutes ses activités. La consommation du singe vous exposerait également à une malédiction. Mais celle-ci est d'un type particulier. Toute votre progéniture pourrait contracter la trisomie.

En ce qui concerne la transgression du tabou familial lié au *gnangnan* chez les *N'gban*, elle est punie par la varicelle ou la variole et les interdits de circonstance tels que la consommation des espèces d'aubergine « *N'droa* » et « *Lo n'doé* » chez les *N'gban* expose la jeune nubile à des maux de ventre chroniques. L'interdit lié au cabri est le plus observé de tous encore aujourd'hui à Taabo-village. Malgré notre insistance, la sanction liée à sa transgression nous reste inconnue. Elle constitue pour la chefferie un véritable tabou.

À côté du totémisme communautaire ou lignager, il existe aussi un totémisme en rapport avec les « *catégories d'hommes* » (N'guimbi op. cit.:35) dont la défiance expose à des sanctions.

3.4.4 Transgression et sanction sanitaire humaine dans l'étiologie sociale : *Le cas de l'ulcère de buruli*

Si tout le corpus de discours recueilli sur la causalité de l'ulcère de buruli situe l'agression mystique comme schème causal principal, une dimension particulière de cette action est cependant prépondérante. Il s'agit de la

consommation de « *offlè* » (la papaye). Cet acte nutritionnel constituerait un manquement aux règles édictées par les pouvoirs mystiques de certains individus. Ces pouvoirs mystiques ne supporteraient pas le caractère comestible de ce fruit. Ce totémisme végétal se manifeste en fait par l'interdiction formelle pour ces individus de consommer le fruit du caricacée mais également d'en assister à la consommation. Si ce végétal est également un tabou alimentaire communautaire chez les Dida comme nous le disions plus haut et qu'il peut s'ensuivre une sanction émanant des esprits protecteurs, c'est plutôt la dimension humaine de cette sanction qui est la plus redoutée. On raconte que toutes les personnes n'ayant pas obéi à cette injonction, aurait fait l'expérience de cette sanction humaine. Ainsi, « *Si on te voit manger papaye, ici là, on lance plaie³² dêh* ».

Cette représentation causale de l'ulcère de buruli qui semble revêtir une dimension plus symbolique lorsqu'on se réfère à certaines médecines locales, avait fait de la papaye le tabou le plus redouté de la région selon nos interlocuteurs. En effet dans certaines compositions phyto-thérapeutiques locales destinées à guérir l'ulcère de buruli, certains guérisseurs auraient recours aux racines du papayer. Les liens entre la maladie et l'arbre semblent ainsi être d'une profondeur que notre seule obstination lors de l'enquête n'a pu suffire à découvrir. Ce lien est également établi entre le fruit et les signes cliniques de la maladie. En effet le caractère flasque de la région œdémateuse est comparé à une papaye mûre. Mallart Guimera montre à ce propos que:

« [...] entre l'objet ou l'action défendue et les effets qui résultent de la rupture, il existe un rapport de similitude [...] la femme enceinte evuzok ne mange pas la moelle des os parce que ce fait entraînerait une otite chez l'enfant. La maladie garde donc toujours la trace de sa cause par

³² « *Ici on lance plaie* » est un propos assez répandu dans le langage courant de Taabo pour parler du mode de transmission de l'ulcère de buruli. Les individus soupçonnés d'être à l'origine de cette forfaiture projetteraient la maladie de manière mystique à volonté lorsqu'ils surprennent quiconque en train de consommer de la papaye. Mais pour certaines demoiselles de la région, lorsque tu refuses les avances d'un courtisant possédant ce pouvoir « *il peut aussi te lancer plaie-là* ».

l'intermédiaire d'au moins un de ses symptômes » (Mallart Guimera que cite N'guimbi, op. cit:67).

Tout compte fait, l'endémicité de cette infection “nouvelle” préoccupe, intrigue et installe un environnement de suspicion dans lequel les supputations étiologiques sont nombreuses:

*« Nous on **ne sait pas** d'où **vient la maladie** là. Nous on pense que c'est le **vent qui vient avec ça** oh.»*

*« On **ne sait pas** ce qui **donne** cette **maladie**. Peut-être c'est le **vent** qui **vient avec ça**. Sinon nous on a toujours pensé que **c'est la sorcellerie**...mais on ne peut pas parler parce que ça veut dire que toi-même qui dit ça là, tu es sorcier. Donc on **laisse comme ça** ».*

*« Ce sont les **étrangers-là** qui ont **envoyé** cette **maladie** ici, sinon nous on **connaissaient pas ça avant**. La rivière³³ on dit maladie là est là-bas là les gens **faisaient champs de riz** là-bas **avant**. **Pourquoi** c'est **maintenant** que **maladie** là est **là-bas**. Ce sont les gens qui viennent de loin loin là qui viennent avec les choses comme ça là chez nous ici.».*

Dans les conclusions de son étude réalisée en 2004 dans cette même écologie culturelle de Taabo, Zogba (op. cit.) avait déjà fait le même constat sur l'étiologie de cette maladie. Mais l'auteur avait situé le niveau d'instruction des populations au centre de la construction étiologique de l'ulcère buruli. Pour lui, plus le niveau d'instruction des enquêtés était bas plus la maladie était comprise comme effet de la main sorcière invisible, la cause infectieuse bactérienne n'étant acceptée pour une large part que par les lettrés.

À l'analyse, ces différentes réflexions prouvent qu'en plus de l'agression mystique, d'autres considérations sont envisagées. Ces considérations qui sont d'ordre météorologique et démographique tentent d'apporter une réponse à l'avènement d'une maladie encore énigmatique pour ces populations. On retrouve par ailleurs ici des facteurs de contamination déjà incriminés sous

³³Allusion est faite ici par un nos répondants de Sokrogbo à un des points d'eau considérés à risque dans cette localité.

d'autres cieux, en l'occurrence dans le contexte européen du XVIIIe siècle ou les représentations causales de la peste s'illustraient par leur caractère mobile.

« La conscience des dangers de l'air, d'abord, demeure au centre des défenses. La peste n'est plus envoyée par quelque puissance obscure, elle « visite » les lieux, elle passe, colportée par les soldats, les vagabonds les groupes errants; une menace qui circule comme une chose et s'infiltré comme un venin » (Vigarelo, op.cit.:108).

Dans ce même registre d'incrimination de *“l'autrui”* comme contaminant, Doris Bonnet montre comment la drépanocytose s'est *« socialement et historiquement construite à partir de la notion raciale de la négritude (notion de « sang nègre »)* (Bonnet, 2004:46) et de l'immigré aux États-Unis et en France. Selon elle, l'assimilation entre race et catégorie pathologique a ainsi eu pour effet de créer un marquage identitaire dans lequel le drépanocytaire est socialement *« étiqueté »* (Goffman, 1973).

À cette suspicion vis-à-vis de l'air et des mouvements démographiques à Taabo, s'ajoute le vide informatif sur la causalité de cette maladie. Ce vide s'exprime au sujet du rôle réel du vecteur de la maladie dans la transmission de celle-ci. Comment en effet convaincre les populations de la *« piquûre du cafard d'eau douce ou autre action de celui-ci »* si les zones corporels infectés sont parfois d'anciennes cicatrices de plaies ordinaires ou encore si c'est une écorchure perçue comme bénigne *« qui dévient ulcère de buruli.»*? Ce mode de transmission est d'autant plus énigmatique pour ces populations que des enfants qui ne fréquentent pas toujours des zones perçues comme à risque comme il a été largement diffusé par les personnels médicaux et paramédicaux à propos de cette transmission, se trouvent infectés. Tout cela semble plus ajouter à la confusion qu'à la clarté face à la maladie. Cette disposition sociale des populations locales est compréhensible puisque que c'est le propre de toute conception du monde d'élaborer des hypothèses explicatives face à tout phénomène nouveau (Sindzingre, op. cit.). La maladie n'échappant pas à ce

postulat, la nécessité de combler le vide de connaissances sur l'ulcère de buruli met ici en scène les milieux sociaux et naturels. Dans cette construction étiologique, le passage d'un milieu à l'autre est une démarche somme toute pragmatique reposant sur l'interprétation de l'évolution de la maladie.

On retiendra de cette incursion dans les interdits alimentaires à Taabo leur dimension symbolique et les analogies établies entre signes cliniques de la maladie et espèces totémiques. On retiendra également dans ce registre, la forte ressemblance entre la symptomatologie émanant du système médical conventionnel de certaines maladies à l'étude telles que l'onchocercose, les verminoses intestinales et la fièvre typhoïde et certains « signes de manifestation-sanction ».

Conclusion partielle

En définitive, dans la zone d'étude, le vocabulaire nominal et les catégories causaux sont assez variés. Leur élasticité tient compte de la perception qu'ont les communautés de leur symptomatique, de leur gravité et de leur étiologie. Dans cet environnement de diversification des dénominations, on assiste à une fragmentation de la maladie selon ses différents signes cliniques et à chacun de ces signes, une nosographie autre est affectée. C'est le cas de la filariose lymphatique, des verminoses intestinales et de l'onchocercose.

Face à la pluralité des termes nominaux, certaines dénominations sont plus usitées que d'autres. Les termes les moins courants le sont parce que perçus comme stigmatisants et allusifs. Le plurinominalisme de certaines de ces maladies rend également difficile leur correspondance à des entités nosologiques biomédicales. C'est le cas de la fièvre typhoïde dont la construction mobilise des couleurs (*le blanc* et *le rouge*) et différentes connotations de celles-ci. Dans leur

diversité, les interprétations recueillies apparaissent comme le résultat de confrontations de points de vue, d'observations, de doutes et de réfutations; toutes choses qui peuvent nous amener à nous interroger sur la connaissance « réelle » des maladies à l'étude.

Outre les confusions constatées dans l'identification de ces maladies, on assiste à une variation des catégories étiologiques au rythme des variations pathogéniques de la maladie. Ainsi chronicité et communauté de signes cliniques avec d'autres maladies sont des repères importants dans ce « glissement étiologique ». En fait, d'une communauté à l'autre, l'énoncé des conceptions causales change et n'engage pas les mêmes convictions.

Par ailleurs pour variées qu'elles sont, les références étiologiques proposées ne portent pas sur le totémisme alimentaire. Ces interdits sociaux intègrent aussi bien des tabous alimentaires que l'affiliation à un animal totémique. Si on dit transiger aujourd'hui à Taabo dans ce totémisme, on reconnaît cependant qu'« *avant toute une famille pouvait être aveugle et on pensait que ils avaient mangé leur totem.* »

Ces représentations nosologiques communautaires des MTN nous informe sur la démarche de construction de la maladie pour ce qui est de la dénomination, de l'étiologie et de la symptomatologie dans ce contexte social. Cependant ces constructions n'émanant que de catégories sociales (chefferies, notabilités et thérapeutes traditionnels) détenant « *un discours heuristique sur leur société* » (bonnet, 1999: 8) l'approche quantitative de ce travail nous informera sur la perception populaire de la gravité de ces maladies et sur leurs différents modes de transmission.

DEUXIEME PARTIE:

Perception et déterminants de la
gravité de la maladie

CHAPITRE IV:

La perception populaire de la gravité des MTN

Introduction

À l'instar des autres régions ivoiriennes, la sous-préfecture de Taabo se caractérise par une forte morbidité. Cependant, face à cette diversité pathologique, on constate que les réactions quant à la prise en charge aussi bien communautaire que médicale se caractérisent par leur incohérence. Parfois spontanées, parfois timides, ces réactions semblent sous-tendues par la perception qu'ont ces populations de chacun de ces problèmes de santé. Pour Kleinman (op. cit.), ce sont les systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. Les systèmes de soins composés de trois (3) secteurs (populaire, professionnel et traditionnel) s'interagissent mais le secteur populaire se pose comme le lieu de l'identification du trouble et de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par sa famille.

En rapport avec cette position qui place avant tout les populations au cœur de la construction de la maladie, quelles sont les maladies récurrentes identifiées par celles de Taabo? Comment chacune de ces maladies est-elle perçue dans la population globale? Comment les différentes caractéristiques sociodémographiques –âge, niveau d'instruction, ethnie et lieu de résidence- interrogées approchent-elles ces maladies récurrentes dans la zone ainsi que celles à l'étude? Telles sont les différentes questions auxquelles ce chapitre se propose d'apporter des réponses.

4.1 Identification et perception des maladies récurrentes

Les résultats de cette partie de l'enquête portant sur l'identification des maladies récurrentes dans la zone d'étude sont exposés dans trois (3) sous-points. Ce sont d'abord les maladies identifiées par la population globale ensuite celles reconnues par les populations selon leur zone d'habitation (rurale et urbaine) et enfin la distribution spatiale des maladies par rapport au barrage hydroélectrique.

4.1.1 Identification des maladies récurrentes dans la population globale

La question formulée comme suit: « *Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre localité?* » figurant en première position sur notre fiche d'enquête quantitative pourrait susciter une interrogation. On pourrait légitimement poser la question du, « pourquoi ne pas simplement se référer aux documents officiels, objectifs et fiables tels que les registres de consultation des différents établissements sanitaires de la région pour identifier les maladies auxquelles les populations sont confrontées dans leur quotidien et dans ce cas être mieux informé sur la situation morbide de la zone surtout que poser la question aux populations de recenser ces problèmes de santé eux-mêmes pourrait donner lieu à des confusions entre troubles organiques? »

Notre démarche se justifie par deux raisons: premièrement, en intégrant cette question dans l'enquête de terrain, nous demeurions fidèles à nos objectifs qui étaient d'évaluer le niveau de connaissance des populations en relation avec les maladies endémiques dans leur localité et la possibilité pour elles d'identifier ces pathologies à travers une description souvent nominale souvent symptomatique.

Deuxièmement, cette question nous a permis d'observer leur capacité à distinguer les différentes maladies fréquentes les unes des autres. Les résultats de cette partie de l'enquête révèlent l'existence d'une diversité de problèmes de santé selon les populations. Au nombre des maladies identifiées comme fréquemment vécues, figurent les grandes endémies, diverses formes de paludisme, les maladies diarrhéiques, les maladies de la peau, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et les IST.

Selon les populations, la morbidité palustre est la plus régulièrement observée dans la zone et cette pathologie serait vécue sous deux formes. Il s'agit du paludisme simple et du neuro-paludisme et ces deux formes de paludisme ont été indexées par 1735 enquêtés soit 89,2% des enquêtés. L'ulcère de buruli observé comme la plus récurrentes des grandes endémies vécues a été cité par 1049 individus soit 54% de l'échantillon.

En troisième lieu, ont été citées les maladies diarrhéiques. Celles-ci, constituées des diarrhées sanglantes et non-sanglantes (38%), des parasitoses intestinales (31%) et de la fièvre typhoïde (21,6%) représentent 90,1% de l'échantillon. L'enquête quantitative indique également une prévalence de la bilharziose avec une proportion de 24% (468 individus) et cette proportion est plus importante que celles des troubles morbides rassemblant les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les infections uro-génitales. Ces dernières catégories de maladies ont été identifiées par 20,1% des enquêtés. On retrouve parmi les maladies les moins fréquentes les maladies de la peau, les maladies respiratoires, l'onchocercose et la filariose lymphatique respectivement citées par 13%, 10%, 6%et 1,5% des répondants.

Tableau 7: Identification populaire des maladies récurrentes dans la zone d'étude

Maladies		Nombre de repondants	nombre de repondants	%
Les grandes endémies	Bilharziose urinaire		468	24
	Ulcère de buruli		1049	54
	Onchocercose		204	10,5
	Filariose lymphatique		29	1,5
Les paludismes	Paludisme simple		1735	89,2
	Neuro-paludisme			
Les maladies diarrhéiques	Vermínoses intestinales		593	31
	Fièvre typhoïde		420	21,6
	Diarrhée sanglante et non-sanglante		730	37,5
Les maladies respiratoires	Tuberculose, asthme, IRA		130	6
les dermatoses	Varicelle, gales, teigne		271	14
autres (maladies cardiovasculaires, digestives et IST)	Hyper/hypotension, ulcère d'estomac, maladie du foie, hémorroïdes		391	20,1

Source: Notre enquête sur la « perception et l'attitude des populations de Taabo face aux maladies tropicales négligées » mars 2009- août 2010

Cette identification des maladies récurrentes montre d'après les données du tableau 7, la prééminence de trois grandes catégories de troubles morbides. Il s'agit des maladies diarrhéiques, du paludisme et des grandes endémies. Ces données d'ensemble nous permettent d'observer le contexte global de morbidité de Taabo sous le regard de ceux qui les vivent. Cependant leur mise en rapport avec la zone d'habitation peut mieux nous renseigner sur la situation pathologique de chaque cadre de vie.

4.1.2 Identification des maladies récurrentes par zone

Le contexte géographique de la recherche est réparti entre deux cadres de vie comme nous le précisons dans l'introduction. Le cadre urbain est représenté par Taabo cité qui comme indiqué dans sa monographie dispose de toutes les commodités caractérisant la vie en cité. En revanche, la zone rurale regroupant le restant des localités de la circonscription administrative et pourvu qu'en électricité comme unique commodité s'étend du nord au sud de la cité.

Du rapport établi dans l'identification des maladies courantes entre ces deux cadres de vie, il apparaît que certaines maladies sont plus vécues en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, les populations urbaines disent être plus fréquemment confrontées à certains problèmes de santé dont les populations rurales parlent moins. Hormis les diarrhées (7% contre 14%), la bilharziose (15% contre 25%) et l'onchocercose (04% contre 11%) toutes les autres maladies courantes sont plus fréquentes à Taabo cité que dans les villages. Ainsi avec 95 % des populations urbaines interrogées, le paludisme sous ces différentes formes est la maladie la plus récurrente de ce milieu. En revanche cette maladie a été indexée par 88% des ruraux comme leurs plus fréquents problèmes de santé. L'endémie palustre est ainsi considéré plus fréquente en milieu urbain qu'en zone rurale autant que celle de l'ulcère de buruli (75% contre 51%). Les maladies dites de « *l'insalubrité* » sont également plus vécues à la cité qu'en zone rurale. Parmi elles, la fièvre typhoïde représentent 38% de l'échantillon urbain contre 19% des ruraux et les verminoses intestinales avec une différence de 1% entre les deux zones ont quant à elles été citées par 31% des urbains contre 30% des ruraux.

Dans cette comparaison où la situation morbide de la cité semble plus précaire que celle des villages, les écarts les plus marqués concernent les

maladies respiratoires (26% contre 6%), les maladies de la peau (38% contre 13%) et les autres pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies digestives et les IST (89% contre 17%). La filariose lymphatique n'a été citée que par 1% de chacune des deux populations.

Tableau 8: Maladies récurrentes identifiées selon la zone d'habitation

Zones d'habitation Maladies	Urbaine		Rurale		Total
	<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%	
Paludisme	215	95	1520	88	1735
Ulcère de buruli	169	75	880	51	1049
Fièvre typhoïde	86	38	334	19	420
Diarrhée	16	7	251	14	267
Onchocercose	10	4	194	11	204
Filariose lymphatique	2	1	27	1	29
verminoses intestinales	69	31	524	30	593
La bilharziose	34	15	434	25	468
Maladies respiratoires	26	11	104	6	130
Dermatoses	38	17	233	13	271
Autres (maladies cardiovasculaires et digestives et IST)	89	39	302	17	391

Source: Notre enquête de terrain sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août2010

Les disparités pathologiques apparaissant sur ce tableau entre Taabo cité et sa région sont caractéristiques de cette localité puisse que selon qu'on se situe au Nord, en hauteur et au Sud du barrage hydroélectrique, la charge de morbidité va changeante.

4.1.3 Identification des maladies récurrentes dans « l'axe amont-aval du barrage »¹

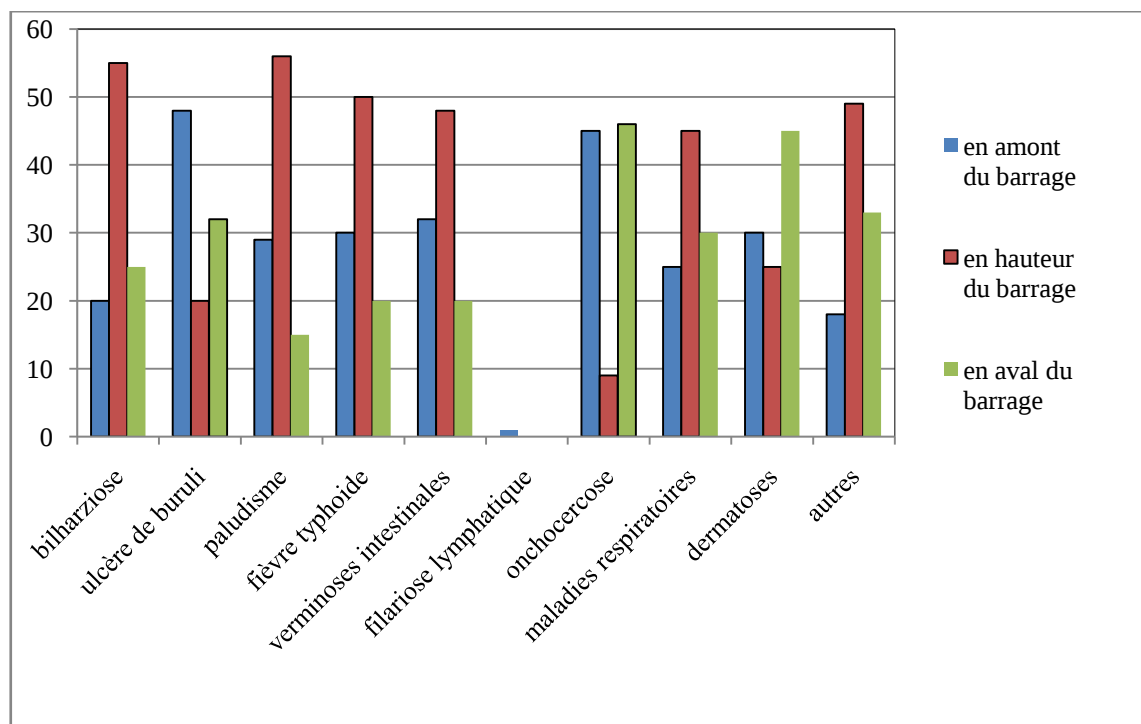
Le contexte de morbidité émanant de nos répondants en rapport avec la situation géographique du barrage est comparable à une dent de scie. Si tout l'axe d'étude amont –aval du barrage avec celui-ci (le barrage) comme épïccentre se caractérise par une situation morbide quelque peu homogène, on ne note néanmoins pas une égale fréquence des pathologies dans les différentes localités à l'étude. En amont de l'ouvrage, où sont situés les villages de Tokohiri, Léléblé, Sahoua et Ahondo, les maladies les plus récurrentes identifiées sont l'ulcère de buruli, les verminoses intestinales, la fièvre typhoïde et les dermatoses.

Par contre en hauteur, on note une forte prévalence de toutes les maladies mais avec une prééminence de la bilharziose, du paludisme, de la fièvre typhoïde, des verminoses intestinales et des autres problèmes de santé. Cette zone rassemble les localités de Taabo cité, de Taabo village, de Kôkôtikouamékro et de Aheremou II.

Plus au sud du barrage où se situent les villages de N'dénou, Kotiéssou, Ahouati, Amanimenou et Sokrogbo, sont plus fréquentes, l'ulcère de buruli, l'Onchocercose et les autres problèmes de santé notamment les maladies cardiovasculaires et digestives. La filariose lymphatique n'est pour sa part vécue qu'en amont du barrage.

¹ Nous empruntons cette expression à Germain Gourène et Simplicie Affou Yapi (2005)

Figure 8: Conception populaire de la situation morbide par rapport à la situation géographique du barrage



Source: Notre enquête de terrain sur la «*perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN*», Mars 2009-Août 2010

4.1.4 Analyse du différentiel de fréquence des problèmes de santé entre zone (urbaine et rurale)

La variation de la situation morbide entre cadre de vie et entre zone géographique en rapport avec le barrage n'est certainement pas sans explication dans cette région qui se caractérise par sa diversité écosystémique et sa coloration socio-culturelle. Plusieurs facteurs peuvent rendre compte de cette variation des fréquences des maladies entre zone.

Selon certaines recherches, la construction d'un barrage dans une zone influence la situation morbide de cette zone. Entre autres problèmes de santé, on explique l'endémie bilharzienne en Côte d'Ivoire mais aussi sous d'autres cieux par ce type d'aménagement (Quatrième rapport national sur la convention de la diversité biologique 2009; Alphonso, 1998; chippaux,

2000). Ces travaux montrent en effet que la construction d'un barrage hydroélectrique constitue un facteur de bouleversement écologique et démographique. Ces transformations de l'écologie locale se ressentent à trois niveaux selon Alphonso (1998). Elles créent:

- Un impact hydrochimique,

« La désoxygénation en profondeur (anoxie) due à la décomposition de la matière organique allochtone et autochtone, et une suroxygénation en surface due à la photosynthèse phytoplanctonique »,

- Un impact biologique,

« La désoxygénation de l'hypolimnion ainsi que la production d'éléments toxiques tels que l'ion ammonium et l'hydrogène sulfuré (produits toxiques), ne seront pas sans poser de problèmes pour la vie aquatique et notamment pour l'ichtyofaune »;

- Un impact sanitaire

« Dans un milieu lotique, l'instabilité du lit de la rivière limite la croissance des macrophytes. Ainsi, la construction d'un barrage, qui crée un milieu lentique stable et riche en éléments nutritifs, va favoriser leur développement et notamment celui des macrophytes flottantes. Ces végétaux aquatiques peuvent certes aider à l'implantation de certaines espèces de poissons (herbivores), mais ils constituent également un biotope très apprécié de nombreux organismes aquatiques (larves de moustiques par exemple) vecteurs de maladies telles que les schistosomiasés, le paludisme, les arboviroses (dengue et fièvre jaune) et certaines filarioses » (1998: 33-38).

Jean Philipp Chippaux fait également remarquer à partir de l'étude malacologique menée sur les sites de trois barrages hydroélectriques en Côte d'Ivoire que le développement des hôtes intermédiaires des schistosomoses est variable et complexe. Sur le site du barrage de Buyo selon l'auteur,

*« on observe un développement important de *Bulinus forskalii* (vecteur de *S. haematobium*), en relation probable avec une forte eutrophisation du lac de retenue, ce qui est peu favorable à *Biomphalaria pfeifferi* et à *Bulinus globosus* (vecteurs respectivement de *S. mansoni* et *S. haematobium*). Les deux schistosomoses sont actuellement présentes. À Taabo, le développement de *B. pfeifferi* fait craindre une augmentation de la prévalence de *S. mansoni*, d'autant plus que l'apport du parasite a commencé » (2000: 152).*

S'agissant de l'impact démographique, on sait qu'à la faveur de la construction d'un barrage, les activités de production locale subissent des modifications. On assiste à des mouvements de populations et à des reconversions socio-professionnelles (Bougerol, 1984). Maraichage, pêche, lavage sont entre autres des activités connaissant un regain dans ce bouillonnement humain.

Si dans le cas de Taabo on observe une égale répartition des écosystèmes forestier, savanicole et hydrique dans tous les sites d'enquête, les activités socio-professionnelles sont quant à elles diversifiées et varient d'une zone à l'autre. Les activités de pêche par exemple sont plus denses en hauteur du barrage dans les localités situées presque sur le rivage du lac (voir carte de la zone d'étude page 71). Ces activités professionnelles supplées par d'autres ayant un caractère ludique et domestiques donnent lieu à des comportements à risque qui peuvent expliquer les variations ci-dessus observées.

Photo 1: Une marre à usage multiple de Sokrogbo



Photo 2: Activité domestique réalisée dans le lac de Taabo cité



Source: Prise de vue réalisée par nos soins, Août 2010

Face à l'endémicité des schistosomiasés au Burkina-Faso et en Côte d'Ivoire, les écrits de Poda et Traoré (2000) et Kouakou (2000) donnent une explication de l'inégale répartition entre zone partageant le même biotope, entre âge et entre sexe. Ces explications font toutes intervenir des facteurs d'ordre naturel et culturel. Ainsi pour les premiers:

« [...] le milieu aquatique peut justifier en grande partie l'hétérogénéité des niveaux de l'endémie, la grande vitesse de croissance des schistosomiasés après la mise en place de l'aménagement hydraulique est favorisée, d'une part, par la modification du milieu naturel qui est devenu favorable au développement des hôtes intermédiaires et, d'autre part, par les interactions entre les différents hôtes intermédiaires et les différentes souches de parasites des autochtones et des migrants. » (2000: 190).

Le rapport entre la prévalence et les caractéristiques sociodémographiques âge et sexe de leur étude montre que :

«la prévalence croît régulièrement à partir de 6 ans pour atteindre un maximum vers l'âge de 12 ans et, le plus souvent, les garçons sont plus contaminés que les filles. Ceci est en relation directe avec l'âge de baignade des enfants ainsi qu'avec les coutumes qui veulent que les filles, devant participer très jeunes aux activités ménagères, ont moins de temps que les garçons pour se baigner » (Ibid:190).

Avec plus de précisions sur les disparités endémiques, Lingué Kouakou montre également que:

« Globalement, les prévalences varient de façon importante selon les sites, mais ces disparités sont encore plus grandes si l'on se situe à l'échelle des villages. En effet, les prévalences peuvent fluctuer entre moins de 10 % à plus de 80 % d'enfants contaminés; l'une des principales causes incriminées est l'existence ou non de mares temporaires. La rareté et le caractère temporaire des points d'eau conduisent généralement à une concentration des activités domestiques et surtout récréatives de la part des enfants qui se baignent dans une eau qui, très souvent, est contaminée par les mollusques vecteurs de la maladie» (2000: 189).

En somme, les distributions sociodémographique et spatiale de l'endémie bilharzienne se trouve subordonnée à différents facteurs notamment sociologiques et physiques (Adoubryn et *al.*, op. cit.).

Pour expliquer les distributions hétérogènes de l'endémie palustre et des géohelmyntiases entre sites, le rapport d'activités du CSRS (op. cit.) compare deux zones. Il ressort de cette comparaison, la prédominance de deux facteurs dont l'inégale répartition des moyens de prévention et la permanence des modifications écologiques dues à l'intervention humaine agricole (De Sardan, 1999b).

Par ailleurs la forte prévalence de la fièvre typhoïde à Taabo cité, milieu urbain par rapport aux villages environnant peut trouver une explication dans les comportements humains dans ces deux zones. En effet

l'insalubrité de la cité ouvrière, le délabrement des lieux d'aisance, en somme l'état de dégradation avancé du cadre de vie à Taabo ont pu contribuer à la création d'un milieu plus pathogène.

Photo 3 : Vue d'une rue de la citée ouvrage



Source : Prise de vue réalisée par nos soins, Août 2010

Photo 4: Vue d'une rue avec un bloc de lieux d'aisance de la cité ouvrière de Taabo cité



Source : Prise de vue réalisée par nos soins, Août 2010

Ces mêmes conditions environnementales, climatiques et culturelles se trouvent indexées dans la propagation des maladies infectieuses et transmissibles en Afrique (OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008). Les facteurs ci-dessus énumérés en plus du bas niveau d'instruction des populations, de la faiblesse des revenus de celles-ci et de l'urbanisation incontrôlée sont également indiqués comme ayant contribué à la dégradation de l'état de santé dans les centres urbains africains. Aussi les effets sanitaires de la conjonction de ces différents facteurs ont-ils justifié la redynamisation du ministère de la santé et l'adoption de la déclaration d'Alma Ata (en 1983) qui promouvait les Soins de Santé Primaire (SSP) (Akindès, 2001).

4.2 La perception de la gravité des maladies récurrentes

Invitées à juger les maladies récurrentes dans leur milieu de vie, les populations ont manifesté une réaction des plus mitigées. Les réponses à la question : « *Des maladies fréquentes dans votre localité, quelles sont celles qui sont graves ?* » présentent un caractère que voici :

- ✓ Le trio constitué par l'ulcère de buruli, le paludisme et la fièvre typhoïde identifié comme les maladies les plus courantes de la zone (tableau n°7) est également perçu par les populations comme les problèmes de santé les plus graves. Ils représentent respectivement 52%, 48% et 38% des enquêtés.
- ✓ Les autres grandes endémies (l'onchocercose et la filariose lymphatique) avec des proportions moins importantes que le trio ci-dessus indiqué sont respectivement considérées grave par 17% et 28% des enquêtés.
- ✓ Elles sont suivies de l'ensemble regroupant les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les IST et celles-ci constituent une proportion de 14% de l'échantillon.

Les maladies respiratoires représentant 7% de l'échantillon sont pensées plus graves que la bilharziose, les parasitoses intestinales et les dermatoses qui représentent 5% de l'échantillon.

Tableau 9: Perception des maladies fréquentes dans la population globale

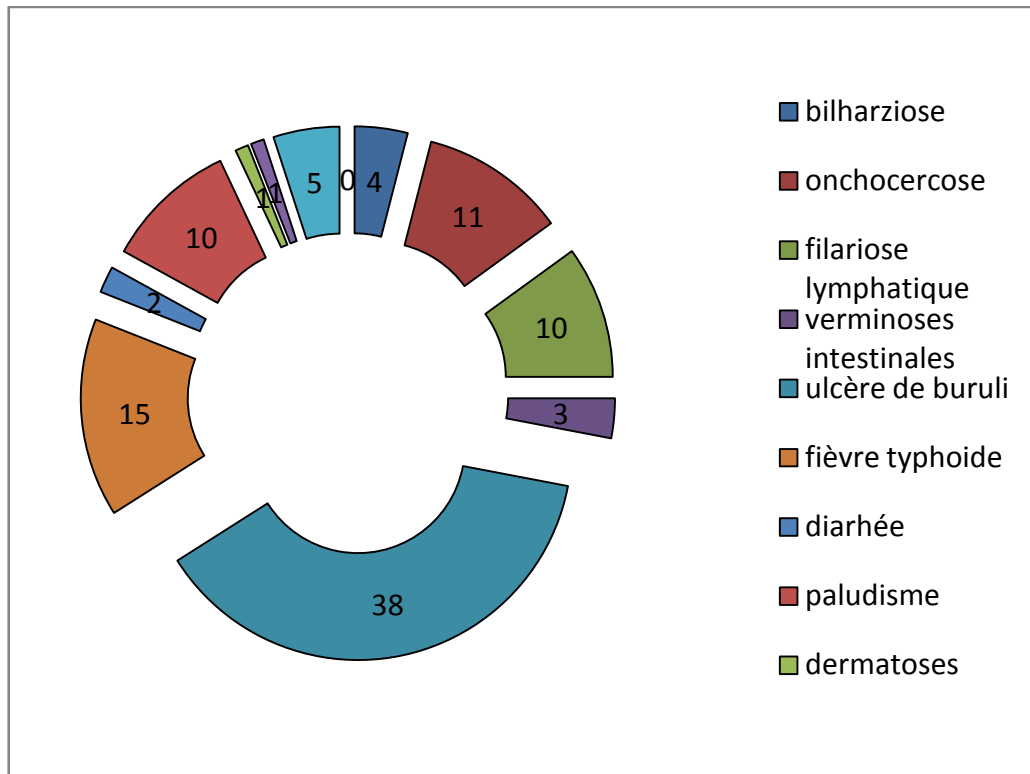
Perception Maladies	Grave		Pas grave		Total
	<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%	
Bilharziose urinaire	100	5	1848	95	1948
Ulcère de buruli	1014	52	934	48	1948
Onchocercose	335	17	1613	83	1948
Filariose lymphatique	545	28	1403	72	1948
Verminoses intestinales	100	5	1848	95	1948
Paludisme	934	48	1014	52	1948
Fièvre typhoïde	737	38	1211	62	1948
Dermatoses	104	5	1848	95	1948
Maladies respiratoires	140	7	1808	93	1948
Autres	270	14	1678	86	1948

Source : Notre enquête de terrain sur « *la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-Août 2010

4.3 Hiérarchisation des maladies récurrentes selon la perception de leur gravité

Après avoir indiqué leur perception des différents problèmes de santé auxquelles elles étaient confrontées, la question a été posée aux enquêtés d'identifier parmi celles-ci, celles qu'elles redoutaient le plus. Les réponses à cette question nous ayant permis d'observer une hiérarchisation dans la perception des maladies locales laissent transparaître un écart considérable entre les différents problèmes de santé. Cette hiérarchisation situe l'ulcère de buruli avec 38% de la population enquêtée comme la maladie courante la plus redoutée de Taabo.

Figure 9: Modèle d'hierarchisation des maladies récurrentes (% de toutes ces maladies, quelles est celle que vous redoutez le plus ?)



Source: Notre enquête de terrain sur la « *perception et l'attitude des MTN populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

Cette classification populaire des maladies récurrentes place l'ulcère de buruli et les problèmes de peau comme les deux extrêmes en ce qui concerne la gravité des problèmes de santé locaux, le premier comme le plus grave et les seconds comme les moins sérieux.

Dans ce tableau de la morbidité globale, les maladies à l'étude semblent être perçues différemment selon qu'on les isole du contexte pathologique d'ensemble.

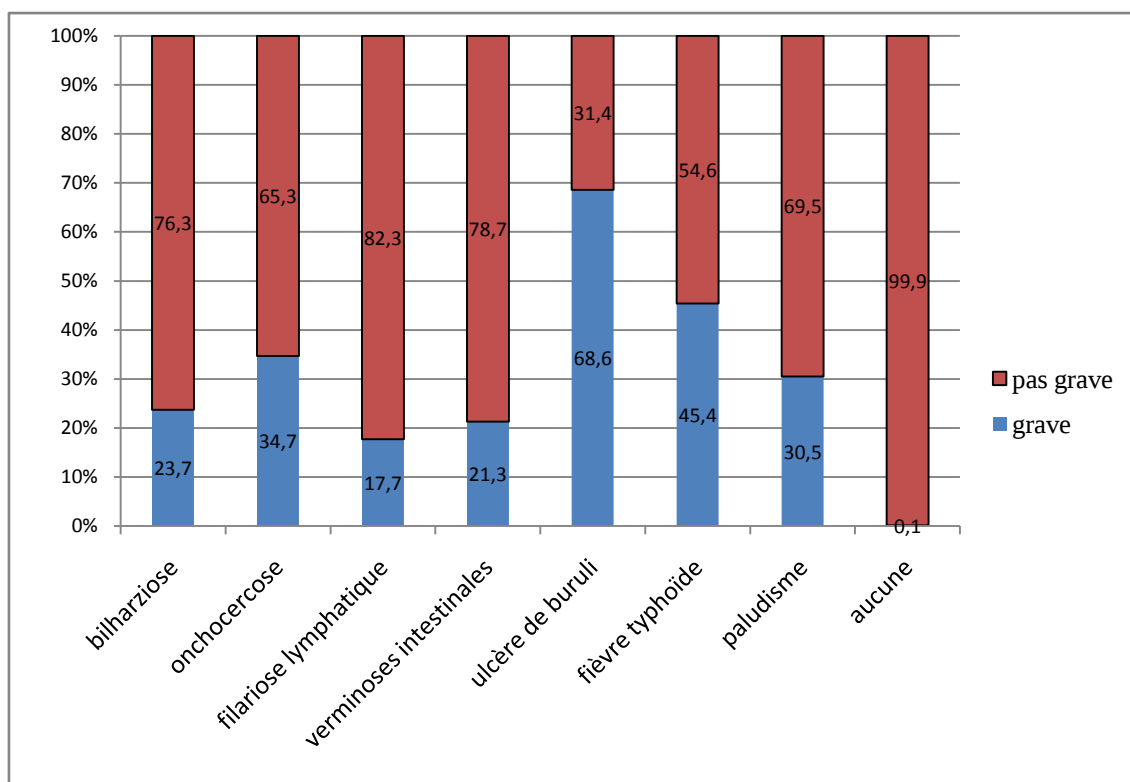
4.4 La perception de la gravité des maladies à l'étude

L'interrogation, « *voici une liste de maladies: bilharziose, onchocercose, filariose lymphatique, fièvre typhoïde, ulcère de buruli, verminoses intestinales et paludisme, quelles sont celles qui sont graves* » devrait permettre aux enquêtés qui n'auraient pas fait cas des MTN comme maladies courantes de juger celles-ci de manière précise.

Les réponses à cette question confirment dans certains cas celles portant sur la perception des maladies fréquentes. La figure ci-après indique que les maladies invalidantes figurent parmi les plus graves. Avec 68,6% de la population interrogée, l'ulcère de buruli occupe le haut du classement dans ce corpus de maladies. Il est suivi de la fièvre typhoïde (45,4%) de l'onchocercose (34,7%) et du paludisme (30,5%). La bilharziose urinaire (23,7%), les verminoses intestinales (21,3%) et la filariose lymphatique (17,7%) représentent les moins graves de ces maladies.

Pour 0,1% de l'échantillon, aucune de ces maladies n'est grave. La raison avancée par cette proportion de l'échantillon est que toutes ces maladies sont curables d'où leur non-gravité.

Figure 10 : Évaluation de la gravité des MTN par la population globale



Source : Notre enquête de terrain sur la « perception des MTN à Taabo »
sept 2009-août 2010

4.4.1 Analyse comparative des données des Tableaux 9 et Figure 9

Hormis l'ulcère de buruli qui conserve sa position privilégiée dans cette évaluation (52% tableau n°09 et 68,6% figure n°9), dans les autres cas, on observe un revirement de situation. Il ressort des écarts très marqués dans la perception de l'onchocercose (17% tableau n°9 contre 34,7% figure n°9) et dans celle de la filariose lymphatique (28% tableau n°9 contre 17,7% figure n°9). Le cas du paludisme est tout aussi remarquable. Cité par 48% de l'échantillon comme une maladie grave au tableau n°9, seulement 30,5% du même échantillon en a parlé comme d'une maladie grave sur la figure n°9. Par contre, la fièvre typhoïde, les verminoses intestinales et la

bilharziose urinaire manifestent chacune la réaction contraire (38% plus tôt contre 45,4%, 11% contre 21,3% et 9% contre 23,7%).

La figure ci-dessus indique que dans tout le corpus, 3 maladies sont perçues comme les plus bénignes. Ce sont les verminoses intestinales, la filariose lymphatique et la bilharziose urinaire. Il convient par ailleurs maintenant d'analyser le différentiel de perception entre ces maladies.

4.4.2 Analyse du différentiel de perception de la gravité des MTN

L'examen de la perception des maladies à l'étude dans la population globale rend bien compte de la relativité des jugements portés. Elle indique de façon claire que les critères déterminants dans la crainte d'un problème de santé sont liés à des facteurs tels que la séquelle physique qu'il peut engendrer et l'accessibilité de son traitement curatif. C'est ce qui explique la position privilégiée de l'ulcère de buruli, de la fièvre typhoïde, du paludisme et de l'onchocercose.

Au plus bas de l'échelle se tiennent les verminoses intestinales et la bilharziose urinaire. Perçues et vécues dans la zone d'étude comme des troubles anodins, elles sont faiblement énumérées au chapitre des maladies courantes (voir tableau 7).

4.4.3 Négation sociale et instrumentalisation de la maladie: le cas de la bilharziose urinaire

De fait, les noms de certains troubles morbides n'apparaissaient dans les discussions ouvertes entreprises auprès des répondants que comme

Symptôme de troubles perçus comme plus « sérieux » telles que les IST en ce qui concerne la bilharziose urinaire et les maladies diarrhéiques ou digestives pour ce qui est des parasitoses intestinales. En usant de cette option méthodologique préconisée par François Laplantine selon laquelle l'enquêteur doit « *chercher à faire advenir avec les autres ce qu'il ne pense pas plutôt que vérifier sur les autres ce qu'il pense* » (1995:186), il nous est apparu que ces deux maladies n'étaient pas comprises comme des entités nosologiques autonomes. L'allusion souvent faite à l'infécondité masculine comme conséquence médicale de la bilharziose urinaire peut en outre témoigner de la méconnaissance de celle-ci. Elle est pensée dans certaines communautés comme un « *trouble physiologique lié à l'évolution de l'enfant* ».

Quant à la bilharziose intestinale, elle est simplement « méconnue » puisse que passée sous silence durant toute la collecte des données. Bien qu'endémique autant que l'autre forme dans la zone, elle n'a pas été évoqué par nos informateurs durant l'enquête certainement parce qu'assimilée à d'autres troubles de l'appareil digestif avec lesquelles elle manifeste une « similarité de signes » cliniques. Une réaction similaire a été observée face aux schistosomiasés dans les communautés vivant dans d'autres régions forestières et savaniques humides d'Afrique de l'ouest dans le rapport d'activité d'ADRAO. Selon ce document,

« [...] *ce n'est que dans les zones à forts taux d'infection de parasites que les gens identifient effectivement la schistosomiase comme une maladie spécifique. La schistosomiase intestinale est souvent associée à la dysenterie et la schistosomiase urinaire aux maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents et les adultes. Même dans les zones où la maladie est identifiée en tant que telle et qu'on la reconnaît comme associée aux bas-fonds (les régions où il y a eu de grandes campagnes de sensibilisation), les gens l'attribuent au fait de boire de l'eau impropre plutôt qu'au fait de se tenir ou de travailler dans l'eau. En plus, la schistosomiase n'est tout simplement pas perçue comme une*

menace à la vie ou même pas comme une maladie débilitante.»
(op. cit.:42).

On sait ainsi grâce à ce travail ci-dessus évoqué que le taux d'infection de la bilharziose influe sur sa prise en compte communautaire comme entité nosologique à part entière. Pourtant le contexte endémique de Taabo offrant une prévalence d'infection de 21% et par conséquent considéré comme « *à haut risque pour la bilharziose urinaire à Schistosoma haematobium* » (N'goran *et al.*, 1998) ne semble pas modifier la perception communautaire de cette maladie. Pour illustrer ces propos nous nous souvenons que lors de nos observations, certains enquêtés avaient un comportement pour le moins curieux.

Q : *Quelles sont les maladies courantes dans votre localités ?*

R : *il (l'enquêté) cite les maladies dont il a connaissance sans faire cas des schistosomias.*

Q : *Et « biémodja là », il n'y en a pas chez vous ici ?*

R: *Han Han Han! Hum² ! Moi-même j'ai aussi! Mais (Il se tait).*

Les schistosomias sont tout simplement vécues comme des troubles bénins et cette bénignité est construite sur la base de la symptomatique et de normes culturellement situées. Au fondement de cette réaction populaire, on apparaît une « *récupération* » et une « *instrumentalisation* » du trouble morbide pour servir la socialisation de l'individu, socialisation entendue ici comme dynamique d'intégration et de reconnaissance de l'individu par le corps social dans lequel celui-ci est en train d'être inséré et ce par le biais d'« *habitudes corporelles, de croyances, de catégories de perception et d'appréciations, d'intérêts et de désintérêts, de goûts et de dégoûts* » (Lahire, 2007:696). Etant donné que les sujets infectés ne sont pas débilités par la maladie. L'émission de sang est plutôt perçue comme une

²Les locutions « *Han han han* » et « *Hum* » sont abondamment usités dans le parler courant ivoirien. En général, la première marque l'assentiment et la seconde indique la réticence, l'incertitude.

« maladie d'adolescence, un signe qui montre qu'un enfant (en particulier, un garçon) est en train de devenir adulte », une phase transitoire servant de repère dans certaines cultures traditionnelles africaines puisse que chez « 90 % des individus infectés, « l'urine rouge » est le seul symptôme de l'infection par le schistosome et il intervient à un stade tardif de l'enfance (l'âge d'aller à l'école) et au début de l'adolescence » (ADRAO Rapport, op. cit.:42). Cette façon de percevoir ces maladies semble par ailleurs varier avec les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

4.5 Les rapports caractéristiques sociodémographiques/perception des MTN

Il apparaît de l'analyse statistique des données collectées que l'âge des enquêtés, leur lieu de résidence selon que celui-ci est urbain ou rural, leur groupe d'appartenance ethnique et leur niveau d'instruction influencent leur perception des maladies à l'étude.

4.5.1 Le rapport âge/perception des MTN

L'âge des enquêtés donne une coloration à leur perception du corpus de maladies à l'étude. C'est ce qui apparaît sur le tableau ci-après. Il indique que face à certaines maladies, plus l'âge croît, plus les individus se montrent critiques et plus l'âge décroît, moins ils sont critiques avec d'autres.

Dans le premier cas de figure et avec des écarts plus ou moins marqués entre les différents groupes sociaux (entre 07% et 15%), sont concernées l'onchocercose (24,5% pour les enfants, 32,2 % pour les jeunes et 47,4%

pour les adultes), la filariose lymphatique (12% pour les enfants, 19,1% pour les jeunes et 23,5% pour les adultes) et la fièvre typhoïde (29% pour les enfants, 47,5% pour les jeunes et 64,1% pour les adultes). En revanche on note une régression des proportions en ce qui concerne le paludisme. Plus on évolue dans l'âge moins les enquêtés se montrent critiques face à cette pathologie (33,47% pour les enfants, 29,5% pour les jeunes et 27,02% pour les adultes).

En ce qui concerne l'ulcère de Buruli, les proportions évoluent en dents de scie. Déjà assez importante avec les enfants (66%), on note une croissance de cette proportion avec les jeunes (73,2%) et une décroissance chez les adultes (70,1%). Quant aux schistosomiasés et les verminoses intestinales, elles observent des proportions équilibrées dans les tranches d'âge [08-15] ans et [25 et +] (23%).

Tableau 10: Rapport âge des répondants/ perception des MTN

Tranches d'âge	08-15ans				16-25ans				26ans et +				total
	Grave		Pas grave		Grave		Pas grave		grave		Pas grave		
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	
Maladies													
Bilharz.	226	23	736	77	46	25	137	75	190	23	613	77	1948
Oncho.	236	24,5	726	75,5	59	32,2	124	67,8	381	47,4	422	52,2	1948
Filariose lymph.	120	12	842	88	35	19,1	148	80,9	189	23,5	614	76,5	1948
Verm.intes.	207	21	755	79	27	14	156	86	180	22,4	623	77,6	1948
Ulcère de buruli	637	66	325	34	134	73,2	49	26,8	563	70,1	240	29,9	1948
Fièvre typhoïde	281	29	681	71	87	47,5	96	52,5	515	64,1	288	35,9	1948
Palu.	322	33,47	640	67	54	29,5	129	71	217	27,0 2	586	73	1948

Source : Notre enquête de terrain sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009-août 2010

Cette variation dans la conception populaire de la gravité des MTN n'apparaît pas que dans le rapport avec l'âge. Selon qu'ils habitent à la cité ou qu'ils résident dans la partie rurale de la zone d'enquête, les enquêtés ont une approche différente du corpus de maladies qu'il leur a été demandé d'évaluer.

4.5.2 Le rapport zone d'habitation/ perception des MTN

Il ressort de la mise en rapport de la perception des MTN avec le lieu de résidence, une plus grande crainte des populations urbaines de ces problèmes de santé. Les proportions de l'échantillon les concernant sont plus élevées pour toutes les maladies sauf dans les seuls cas de la fièvre typhoïde et du paludisme comme en témoigne le tableau ci-après. Il indique que la bilharziose, la filariose lymphatique et les verminoses intestinales

ont des valeurs quelque peu équilibrées à la cité et la moyenne de 30,5% est cette valeur.

En revanche, en zone rurale, ces maladies présentent des valeurs diversifiées (22,6% pour la bilharziose, 15,9% pour la filariose lymphatique et 19,9% pour les verminoses intestinales). L'écart le plus important dans cette comparaison est celui de l'ulcère de buruli et le différentiel s'élevant à 24,7% est en faveur des urbains. Avec 50,8% à la cité contre 60,1% à la campagne et 24,5% contre 31,2%, la fièvre typhoïde et le paludisme sont plus redoutées en zone rurale.

On peut retenir de cette approche comparative que les maladies physiquement invalidantes sont de loin plus redoutées en ville qu'au village et les maladies débilitantes observent l'inverse.

Tableau 11: Évaluation des MTN selon la zone d'habitation des répondants

Zones d'habitation Perception Des MTN Maladies	urbaine				rurale			
	grave		Pas grave		grave		Pas grave	
	<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%
Bilharziose urinaire	72	31,8	154	68,2	390	22,6	1332	77,4
Onchocercose	98	43,3	128	56,7	578	33,5	1144	66,5
Filariose lymphatique	69	30,5	157	69,5	275	15,9	1447	84,1
Verminoses intestinales	69	30,5	157	69,5	343	19,9	1379	80,1
Ulcère de buruli	204	90,2	22	9,8	1129	65,5	592	34,5
Fièvre typhoïde	115	50,8	111	9,2	768	60,1	954	39,9
Paludisme	55	24,5	171	75,5	538	31,2	1184	68,8

Source : Notre enquête quantitative sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN à Taabo » mars 2009-août 2010

4.5.3 Le rapport perception des MTN / groupe d'appartenance ethnique

Ce croisement montre la perception des maladies à l'étude des différents groupes ethniques de la zone d'étude. Tenons pour rappel que l'autochtonie est constituée de baoulé et de dida. Les allochtones quant à eux sont pour une large part constitués de groupes baoulé voisins et autres entités ethniques ivoiriennes. Pour ce qui est des allogènes, plusieurs communautés partagent l'espace géographique que constitue la région de Taabo. Si les plus importantes du point de vue numérique sont les communautés burkinabées et maliennes, il n'en demeure pas moins que d'autres communautés étrangères résident dans la région. Ces communautés que nous avons désignées sous l'item autres, sont constituées de guinéens, ghanéens, togolais, libériens et mauritaniens. Cette variété ethnoculturelle semble déteindre sur la perception des problèmes de santé vécus dans la zone. On note que les populations Dida ont une plus grande crainte de la bilharziose (47%), de l'onchocercose (45%), de la filariose lymphatique (37,2%) et de l'ulcère de buruli (86,2%) que toutes les autres communautés interrogées.

Mais la proportion la plus importante de cette évaluation par communauté en ce qui concerne les verminoses intestinales se situe chez les allogènes autres (29%). Le restant des maladies à l'étude c'est-à-dire la fièvre typhoïde et le paludisme sont pour leur part plus craints par les Baoulé (50,7% et 50,6%).

Tableau12: Rapport perception des MTN / groupes d'appartenance ethnique des répondants

Grpes ethnique	Autocht. Baoulé		Autocht. dida		Allocht.		Allog. bbés		Allog. maliens		Autres Allog.	
Mal.	grav %	<i>pas</i> grav %	grav %	<i>pas</i> grav %	grav %	<i>pas</i> grav %	grav %	<i>Pas</i> grav %	Grav %	<i>Pas</i> grave %	Grav e %	<i>Pas</i> grave %
Bilharz.	19	81	47	52,9	25,64	74,3	24,9	75	29	71	16,1	83,8
Oncho.	30	69,9	45	54,9	35	35	27,7	72,2	27	73	22,5	77,4
Filar. lymph.	15,1	84,8	37,2	62,7	20,6	79,3	14,2	85,7	13	87	12,9	87,1
Vermi. Intest.	18,8	81,1	17,6	82,3	22	77,9	22,4	77,5	27	73	29	70,9
Ulcère de b.	65,6	34,3	86,2	13,7	68,3	31,6	70,4	29,5	68	32	61,2	38,7
Fièvre typh.	50,7	49,2	47	52,9	46,1	53,8	35,5	64,4	27	73	38,7	61,3
Palu.	50,6	49,3	15,6	84,3	28,7	71,2	24,19	75,8	26	74	32,2	67,7

Source : Notre enquête de terrain sur « la perception et l'attitude des communautés de Taabo face aux MTN » mars 2009-août 2010

4.5.4 Le rapport niveau d'instruction/perception des MTN

Le croisement de la variable niveau d'instruction avec la perception des maladies à l'étude indique une variation des proportions dans cette réalité. Si on n'observe pas une évolution graduelle des proportions de la gravité des maladies, il apparaît tout de même que chacune des catégories sociales redoute plus une maladie que les autres.

Les proportions les plus importantes en ce qui concerne l'onchocercose (66,6%), la filariose lymphatique (50%), l'ulcère de buruli (87,5%) et la fièvre typhoïde (83,3%) apparaissent ainsi chez les enquêtés de niveau d'étude supérieur. En revanche, cette même catégorie d'individus a une approche moins critique des verminoses intestinales et du paludisme avec une proportion de 8,3%. La bilharziose, moins grave pour les analphabètes (20,9%) est «sérieuse» pour les individus ayant atteint le niveau d'étude secondaire (26,9%).

Tableau 13: Rapport perception des MTN / niveau d'instruction des enquêtés

Niveaux d'instruct maladies	Analphabète		Primaire		Secondaire		Supérieur		Déscolarisé	
	grav %	pas grav %	grav %	pas grav %	grav %	pas grav %	grav %	pas grav %	grav %	pas grav e%
Bilharz.	20,9	79,0	25,4	74,5	26,9	73	25	75	21,6	78,3
Oncho.	34,9	65,1	40,9	59,1	51,9	48	66,6	33,3	44,1	55,8
Filariose lymph.	17,3	82,6	15,3	84,6	23	77	50	50	24,1	75,8
Vermin. intest.	24,6	75,3	18,9	8	21,1	78	8,3	91,6	22,5	77,5
Ulcère de buruli	63,9	36	69,8	30,1	73	27	87,5	12,5	75	25
Fièvre typh.	45,1	54,8	40,9	59,1	70,5	29,4	83,3	16,6	41,6	58,3
Palud.	28	71,9	32,6	67,3	28,2	71,8	8,3	91,6	34,1	65,8

Source : Notre enquête de terrain sur « *la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

4.6 Interprétation des écarts

La ruralité et l'urbanité sont selon la tradition géographique, des contextes de vie qui se caractérisent chacun par leur spécificité. Cette spécificité est faite de valeurs positives et négatives (Lucas et Tonnellier 1997). La distinction entre ces deux contextes en Afrique s'observe du point de vue de la diversité infrastructurelle, des activités de production et du niveau de vie plus élevé dans le premier cas que dans le second. En plus de ces facteurs, une autre distinction sociologique porte celle-là sur les rapports sociaux qui y sont entretenus. Hétérogènes dans un cas et plus homogènes dans l'autre, ces rapports permettent également de différencier

ville et village. Cependant pour certains auteurs ces facteurs doivent être relativisés. Selon Jean-Pierre Olivier De Sardan (1996), la distinction ville/village n'est que d'ordre structurel et ne saurait s'étendre aux représentations en matière de santé. Pour lui, les imaginaires sociaux ruraux s'adaptent parfaitement à l'écologie urbaine et les formes de pensée dans le contexte de la morbidité se prolongent du village vers la ville et vice-versa. Certains phénomènes sociaux dont les «*mouvements des populations entre les deux zones*», la diffusion de la radio et de l'école, «*le développement des réseaux marchands et le retour des anciens scolarisés au village* » sont pour l'auteur les canaux de ces formes de pensée.

On note pourtant dans le cas de Taabo, quelques écarts dans la perception de la gravité des maladies. Le tableau 11 indique que les maladies objet de l'étude apparaissent plus graves pour les citadins que pour les ruraux. Cela pourrait s'expliquer par la différence de fréquence des maladies entre zones. En effet la fièvre typhoïde et le paludisme étant reconnues comme les maladies les plus fréquentes à Taabo cité, leur récurrence est pour certains enquêtés comprise comme un indicateur de gravité (81 et 51%).

Q: Pourquoi fièvre typhoïde là lui il est très grave ?

R : Parce que c'est trop ici dans la cité. Quand tu entends que quelqu'un est malade c'est fièvre typhoïde que il a. C'est la maladie qui est beaucoup même.

On se souvient que sous d'autres cieux ouest-africains, le taux de prévalence de la bilharziose était compris comme un indicateur prédominant dans sa prise en compte comme entité pathologique. Cette influence de la fréquence d'une maladie sur sa perception apparaît également dans les conclusions du rapport d'ADRAO (op. cit.). Celles-ci nous informent que dans les zones de savane ouest africaines à endémicité

palustre saisonnière ou intermédiaire, le paludisme bénéficie d'une faible perception de ses risques et cette situation conduit à de très faibles taux d'utilisation des moyens de prévention.

En ce qui concerne l'ulcère de buruli, le fait que le pavillon soit construit à Taabo cité et de surcroît dans l'enceinte de l'hôpital général provoque une convergence des malades de divers horizons dont l'état nécessite un internement dans cette structure et cela provoque par la même occasion une psychose chez les usagers de cet établissement. Pour certains, apercevoir très souvent des mutilés de cette maladie rappelle qu'elle est grave et qu'il faut s'en méfier. La puissance divine semble alors sollicitée pour ne pas contracter la maladie. Le vœu de ne pas contracter la maladie est corréler par le recours aux établissements sanitaires pour diagnostic lorsque la moindre infection cutanée est observée.

« Façon je vois les gens avec beaucoup de bande sur eux quand je vais à l'hôpital et puis ils peut pas bien marcher là moi j'ai peur de la maladie là dè. Et puis y a des enfants même qui ont çaah moi je prie dieu pour que ça ne me prend pas dê, parce que y'en a trop ici...on dit si tu as petit bouton faut partir montrer à l'hôpital là-bas si c'est pas ça ».

Conclusion partielle

L'identification populaire des problèmes de santé récurrents dans la zone a permis de répertorier toutes les maladies que les populations pensent être fréquentes dans leur cadre de vie. On retiendra qu'en plus des MTN dont certaines sont très faiblement vécues selon les populations, les diarrhées, les IRA, les dermatoses, les maladies digestives, les maladies

cardiovasculaires et les IST sont les problèmes de santé auxquels les populations de Taabo se disent constamment confrontées.

Au sujet de la perception de ceux-ci, on note une réaction mitigée. L'interrogation portant sur la situation précise des MTN en ce qui concerne la gravité ou non de celles-ci nous a donné de constater qu'avec 68,5%, l'ulcère de buruli est perçu comme la plus grave atteinte à la santé de toutes les maladies fréquentes de la zone mais également du corpus de maladies à l'étude. La fièvre typhoïde est la maladie non invalidante la plus grave (45,4%) et elle est suivie de l'onchocercose (34,7%). Le paludisme qui a été identifié comme la maladie la plus récurrente de la zone (88%), est perçu comme une maladie grave par 30% de l'échantillon. Les maladies pensées moins «sérieuses» sont la bilharziose (23,7%), les verminoses intestinales (21,3%) et la filariose lymphatique (17,7%).

Par ailleurs, la mise en rapport de la perception de ces maladies avec les caractéristiques sociodémographiques lieu de résidence, âge, niveau d'instruction et groupe d'appartenance ethnique des enquêtés indique que ces maladies ne sont pas vécues de la même façon par ces différents groupes sociaux. On observe que ces variables influencent la perception de certaines maladies et dans d'autres cas non. Dans les cas où elles agissent sur la perception de la maladie, elle est plus forte au fur et à mesure que l'âge croît. En nous référant au constat selon lequel urbains et ruraux situent les maladies les plus graves parmi celles auxquelles ils se disent fréquemment confrontés, on peut faire l'hypothèse que la fréquence de la maladie en influence la perception de la gravité.

En outre, si ce chapitre dresse une hiérarchisation des MTN selon leur gravité dans la population globale et des modèles classificatoires en rapport avec les différentes caractéristiques sociodémographiques, il ne nous

renseigne pas encore sur les connaissances populaires portant sur leur mode de transmission. C'est ce que le chapitre suivant montrera.

CHAPITRE V :

Attitude populaire face à la causalité et aux complications organiques des MTN

Introduction

Plusieurs facteurs sont indexés pour expliquer la précarité sanitaire en Afrique. S'il faut noter que ces facteurs varient en fonction des disciplines, on observe que certains d'entre eux se caractérisent par leur constance. Ainsi, sont citées les politiques de santé (M'boukou, op. cit.), la faiblesse des dépenses de santé (Perrin, 1998; Lambert, 2001; Ridde, 2003), les dysfonctionnements des systèmes de santé (Koné, 1998) et les rapports des populations africaines à la maladie.

Cette dernière dimension de la problématique de la santé en Afrique a été largement abordée par les socio-anthropologues dont les conclusions montrent que pour les africains, la maladie est un phénomène mystérieux par ses origines et par sa prise en charge. La relégation de la causalité bactérienne à un niveau second implique une diversité de comportements lorsque la maladie survient dans nos sociétés.

Entre « *soins domestiques profanes* » (Saillant, 1999) et recours institutionnel spécialisé, les origines et la perception communautaire des complications organiques du trouble façonnent les orientations subséquentes. Par conséquent pour Ouédraogo (2004) les activités de C.C.C devraient privilégier l'éducation communautaire au sujet de ces questions. L'intégration des questions portant sur le mode de transmission et les complications organiques des MTN dans notre démarche à Taabo s'inscrit dans cette optique d'évaluation du niveau de connaissance de ces maladies.

Le présent chapitre s'articule autour de la connaissance de ces dimensions des MTN par la population globale et par les différentes catégories sociales enquêtées.

5.1 La connaissance du mode de transmission

En parlant ici de « *connaissance du mode de transmission* », nous penchons pour l'idée que se font les populations du processus de contraction de ces maladies. Rappelons ici que le mode de transmission des MTN selon les disciplines biomédicales a été indiqué dans la première partie de l'étude précisément au chapitre I.

En plus de ce que cela par ailleurs fait partie du paquet minimum d'activités (PMA)³, les personnels soignants ont été sollicités pour faire de la prévention. Ces personnels, leur relais locaux (ASC) et le corps enseignant interrogés ont affirmé jouer le rôle qui leur a été confié par leurs hiérarchies respectives⁴ dans la lutte contre les MTN.

³ Le PMA propre au centre de santé dont la liste se trouve dans l'arrêté n° 741/MSP/CAB du 9/12/96 est composé d'activités minimales qu'il est souhaitable d'exécuter au CS pour que celui-ci atteigne les objectifs de soins adéquats. Il tient compte des besoins et des priorités de la population locales.

Le PMA actuel comprend :

- les soins curatifs organisés de façon rationnelle par l'utilisation d'ordinogramme et de médicaments essentiels par l'organisation d'un système de référence systématique à l'hôpital dès qu'un cas requiert un niveau technique élevé
- Les soins et le suivi actif des malades chroniques
- les soins préventifs avec suivi actifs des groupes à haut risque
- les activités promotionnelles
- le dialogue et la participation à tous les niveaux de contact avec la population.
- la gestion du centre de santé
- la recherche-action, la formation, la supervision et l'évaluation intégrée par l'équipe cadre du district (Manuel des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact édition.

⁴ Les services administratifs impliqués dans cette approche préventive participative étaient les personnels soignants et le corps enseignant. Ils ont été conviés aux activités depuis le lancement du DSS à Taabo. En ce qui concerne le milieu scolaire, pour traduire dans les actes les responsabilités à eux confiés par l'inspection de l'enseignement primaire locale, les enseignants ont aménagé des espaces dans leur emploi du temps qu'ils ont consacrés à la sensibilisation antibilharzienne et contre l'ulcère de buruli. Des séances de C.C.C auxquelles tous les écoliers ont pris part se sont déroulées également les lundis matin lors du salut aux couleurs.

En ce qui concerne les ASC, il s'agissait entre autres activités pour eux de répercuter l'information portant sur les problèmes de santé vécus dans la zone sur les populations. De manière concrète, ils étaient chargés d'instruire les populations - (i) au moyen de réunions communautaires, (ii) de visites à domicile et (iii) de C.C.C - lors des campagnes de vaccination des méthodes d'évitement de ces maladies. Notons toutefois que toutes les maladies n'ont pas fait partie de ces activités. Ont surtout été concernés par la sensibilisation des agents de santé communautaire, le paludisme, l'ulcère de buruli et la bilharziose.

Le personnel de santé quant à lui a affirmé avoir procédé à des séances de sensibilisation à l'occasion des consultations en routine mais aussi de façon tournante dans les différentes localités de la zone. L'enjeu de cette démarche participative était que communautés villageoises et écoliers puissent identifier ces problèmes de santé à partir des tous premiers signes cliniques et que de manière diligente qu'ils s'en remettent au centre de soins pour que des soins leur soient prodigués.

Pourtant ces connaissances populaires relatives au processus de transmission et /ou de contamination comparées à ceux proposées par la biomédecine nous a permis de relever quelques écarts.

5.1.1 Dans la population globale

Dans l'ensemble, le niveau de connaissance du mode de transmission des MTN est assez bas. Avec 3,5% et 2,5% de l'échantillon, le paludisme et l'ulcère de buruli sont les plus connues de ces maladies et la filariose

Mais à l'occasion du lancement du Dss, tous les villages de la zone ont été conviés à un programme de sensibilisation sur les MTN vécues dans la zone. A cette occasion, on a informé les communautés villageoises sur les causes et mode de transmission de chacune de ces maladies.

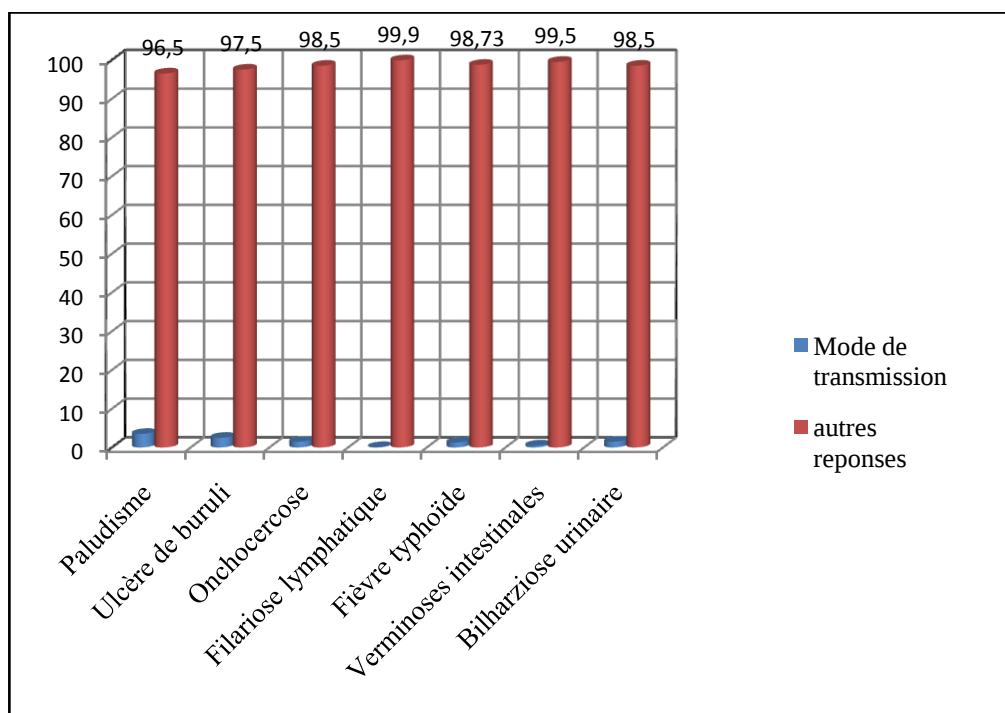
lymphatique (0,1%), les verminoses intestinales (0,5%), la fièvre typhoïde (1%), la bilharziose et l'onchocercose (1,5%) sont les moins connues.

On note par conséquent dans cette partie de l'enquête que les proportions les plus importantes enregistrées sont celles des réponses désignées sous l'item «*toutes autres réponses* ».

Sous cet item, ont été regroupées aussi bien les catégories causales enregistrées lors de l'enquête qualitative par focus group que la catégorie des « *ne sais pas* » (NSP). Ainsi la proportion de 96,5% de la population enquêtée a penché pour les catégories sus-indiquées en ce qui concerne le paludisme. Cette proportion est moins importante que celle de l'ulcère de buruli (97,5%).

L'onchocercose (98,5%), la bilharziose (98,5%), la fièvre typhoïde (98,73%), les verminoses intestinales (99,5%) et la filariose lymphatique (99,9%) sont ainsi les maladies dont les modes de transmission scientifiques sont les plus ignorés dans la population globale de Taabo.

Figure 11: Connaissance du mode de transmission des MTN dans la population globale



Source : Notre enquête de terrain sur « *la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* », mars 2009-août 2010

Ce graphique nous renseigne sur le niveau de connaissance du mode de transmission des MTN. Comment ces pourcentages d'individus instruits de cette réalité se répartissent-ils entre les variables sociodémographiques: lieu de résidence, groupe d'appartenance ethnique et niveau d'instruction ?

5.1.2 Le rapport mode de transmission/zone d'habitation

En fait, qu'ils habitent à la cité ou en zone rurale, dans l'ensemble, très peu d'enquêtés nous ont donné des réponses proches de ceux proposées par

la biosciences. On note cependant quelques différences d'une maladie à l'autre.

Le paludisme, l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde sont ainsi plus connus en zone urbaine. Ils représentent respectivement 19%, 6,6% et 5,3% de cette population contre 1,4%, 1,7% et 0,5% de celle des villages.

En revanche, la bilharziose urinaire et l'onchocercose partageant la même proportion d'enquêtés dans la zone rurale (1,6% de l'échantillon) y sont mieux connues qu'à la cité où seulement 0,8% d'individus ont pu situer le « *contact avec une eau infectée* » et les « *piqures de simulies* » comme mode de contamination de ces deux maladies.

Les verminoses et la filariose lymphatique sont les moins connues dans les deux milieux mais avec 0,5% pour les parasitoses intestinales et 0,1% pour la filariose, les populations rurales sont moins ignorantes que celles de la zone urbaine (0%, pour ces deux maladies).

Tableau 14: Rapport *mode de transmission des MTN/zone d'habitation des répondants*

Zones d'habitation		urbaine		rurale	
		<i>eff</i>	%	<i>eff</i>	%
paludisme	Piqûre d'anophèle	43	19	26	1,4
	Toutes autres réponses	183	99,6	1696	98,4
Ulcère de buruli	Piqûre d'insectes vivant près des marécages	15	6,6	30	1,74
	Toutes autres réponses	201	93,4	1692	97,6
Fièvre typhoïde	Ingestion d'aliments souillés ou transmission interhumaine	12	5,3	10	0,5
	Toutes autres réponses	214	95,6	1712	98,8
Vermínoses intestinales	Ingestion d'aliments parasités ou contact des entres orteils avec sol parasité	0	0	9	0,5
	Toutes autres réponses	226	100	1713	99,5
Filariose lymphatique	Piqûre de moustiques	0	0	2	0,1
	Toutes autres réponses	226	100	1720	99,9
Bilharziose urinaire	Contact avec eau souillée	2	0,8	28	1,6
	Toutes autres réponses	224	99,2	1694	98,4
onchocercose	Piqûre de mouchérons	1	0,4	29	1,6
	Toutes autres réponses	225	99,6	1693	98,4

Source: Notre enquête quantitative sur « *la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

5.1.3 Le rapport groupe d'appartenance ethnique/mode de transmission

Les six (6) groupes ethnolinguistiques identifiés dans le cadre de l'enquête quantitative ont des approches différentes de la causalité des MTN. On note des variations entre groupe dans la connaissance du processus de transmission de ces maladies.

Le tableau ci-après indique que les communautés allogènes autres rassemblant les guinéens, les ghanéens, les mauritaniens, les togolais et autres ont la proportion la plus élevée (6,45%) en ce qui concerne la transmission du paludisme. En revanche parmi les autochtones, les baoulé étaient les plus informés (5,81%) de cette réalité tandis que les dida ont affiché une proportion de 00%.

Pour ce qui est de la causalité de l'ulcère de buruli, l'autochtonie baoulé, les allochtones et les ressortissants burkinabés ont la moyenne la plus importante (02%). En revanche avec 00%, les allogènes sont les plus ignorants de cette réalité.

On se souvient par ailleurs que dans la première partie de l'étude, les chefferies et notabilités dida d'Amanimenou et de Sokrogbo avaient affirmé ne pas connaître l'onchocercose. Il ressort également des données quantitatives que cette population ainsi que celle des autres allogènes sont les moins informées (00%) du processus de transmission de cette maladie.

Avec 2,26% de la tranche de l'échantillon les concernant, les autochtones baoulés ont plus penché pour les « piqûres de simulies » dans la causalité de cette maladie. Les 2 individus sachant le processus de contraction de la filariose lymphatique se répartissent entre autochtone baoulé (0,14%) et les allochtones (0,12%). De même, la fièvre typhoïde

n'est mieux connues que par les autochtones baoulé (0,13%) et des allochtones (0,41%).

Quant aux parasitoses intestinales, les allochtones ont plus situé l'«*ingestion d'aliments parasités*» ou le «*contact des entres orteils avec un sol parasité*» dans leur causalité (4%) alors que les dida, les maliens et les allogènes autres font chacune 00% de leur tranche d'échantillon.

L'une des maladies parmi les plus vécues dans la zone et paradoxalement l'une des moins connues est la bilharziose. Seulement 1,41% des autochtones, 1,96% des dida et 1,06% des burkinabés, 0,51% des allochtones et 00% des allogènes “autres” en savent le mode de transmission.

Tableau15: Rapport *groupe d'appartenance ethnique des répondants / mode de transmission*

Groupes d'appartenance ethnique		Autocht Baoulé	Autocht Dida	Allocht	Allog Bbés	Allog. Maliens	Autres Allog.
Maladies et Modes transmission							
		%	%	%	%	%	%
Palu.	<i>Piqure d'anophèle</i>	5,8	00	2,9	0,7	01	6,4
Ulcère de b.	<i>Piqure d'insectes vivant près des marécages</i>	2,1	96	2,8	2,4	00	00
Oncho.	<i>Piqure des simules</i>	2,2	00	1,1	1	02	00
Filar lymph.	<i>Piqure de moustique</i>	0,1	00	0,1	00	00	00
Fièvre typh.	<i>Ingestion d'aliments souillés ou transmission interhumaine</i>	1,1	00	1,4	0	01	00
Verm. Intest.	<i>Ingestion d'aliments parasités ou contact des entres orteils avec sol parasité</i>	0,2	00	04	1	00	00
Bilh.	<i>Contact avec eau contaminée</i>	1,4	1,9	0,5	1	01	00

Source: Notre enquête quantitative sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009-août 2010

5.1.4 Le rapport niveau d'instruction/mode de transmission

La mise en rapport du niveau d'instruction et du mode de transmission indique également quelques écarts entre les différents groupes sociaux. Ce rapport révèle que certaines catégories sociales sont plus au fait des procédés de propagation de certaines maladies que d'autres. On note même que dans certains cas, le nombre d'individus informés de cette réalité est de zéro (0). 8,7% des enquêtés du niveau secondaire, 4,4% du primaire et 1,7% des analphabètes ont situé la « *piqûre de l'anophèle* » à l'origine du paludisme. Cette réponse a été proposée par seulement 0,8% des déscolarisés et par 0% de ceux du supérieur.

Le mode de transmission de l'ulcère de buruli est quant à lui plus connu par les analphabètes, le niveau d'étude primaire et les déscolarisés et leur proportion représente une moyenne de 2% dans leur tranche d'échantillon respective. Mais ceux du niveau d'étude secondaire en sont plus informés (1,9%) que ceux du niveau d'étude supérieur (0%).

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les enquêtés du niveau d'étude supérieur ont semblé en être plus instruits (8,3%). Ils sont suivis des enquêtés des niveaux d'étude primaire et secondaire dont les pourcentages sont de 1,2% pour chacun de leur groupe. Quant aux analphabètes et les déscolarisés qui sont les plus ignorants du mode de transmission de cette maladie, leur proportion est 0,8% et de 0%.

La répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction montre que les enquêtés de niveau d'étude supérieur sont totalement ignorants (0%) de la transmission des verminoses intestinales. En outre, le restant des groupes sociaux pouvant situer l'« *ingestion d'aliments infectés* » ou le « *contact des entres orteils avec un sol parasité* » comme mode de contraction de cette

maladie varie entre 0,4 et 0,8% (0,4% pour les analphabètes et le niveau d'étude primaire, 0,6% pour les secondaires et 0,8% pour les déscolarisés).

Les modes de transmission de l'onchocercose et de la bilharziose sont sus chacune par 30% de l'échantillon global. Les 30 enquêtés situant les « *piqures de simulies* » à l'origine de l'onchocercose sont en majorité les enquêtés du niveau secondaire (5,7%), du niveau supérieur (4,1%) et les analphabètes (1,7%), les autres niveaux d'instruction gravitant autour de 1%. Quant à la bilharziose urinaire, son mode de transmission a une distribution toute aussi hétérogène parmi les groupes sociaux en présence. Ceux situant le « *contact avec l'eau infectée* » sont ceux du primaire (2,6%), les déscolarisés (1,6%), ceux du secondaire (1,2%) et les analphabètes. On note une méconnaissance totale chez les enquêtés du niveau d'étude supérieur (0%).

La transmission de la filariose lymphatique est la moins connue de toutes. Les 0,1% d'individus ayant reconnus que cette maladie est due à une « *piqûre de moustique* » se répartissent entre les déscolarisés (0,8%) et le niveau d'étude primaire (0,1%).

Tableau 16: Rapport *mode de transmission/ niveau d'instruction des répondants*

Niveaux d'instruction Maladies et modes de transmission		Analphabète		Primaire		Secondaire		Supérieur		Déscolarisés	
		eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Palu	Piqûre d'anophèle	12	1,7	42	4,4	14	8,9	00	00	01	0,8
Ulcère de buruli	Piqûre du cafard d'eau douce	15	2,1	24	2,5	03	1,9	00	00	03	2,5
Fièvre typh.	Ingestion d'aliments souillés ou transmission interhumaine	06	0,8	12	1,2	02	1,2	02	8,3	00	00
Verm. intest	Ingestion d'aliments parasités ou contact des entres orteils avec sols parasités	03	0,4	04	0,4	01	0,6	00	00	01	0,8
Bilharz	Contact avec eau infectée	01	0,1	25	2,6	02	1,2	00	00	02	1,6
Oncho.	Piqûre de simolie	12	1,7	07	0,7	09	5,7	01	4,1	01	0,8
Filar. lymph	Piqûre de moustique	00	00	01	0,1	00	00	00	00	01	0,8

Source: Notre enquête quantitative de terrain sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

L'observation de ces résultats nous montre que la connaissance du mode de transmission de ces maladies n'est pas subordonnée ipso facto aux caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. Les différents croisements entre la variable « mode de transmission » et les catégories d'individus ont montré que certaines étaient mieux connues par rapport à d'autres. Outre le mode de contraction, la connaissance de l'impact médicosocial des maladies à l'étude constituait pour nous l'autre moyen d'apprécier le niveau de connaissance populaire de ces maladies.

5.2 La connaissance des complications physiopathologiques des MTN

La question, «*Quelles sont les conséquences médico-sociales de chacune de ces maladies?*» traduite pour une meilleure compréhension face aux enquêtés par, «*si vous attrapez la maladie là et puis vous ne vous soignez pas vite, comment vous sentirez-vous?*» portait sur une étape de progression de la maladie. Non celle relative à l'arrêt de la vie organique mais seulement celle des modalités d'aggravation spécifique à chaque trouble morbide avant cette étape ultime. Aussi avons- nous retenu ipso facto dans les réponses des enquêtés l'une des modalités proposées dans le tableau ci-après. On peut noter dans cette rubrique de l'enquête que les populations ont manifesté une meilleure réaction que dans la connaissance du mode de transmission.

Après avoir présenté ce niveau de connaissance dans la population globale, il sera mis en rapport avec les variables relatives à la zone d'habitation, au niveau d'instruction et au groupe d'appartenance ethnique afin d'en ressortir les variations.

5.2.1 Dans la population globale

À la différence du mode de transmission, on note dans ce registre que les populations ont manifesté une meilleure réaction vis-à-vis de ces maladies. Ainsi les trois maladies invalidantes en plus du paludisme présentent d'importantes proportions dans l'échantillon. Cela suppose de facto que ces 3 problèmes de santé sont les plus couramment identifiés dans la zone d'étude.

De toutes les maladies non-handicapantes, le paludisme est celles dont les populations ont pu indiquer les modalités d'aggravation à 30%. Mais le

« *risque d'handicap physique; d'anémie et de contraction du tétanos* », qui constitue l'impact médicosocial de l'ulcère de buruli est de loin celui qui est le plus connu. 83% des personnes interrogées ont cité au moins l'une de ces complications de cette maladie comme constituant un risque auquel s'expose tout individu atteint et ne bénéficiant pas de soins.

Tableau 17: Connaissance des conséquences médicales des MTN dans la population globale

Maladies	Conséquences médicales	eff	%
<i>Paludisme</i>	insuffisance rénale, anémie sévère	580	30
	Autres réponses	1368	70
<i>Ulçère de buruli</i>	Risque d'handicape physique, anémie, risque tétanique	1619	83
	Autres réponses	329	17
<i>Fièvre typhoïde</i>	Perforation de la paroi intestinale	17	0,8
	autres réponses	1931	99,2
<i>Verminoses intestinales</i>	Anémie, boulimie	5	0,3
	Autres réponses	1943	99
<i>Bilharziose</i>	Cancer de la vessie, cirrhose, fibrose, anémie	6	0,3
	Autre réponse	1942	99
<i>Filariose lymphatique</i>	hypertrophie de l'organe affecté	282	14
	Autres réponses	1666	86
<i>Onchocercose</i>	Dépigmentation, Cécité	513	27
	Autres réponses	1434	73

Source : Notre enquête quantitative sur la « *perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

On peut clairement faire le constat sur le tableau ci-dessus que hormis le paludisme, les complications médicales des autres maladies non-handicapantes sont très peu connues. La fièvre typhoïde, pourtant parmi les plus récurrentes et les plus redoutées ne représente que 0,8% de l'échantillon. Mais avec 0,3% de l'échantillon, la bilharziose et les verminoses intestinales occupent toutes les deux le bas du classement.

Comment cette proportion de personnes informées des conséquences médicales des MTN se répartit-elle entre les zones de résidence urbaine et rurale?

5.2.2 Par zone d'habitation

Le croisement de la variable connaissance de l'impact médical avec celle de la zone d'habitation des enquêtés indique que les populations urbaines sont plus au fait des risques de détérioration organique que représente la situation d'aggravation de ces maladies. Si ce constat est perceptible au niveau de toutes les maladies de l'étude, l'ulcère de buruli est de loin la plus connue de toutes aussi bien en ville qu'au village (95% contre 81,5%) et les maladies non-handicapantes -fièvre typhoïde (4,4% à la cité contre 0,4% à la campagne), verminoses intestinales (2,2% à la cité contre 00% au village) et la bilharziose (1,7% à la cité contre 0,1% au village) sont ici aussi les moins connues dans les deux zones.

Tableau 18: Rapport connaissance de l'impact médical des MTN/zone d'habitation des répondants

Maladies et Conséquences Médicales		Zones d'habitation		urbaine		rurale		Total eff
		eff	%	eff	%	eff	%	
Palu	<i>insuffisance rénale, anémie sévère</i>	58	69,9	422	24,5	580		
	<i>Toutes autres réponses</i>	68	30,1	1300	75,5	1368		
Ulcère de buruli	<i>Risque d'handicap physique, anémie, risque tétanique</i>	215	95	1404	81,5	1619		
	<i>Toutes autres réponses</i>	11	05	318	18,5	329		
Fièvre typh.	<i>Perforation de la paroi intestinale</i>	10	4,4	07	0,4	17		
	<i>Toutes autres réponses</i>	116	95,6	1715	99,6	1931		
Vermi intest	<i>Anémie, boulimie</i>	05	2,2	00	00	5		
	<i>Toutes autres réponses</i>	21	97,8	1722	100	1943		
Oncho	<i>Dépigmentation, Cécité</i>	47	65	366	21,2	513		
	<i>Toutes autres réponses</i>	79	35	1356	78,8	1434		
Bilhar	<i>Cancer de la vessie, cirrhose, fibrose</i>	04	1,7	02	0,1	6		
	<i>Toutes autres réponses</i>	22	98,2	1720	99,9	1942		
Filar lymph	<i>hypertrophie de l'organe infecté</i>	95	42	187	10,8	282		
	<i>Toutes autres réponses</i>	31	58	1535	89,2	1434		

Source: Notre enquête de terrain sur la « perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009- août 2010

5.2.3 Le rapport niveau d'instruction des enquêtés/connaissance des conséquences médicales des MTN

Le rapport entre le niveau d'instruction et la connaissance des conséquences médicales des MTN montre que les niveaux d'étude les plus élevés sont les plus instruits des complications organiques de ces maladies. Les enquêtés du niveau secondaire, du supérieur et les déscolarisés sont ceux qui affichent les plus grandes proportions dans ce croisement de variables.

Dans cette catégorie d'individus, il n'apparaît pas les écarts qu'on pouvait observer entre maladies handicapantes et maladies non handicapantes dans la population globale. Certaines maladies non invalidantes telles que la fièvre typhoïde et le paludisme ont des proportions plus grandes que l'onchocercose et la filariose lymphatique dont les taux de connaissance étaient plus élevés dans la population globale. Ces filarioses apparaissent même dans cette catégorie d'individus comme les maladies les moins connues. Le tableau ci-après indique stricto sensu que l'ulcère de buruli est la maladie la mieux connue par tous les niveaux d'étude, ces proportions de populations variant entre 71% (chez les déscolarisés) et 86% (chez les primaires).

Des analphabètes, les complications des maladies telles que la fièvre typhoïde, les verminoses intestinales et la bilharziose urinaire sont totalement méconnues, leur taux étant de 00%.

Tableau 19: Rapport niveau d'instruction/connaissance des conséquences médicales des MTN

Niveaux d'instruction		Analph.		Prim.		Second.		Sup.		Désc.		Tot eff
Maladies et impacts médicosociaux		eff	%	eff	%	eff	%	Ef	%	eff	%	
Palu.	insuffisance rénale, anémie sévère	133	18,9	255	26,9	75	48	22	91,6	95	79,1	580
Ulcère de buruli	Séquelles physiques, anémie, risque tétanique	572	81	814	86	130	83,3	18	75	85	71	1619
Fièvre typh.	Perforation de la paroi intestinale	00	00	00	00	3	1,9	9	37,5	5	4,1	17
Vermin. Intest.	Anémie, boulimie	00	00	00	00	00	00	4	16,6	1	0,8	05
Oncho.	dépigmentation, Cécité	106	15	135	14,2	145	92,9	22	91,6	105	87,5	513
Bilharz.	Cancer de la vessie, cirrhose, fibrose	00	00	00	00	00	00	04	16,6	2	1,6	6
Filar. lymph.	Invalidité, déformation	55	7,8	85	8,9	52	33,3	20	86,3	70	58,3	282

Source : Notre enquête quantitative de terrain sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » Mars 2009-Août 2010

5.2.4 Le rapport groupe d'appartenance ethnique/connaissance des conséquences médicales des MTN

Les complications de l'ulcère de buruli sont les plus connues dans toutes les communautés enquêtées. C'est seulement face à cette maladie que 6 communautés parmi les 07 rencontrées ont affiché des pourcentages

les élevés. Seuls les allogènes « autres » semblent connaître les complications du paludisme (9,67%) que celles de l'ulcère de buruli (3,22%).

En revanche la bilharziose urinaire est totalement ignorée. Les proportions la concernant varient entre 00% (chez les dida) et 1% (chez les burkinabés). Le tableau ci-après témoigne de ce que dans l'ensemble, les populations indexées sous l'item, « allogènes autres » sont les moins instruites des effets des MTN. Des 7 problèmes de santé à l'étude, seuls le paludisme, l'ulcère de buruli et avec un taux très faible la fièvre typhoïde sont connues par elles. Ce tableau montre également que les autochtones baoulé connaissent mieux que toutes les autres communautés les complications médicales des problèmes de santé de leur milieu.

Tableau 20: Rapport *groupe d'appartenance ethnique des répondants/connaissance de l'impact médical des MTN*

Groupes d'appartenance ethniques		Autocht baoulé %	Autocht dida %	Allocht %	Allog bubés %	Allog maliens %	Autres allog. %
Maladies et Impacts médicosociaux							
Palu.	<i>Insuffisance rénale, anémie sévère</i>	1,8	00	1,4	1,4	04	9,6
Oncho.	<i>Cécité, dépigmentation</i>	9,5	3,9	8,8	4,9	6,4	00
Ulcère de buruli	<i>Séquelles physiques, anémie, risque tétanique</i>	18,4	25,4	19,3	19,2	07	3,2
Fièvre typh.	<i>Perforation de la paroi intestinale</i>	0,5	3,9	0,8	1,0	00	3,2
Vermin. intest.	<i>Anémie, boulimie</i>	0,2	00	0,3	00	00	00
Bilharz.	<i>Cancer de la vessie, cirrhose, fibrose</i>	0,1	00	0,3	0,3	01	00
Filar.Lymph.	<i>Hypertrophie de l'organe atteint</i>	4,1	1,9	2,8	2,8	00	00

Source : Notre enquête quantitative de terrain sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009-août 2010

Ces résultats portant sur les processus de transmission des MTN et sur leurs complications organiques nous permettent d'évaluer le niveau de connaissance de ces problèmes de santé. À l'observation des différents tableaux ci-dessus présentés et en nous référant aux résultats d'enquête qualitative (première partie de l'étude), on peut aisément conclure que les MTN sont très peu connues ou même elles le sont assez vaguement. Aussi plusieurs hypothèses peuvent-elles permettre de rendre compte de cette attitude des populations.

5.3 Interprétation des données statistiques observées

Divers facteurs pourraient expliquer l'attitude des populations face aux causes et aux complications organiques des MTN. On peut classer ces facteurs en deux groupes. Il s'agit de facteurs favorisant la connaissance du mode de transmission et l'impact médical des MTN et de facteurs minorant cette même réalité.

5.3.1 Les facteurs majorants

Le fait que certaines MTN soient plus connues du point de vue de leur mode de transmission et de leurs conséquences médicales dans cette zone n'est véritablement pas une surprise. Deux facteurs peuvent justifier cette situation. Il s'agit de la chronicité de la maladie et des campagnes de sensibilisation dans la zone d'étude.

5.3.1.1 L'endémicité

Une maladie est dite endémique dans une zone géographique donnée si elle persiste sur une longue période dans ladite zone. Par ailleurs la situation morbide à Taabo comme partout en Côte d'Ivoire est représentée pour une large part par l'endémie palustre dont la prévalence a connu une recrudescence pendant les trois dernières années (MDMSCS, rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000; DIPE, annuaire des statistiques sanitaires 2001–2008) précédant l'enquête dans le seul air sanitaire de

l'hôpital général de Taabo⁵. Le paludisme est ainsi la première cause de consultation dans la zone.

Taabo est en outre considéré comme une zone hyper endémique de l'ulcère de buruli. Durant la période susmentionnée, 519 cas de cette maladie ont été notifiés dans la sous-préfecture de Taabo. Cette forte prévalence peut constituer un facteur ayant contribué à la connaissance de l'implication de l'action vectorielle de l'anophèle et du cafard d'eau douce dans les morbidités palustre et mycobactérienne. Plusieurs travaux portant sur le VIH/SIDA montrent ainsi que le fait que cette pathologie soit pandémique en Côte d'Ivoire en influence la connaissance du mode de transmission et des conséquences médicales. De même, la raréfaction des deux filarioses (l'onchocercose et la filariose lymphatique) dans la zone d'étude durant ces dernières années peut sans doute expliquer la méconnaissance de leur mode de transmission.

Cette raréfaction en ce qui concerne l'onchocercose est expliquée par des facteurs environnementaux notamment le ralentissement du courant fluvial dû à la construction du barrage hydroélectrique sur le fleuve Bandama en 1979. Cet ouvrage constitue un facteur de rupture de ce biotope par la diminution de la population des simulies, vecteurs de la maladie. On peut par conséquent penser que la faiblesse de la proportion d'individus ayant pu identifier la « *piqûre de similie* » est due au fait que les populations jeunes mais également celles des adultes ayant migrée dans la zone après cette modification des conditions naturelles locales, connaissaient très peu cette maladie. Seulement 04 cas ont été notifiés dans le district sanitaire de Tiassalé en 2008 selon les données les plus récentes concernant cette filariose.

⁵ Tenons pour rappel -puisse que ces données sont présentées dans la problématique- que le paludisme a 387 cas en 2006, 506 cas en 2007 et 556 cas en 2008 à l'hôpital général de Taabo (registre de consultation de l'hôpital général de Taabo)

Quant à la filariose lymphatique, on se souvient que dans la première partie de l'étude, son appartenance au paradigme des maladies à causalité surnaturelle était la plus répandue. Le seul cas notifié de cette filariose résidant à Ahondo est observé comme une véritable bizarrerie, en témoigne cette réaction régulièrement observée lors de la collecte des données lorsque les enquêtés voulaient nous prouver qu'ils avaient reconnu la maladie.

« *Han han han⁶ la maladie-là, y a un monsieur qui a ça à Ahondo* ».

Pour ce qui est de la connaissance des conséquences médicales, les maladies incapacitantes sont parmi les plus connues. Cela peut trouver son explication dans le caractère empiriquement observable et externe de leur impact sur l'organisme. Les différentes formes d'invalidité physique effet de l'ulcère de buruli, de l'onchocercose et de la filariose lymphatique ont pu faire la différence avec les maladies dont les conséquences médicales sont plus internes à l'organisme. L'esprit humain ne juge-t-il pas avec plus de promptitude ce qui tombe sous le coup de ses sens? La philosophie de l'empirisme nous apprend en effet que la sensation est « *grande source de la plupart des idées que nous avons* » (Locke, 1670).

En partant du constat que les maladies dont les modes de transmission sont les plus connues sont celles qui sont les plus récurrentes et celles dont les conséquences médicales sont les plus connues sont les maladies invalidantes, On peut donc faire l'hypothèse que la chronicité et les conséquences médicales externes des maladies en influencent la connaissance.

⁶Très usité dans le parler courant ivoirien, cette locution ramène au fait que l'individu a enfin assimilé ou compris ce dont on lui parlait depuis.

5.3.1.2 La communication pour un changement de comportement (C.C.C)

Face à la forte récurrence du paludisme, de l'ulcère de buruli et de la bilharziose, des initiatives de communication pour un changement de comportement (C.C.C) ont été entreprises à Taabo. Les schistosomias par exemple parmi les plus vécues des MTN avaient eu leur prévalence d'infection passant de 21% en 1998 à 80% en 2001 dans la population écolière (CSRS, Rapport d'activité op. cit.). Les mesures prophylactiques sur ces maladies consistaient pour ce qui est de la prévention antipalustre⁷ à situer l'anophèle comme le vecteur du paludisme et subséquemment à vulgariser l'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

Pour ce qui est de l'ulcère de buruli, nous avons situé le rôle de l'organisation MAP International dans sa prévention. Quant à la bilharziose, sa prévention avait également fait l'objet d'information dans la zone de la part du CSRS durant ces dernières années⁸. Ces actions de prévention en plus de celles conduites sur le terrain par les ASC ont dû contribuer à la connaissance du mode de transmission de ces problèmes de santé dans la population puisse que les maladies les plus connues figurent parmi celles sur lesquelles ont porté les activités de sensibilisation. Lionnel (1978) a abouti à une conclusion similaire au Sénégal. Analysant la perception des maladies dans ce pays, l'auteur a observé des modifications dans la conception populaire sur celles qui font plus objet de tapage

⁷À cette occasion, il a été porté à la connaissance des populations certaines informations sur la transmission du paludisme dont l'un des moyens sûr de prévention devait être l'élément nouveau qu'est la moustiquaire imprégnée dans le quotidien des populations.

⁸Le rapport d'activité du CSRS (op cit.) nous apprend que depuis les années 90, un partenariat de recherche scientifique avait été initié entre l'institut tropical suisse (ITS), le Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) et l'Université de Cocody. Le but de ce partenariat était de conduire une recherche appliquée, d'expérimenter et d'appuyer des actions de lutte contre les parasitoses en Côte d'Ivoire, qui connaît une hyper-endémicité du paludisme, des schistosomias et des géohelminthiases. Taabo faisant partie des régions les endémiques de ces maladies, a connu la conduite de travaux de recherche entrant dans ce cadre.

médiatique avant les campagnes de vaccination. Il soutient ainsi que les 18% d'enquêtés ayant pu situer les origines et la gravité de la poliomyélite le doivent aux conseils des ASC, des média et des personnels de santé.

5.3.2 Les facteurs minorants

La prégnance des imaginaires sociaux liés à la causalité des maladies constituent un frein à l'assimilation des causes biomédicales de celles-ci. Cette situation qui relève d'une « *résistance représentationnelle* » est pour Laurent (1999) le facteur prédominant dans l'échec des campagnes de sensibilisation en Afrique. Le rattachement des populations à des pratiques, croyances et coutumes longtemps enracinées dans le corps social est une des réalités rendant complexe la situation sanitaire sur le continent. Voici à ce propos ce que Pierre-joseph Laurent affirme au sujet des travaux de Olivier De Sardan sur les ENPI:

« Même si le recours parallèle à des médicaments modernes est courant, la "résistance représentationnelle" des ENPI, est pour l'instant surprenante, voire totale. En face, l'offre de représentation moderne "ne fait pas le poids". La complexité en ce domaine du jargon médical, le peu de certitudes diagnostiques qui peut être fourni dans le contexte actuel des systèmes de santé, et la réduction de la plupart des personnels de santé à un rôle de prescripteurs muets, tout cela ne menace guère l'hégémonie représentationnelle des entités nosologiques populaires » (1999:1).

Pour Valérie Ridde (op. cit.) qui établit un bilan de l'initiative de Bamako, la faiblesse et la stérilité de la C.C.C dans cette initiative de réforme des systèmes sanitaires ouest-africains est l'une des cause de la survivance des croyances étiologiques. Dans le même ordre d'idée, mais avec plus de fermeté dans sa critique des actions de C.C.C., Contandriopoulos et al. pensent pour leur part qu':

*« un acteur changera s'il est incité à le faire, s'il comprend les choses de façon différente, si les techniques qu'il mobilise se transforment, si les lois et les règlements changent et **enfin si le système dominant de croyances et les valeurs morales évoluent**»*
(1996: 16)

On retiendra que les connaissances scientifiques des maladies ont du mal à s'imposer face aux croyances populaires. Cela est favorisé par plusieurs niveaux de réalité. On peut à ce sujet citer l'enracinement des imaginaires sociaux, l'incapacité de l'offre de soins biomédicale à communiquer avec la demande sur la causalité du mal et au niveau d'instruction assez bas des populations. À cela, on peut adjoindre la démarche de sensibilisation somme toute contestable des initiatives africaines qui consiste:

*« [...] à **inculquer de nouvelles règles sanitaires sans véritablement prendre en compte les fonctionnements cognitifs** ainsi que les modes de vie matérielle, sociale et culturelle des populations auxquels ces messages s'adressent »* (bonnet op. cit.:2).

Conclusion partielle

On retiendra de ce chapitre sur l'état de connaissance des modes de transmission et des conséquences médicales de ces maladies que les populations en sont très peu informées. On a toutefois noté que le paludisme, l'ulcère de buruli, l'onchocercose, la bilharziose et la fièvre typhoïde étaient les plus populaires avec respectivement 3,5%, 2,5%, 1,5% et 1% de l'échantillon.

Au terme des différents croisements de variables, on peut également faire le constat qu'il est difficile d'accréditer l'hypothèse d'un déterminisme mettant en scène les variables « connaissances du mode de

transmission et impact médical de la maladie» et les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

D'une zone à l'autre, les populations restent peu éclairées du mode de transmission de ces maladies mais le paludisme, l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde sont plus connues par les populations urbaines alors que les verminoses intestinales, l'onchocercose, la bilharziose et la filariose lymphatique sont quant à elles plus connues en milieu rural. Le rapport avec le groupe d'appartenance ethnique montre que les autochtones swamlin sont plus informés des modes de transmission de ces maladies que toutes les autres communautés sauf dans le seul cas du paludisme où les allogènes « autres » ont affiché le taux le plus élevé de leur tranche de population (6,45%).

Parmi tout le corpus de maladies, le paludisme est aussi la seule maladie dont ces populations ont pu situer le mode de transmission. S'agissant des autres maladies, elles ont affiché 00%. On retiendra également que dans ce rapport, la population dida était celle qui s'était montré la moins informée des modes de contraction de ces maladies. L'ulcère de buruli et la bilharziose sont les deux maladies dont cette population a pu situer la causalité et ce avec 1,96% de son échantillon pour chacune de ces maladies. Le rapport avec le niveau d'instruction montre aussi une variation des proportions en fonction de chacun d'eux. Tandis que les enquêtés de niveau d'étude secondaire ont affiché le pourcentage le plus élevé pour le paludisme (8,9%), les déscolarisés quant à eux connaissaient mieux l'ulcère de buruli (2,5%), les verminoses intestinales (0,8%), et la filariose lymphatique (0,8%). La fièvre typhoïde et l'onchocercose sont mieux connues par le niveau d'étude supérieur (8,3% et 4,1%).

Au niveau de la connaissance des complications médicales, les proportions sont plus importantes. Les modalités d'aggravation de l'ulcère de buruli sont les plus connues avec 83% des enquêtés. Mais les autres maladies invalidantes (onchocercose 27%, filariose lymphatique 14%) et le paludisme (30%) présentent aussi des proportions non moins considérables. Les autres maladies non invalidantes étaient assez méconnues. Elles ont regroupé les plus faibles proportions de l'échantillon (0,3% pour les verminoses intestinales et la bilharziose et 1% pour la fièvre typhoïde).

La mise en rapport de la variable connaissance des complications médicales avec le lieu de résidence montre que les urbains sont mieux instruits des implications médicales de toutes ces maladies que les ruraux. Le rapport avec le niveau d'instruction montre aussi que certains niveaux d'étude notamment secondaire et supérieur et les déscolarisés sont mieux informés que les analphabètes et le niveau d'étude primaire. À l'analyse, certains facteurs tels que la fréquence de la maladie et les campagnes de sensibilisation peuvent être soupçonnées d'avoir amélioré le niveau de connaissance de ces maladies quant à leur mode de transmission et leurs complications médicales.

En revanche, on peut penser que la survivance des théories étiologiques locales indiquées dans la première partie de l'étude ne permet pas encore une adhésion massive aux conclusions microbiologiques sur la causalité de ces maladies. Par ailleurs le regard évaluateur populaire jeté sur ces maladies à Taabo fait intervenir une notion: celle de la « gravité de la maladie ». Quelles sont donc les éléments qui sous-tendent cette notion de gravité en rapport avec les MTN?

CHAPITRE VI :

La construction sociale de la gravité des MTN

Introduction

Diversement comprise du point de vue de ses causes, la maladie est aussi une variable selon les contextes sociaux en ce qui concerne l'évaluation de sa gravité. Rappelons que selon les disciplines biomédicales la maladie est une altération de l'état physique et psychologique du fonctionnement de l'organisme. Cette altération est due à l'action agressive de micro-organismes tels que les bactéries, les virus et les protistes. La diversité de ces agents pathogènes est révélatrice de la pluralité des catégories pathologiques. À côté des agents pathogènes microbiens, existent les agents pathogènes sociaux. Ceux-ci varient autant que les déterminants de la gravité de la maladie selon les contextes sociaux. Pour les guérisseurs ivoiriens certains signes permettent de reconnaître la maladie grave.

*« [...] lorsque la tête, centre qui commande la motricité, la relation et la pensée, est atteinte, c'est la preuve d'un état extrême. Mais la douleur peut être aussi fonction de la durée. Dans le vocable baoulé “**kpachê**”, il est sous-tendue que la souffrance met du temps “**tchê**”=**durée** pour céder la place à la bonne santé » (Memel Fotê, 1998: 28).*

La perception de la gravité de la maladie se trouve ainsi saisie sous l'angle des signes physiologiques mais aussi sous celui de son rapport au temps comme indicateur. Comprises comme telle, toutes les maladies devaient être perçues comme « graves » puisse que manifestant toutes des aptitudes à provoquer la fin biologique de l'être. Or la perception de la

gravité de la maladie se trouve être fortement contextualisée et socialement construit autant que le comportement thérapeutique (Ouédraogo, op. cit.). Ce construit se réalise avec plusieurs facteurs en interaction et la variation de ceux-ci d'un contexte social à l'autre fait émerger l'idée de construction sociale. En outre, les critères déterminants dans le jugement affecté aux problèmes de santé sont mobilisés sur la base d'expérience empirique personnelle ou sur celle d'un membre de la famille ou du groupe de résidence et orientent les réactions thérapeutiques quant à la spontanéité ou non de celles-ci. Cette expérience peut se comprendre ici comme l'interprétation de la gravité du phénomène de la maladie en fonction « *du sens que les gens lui accordent* » (Denzin, op. cit.). Dans le cas de Taabo, nous avons classé ces critères en deux groupes:

- Les déterminants liés aux effets post-morbidité et aux caractéristiques intrinsèques de la maladie et
- Les déterminants liés à la dynamique de soins

6.1 Les déterminants liés aux effets post-morbidité et aux caractéristiques intrinsèques de la maladie

La physiopathologie des MTN est l'indicateur principal de leur gravité. Elle s'exprime sous plusieurs formes dont l'impact médical incapacitant exprimé lui aussi sous deux formes, le symptôme affligeant ou douloureux, la contagiosité, la chronicité et le régime de la létalité.

6.1.1 L'impact médical handicapant

Toute maladie est un trouble du fonctionnement de l'organisme. Aussi cet état d'altération des processus vitaux se manifeste-il de diverses manières indexées sous le terme de symptômes. Ceux –ci consistent en des

« [...] Plaintes subjectives à propos d'une douleur, comme les maux de tête ou les maux de dos, jusqu'à des états visibles comme un œdème ou une éruption cutanée. Parmi les symptômes les plus courants, on trouve les modifications de la température corporelle (fièvre), la fatigue, la perte ou la prise de poids et les douleurs ».

En outre, l'immobilisation du malade, effet de son affaiblissement physique, est caractéristique de certaines maladies et peut parfois déboucher sur une invalidité physique. L'invalidité physique autant que la débilité ont pour implication d'occasionner la suspension des activités de l'individu le réduisant ainsi à l'état de « charge » pour sa famille.

6.1.1.1 La débilité ou état d'affaiblissement physique

L'aptitude de certains troubles organiques dans leur évolution à débilitier le malade a constitué pour 1055 soit 55% de la population enquêtée, un critère de gravité. Selon cette proportion d'enquêtés, une maladie est grave lorsqu'elle peut entraîner une inactivité de l'individu. Par la notion d'« immobilisme », les enquêtés faisaient allusion à la suspension des activités socialement valorisées telles que les activités professionnelles, la procréation et les activités ludiques. Bien qu'étant relativement faible la perception de la bilharziose urinaire est construite autour d'une idée, en l'occurrence celle de l'arrêt de la procréation, celle-ci apparaissant comme

un phénomène qui accroît le prestige dans la société Baoulé (Abé, 2007). On retrouve ici des critères de gravité de la maladie mobilisés par une catégorie sociale ivoirienne notamment celle des personnels traditionnels de santé. Pour ceux-ci, le dysfonctionnement organique ne suscite une mobilisation communautaire que lorsqu'il se manifeste par un « *affaiblissement général, amaigrissement, absence ou excès de transpiration, pâleur du teint, manque d'appétit, incapacité de vaquer à ses occupations, incapacité de reproduction* » (Memel Fotê, Ibid.).

Dans la catégorie des maladies considérées comme nuisant gravement à la santé par leur caractère affaiblissant de l'organisme, sont classés selon nos répondants, le paludisme (30,44%), la fièvre typhoïde (45,32%) et l'ulcère de buruli (68,06%). Cette catégorisation sociale de ces maladies peut rejoindre celle de Lionnel (op. cit.) au Sénégal où 73% de la population indexe le paludisme, le sida et la méningite au nombre des maladies extrêmement graves après leur avoir associé les manifestations débilitantes telles que « la forte fièvre, l'amaigrissement, les convulsions et l'inactivité du malade » comme critère de gravité. À la débilité, on peut adjoindre l'invalidité physique comme second critère de gravité.

6.1.1.2 L'invalidité physique

L'invalidité physique, manifestation de la déformation d'un membre ou d'un organe est la répercussion médicale de certains problèmes de santé. Au nombre de ceux-ci, 593 individus soit (31%) de l'échantillon ont cité l'ulcère de buruli (14%), l'onchocercose (5%) et la filariose lymphatique (12%). Ces trois maladies ont en commun de laisser chez l'individu des séquelles physiques qui minorent sa mobilité ce qui leur vaut d'être perçues comme des maladies « très » graves. Ouédraogo (op. cit.) a obtenu des

résultats similaires dans son étude au Burkina-Faso où 13% de son échantillon a également indexé les séquelles invalidantes comme critère de gravité de la maladie. Dans cette même étude, la perception de la morbidité sidéenne comme une maladie grave est sous-tendue par l'incurabilité et la stigmatisation du sujet malade chez 80% de la population enquêtée.

Pour les populations de Taabo également le rejet par le corps social constitue un critère de gravité de la maladie et ce critère a été largement rattaché à l'ulcère de buruli. Notons que les séquelles ne sont pas seulement craintes comme des dysfonctionnements limitant la mobilité de l'individu, elles font aussi allusion aux cicatrices laissées par la plaie cicatrisées. En fait, la réalité sous-jacente à cette forte perception de la maladie est la représentation d'un idéal corporel,

« d'un corps parfait, achevé dans sa forme et ses harmonies et correspondant au modèle achevé du beau corps répondant à toutes les aspirations et désirs...l'incarnation idéale de l'(H)omme, unité de mesure ou d'appréciation exclusive de la beauté » (Kouakou, 2008:252).

C'est ce qui transparait en filigrane des propos de cette jeune fille en charge de son jeune frère interné au pavillon de Taabo cité.

« Cancer de buruli là c'est trop vilain. Tout le monde pense que tu es sale. À cause des cicatrices là moi j'ai peur de ça dè. Quand maladie là même est sur toi c'est grave. Quand ça fini aussi c'est grave. Si ça gêne pas ton pied ça va faire des cicatrices sur toi. Si tu as ça, c'est quelle garçon qui va te marier ... [silence]... c'est à cause de ça que moi j'ai peur de ça ».

Pour elle, l'ulcère de buruli souvent abusivement nommé «cancer de buruli» dans la zone d'étude, peut être un facteur discriminant et cela est d'autant plus grave pour elle que l'union nuptiale peut paraître

hypothétique. Si la terminologie « *cancer de buruli* » peut installer de la confusion autour de cette maladie, elle renseigne déjà au moins sur la perception de celui-ci, quand on se réfère à l'angoisse qu'occasionne une infection cancéreuse aussi bien chez le soignant que chez le soigné. Cette crainte de rupture du lien d'avec tout le corps social est doublée d'une crainte de ne pas être médicalement pris en charge même par sa « propre » famille. Dans cette exclusion entendu comme « *rupture des liens..., rupture du lien social, mais symbolique, qui attachent normalement chaque individus à sa société* » (Xiberras, 1993:148), certaines interactions symboliques pourraient être mises à mal.

*« Moi j'ai **peur de kannitè** là plus que les autres là parce que ça gâte ton pied ou bien ta main. Et puis les gens vont dire que tu es sorcier. À cause de plaie qui finit pas là les gens vont pas manger avec toi ».*

Photo 5 : Vue d'un membre supérieur handicapé par l'ulcère de buruli



Source: prise de vue réalisée par nos soins, Aout 2010

Photo 6: Vue d'un membre inférieur handicapé par l'ulcère de buruli



Source: prise de vue réalisée par nos soins, Aout 2010

L'idée d'être socialement peu intégré révèle une mise à l'épreuve des liens symboliques de sociabilité et une catégorisation du sujet en souffrance qui s'en trouve stigmatisé comme le crasseux, le répugnant, le dégelasse. Franz fanon que cite Jean Benoist fait remarquer que :

*« La question de la **stigmatisation** n'est jamais **neutre**. Elle n'est jamais un simple objet d'étude sociologique ou de réflexion philosophique. Car le seul fait de la percevoir n'est ni de l'ordre de l'entendement, ni de celui de la connaissance, mais de **celui d'une forme particulière de conscience**, sans laquelle elle demeure invisible ». (2007:6)*

Une forme particulière de conscience est ici celle du regard social sur une maladie: l'ulcère de buruli. En effet le malade d'ulcère de buruli peut à la fois être perçu comme victime et acteur de pratique sorcière. On peut à ce titre se rappeler les propos du guérisseur K. F faisant allusion à la

région corporelle ulcérée comme servant de support à une boucherie sorcière. Le malade est parfois soupçonné d'offrir volontairement la partie infectée de son corps pour cette pratique. À l'inverse, il a tout simplement pu être la cible de cette malversation dans le seul but de lui nuire dans la mesure où,

*« Tu **peux plus travailler comme avant** si ça prend ton bras.
Comme ça là qui va te donner à manger ».*

Il apparaît dans ces propos une lecture économiciste du trouble organique similaire à celle de Talcott Parsons. Pour Parsons que cite Herzlich (1984), l'homme étant par essence producteur de biens, l'état de maladie est considéré comme une forme de marginalité et le malade est un déviant parce qu'improductif dans son système de production. Jean-François (op. cit.) indique dans cette même veine que l'attaque sorcière avec pour objectif de ralentir l'activité socio-professionnelle de la victime, constitue le modèle de pensée dominant dans la perception et dans les représentations étiologiques de l'ulcère de buruli avec comme indicateurs, les séquelles handicapantes dans l'ouest ivoirien.

Par ailleurs, l'ambivalence du malade « *objet et agent de l'agression sorcière* » est aussi analysé par Nicole Sindzingre à travers « *la destinée de malchance et la vie de malheur* » symbolisées par les concepts de « *tete* » et de « *toro* » chez les « *fodonon* » de Côte d'Ivoire.

« [...] une femme stérile est dite « tetefolo », porteuse de cette destinée: une explication courante est que sa stérilité est due à l'action malveillante, instrumentale, d'un sorcier, mais on peut aussi la considérer comme la sorcière elle-même qui peut avoir offert à l'association invisible des sorciers toute sa descendance future » (op. cit.:114).

6.1.2 Le régime de la létalité

Le caractère létal d'une maladie désigne sa « *capacité à provoquer la mort* » (Microsoft Encarta, 2009). Elle s'évalue à travers un taux qui est obtenu à l'aide d'un calcul mathématique⁹. Le taux de létalité permet aux épidémiologistes d'apprécier l'évolution d'une maladie. Cette létalité est pour certaines populations un critère de gravité de la maladie. Ouédraogo (op.cit.) montre que face au sida, au paludisme et à la méningite les populations avaient une perception plus forte, ces maladies étant considérées comme plus létales donc plus graves.

Cet effet de la maladie est apparu pour 28% de la population enquêtée à Taabo comme déterminant de la gravité de celle-ci. Pour ces individus, plus vite une maladie provoque la mort plus grave elle est. Dans cette catégorie de maladies, ont été cités la fièvre typhoïde (45%), le paludisme (30%) et l'ulcère de buruli (25%). Ce sont là les maladies du corpus qui sont perçues comme pouvant vite provoquer la mort.

6.1.3 La contagiosité

La contagiosité caractérise la transmissibilité par contact d'une affection d'un individu malade à un individu sain. Ce principe a émergé dans le vocabulaire médical à partir du XVI^eSiècle à l'occasion d'une épidémie syphilitique en Europe. Pour Vigarello qui décrit la situation sanitaire européenne de cette époque, l'épidémie syphilitique avait donné lieu à une décomposition de la société par la crainte du principe contagieux. Selon lui, « *isolement, étiquetage et cantonnement* » (op. cit.:119) des

⁹Le taux de létalité est égal à la proportion de décès parmi les sujets ayant présentés la maladie et dont on connaît l'évolution au cours d'une période. Il se calcule au moyen de la formule suivante :
$$N/D \times 100$$

personnes atteintes étaient dus à la suspicion de la contagiosité toute chose qui accroissait la crainte de cette maladie. De même ce principe a été évoqué par 16,3% de notre échantillon comme déterminant de la gravité de la maladie. Le propos ci-dessous évoqué nous a paru édifiant:

« Fièvre typhoïde là si ça prend quelqu'un dans la maison, ça peut prendre tout le monde. Quand c'est comme ça là on sait plus qui va soigner les autres. Au moins quand c'est une personne, tout le monde peut chercher son médicament mais tout le monde en même temps-là, c'est ça qui fait que c'est grave ».

Au centre de la perception de la gravité de la maladie s'appuyant sur la contagiosité de celle-ci, apparait ici le souci de la prise en charge communautaire. En plus d'être perçu comme « contaminant », l'« autre » est également appréhendé comme consommateur de ressources en ce qu'il faut lui apporté tout le soutien communautaire dans son processus de guérison (Vidal et *al.*, op. cit.).

6.1.4 La douleur physique

Terme générique recouvrant l'expression de différents états de mal organique ou psychique se traduisant par une sensation pénible, la douleur est l'une des premières causes de quête de soins. Elle se manifeste par de « *vives stimulations d'un ou de plusieurs récepteurs sensoriels de la famille des nocicepteurs* ». Consubstantielle et symptomatique de tout dysfonctionnement organique, son intensité -variable- et sa localisation fait la différence entre les troubles. C'est cette variation d'intensité qui constitue pour certains enquêtés (35%) un indicateur de gravité du trouble morbide. Dans cette catégorie de maladies, 15% des enquêtés ont rangé la

fièvre typhoïde, 10% l'ulcère de buruli et 5% le paludisme et la bilharziose urinaire. Rappelons que dans la première partie de l'étude, les populations ont largement évoqué dans leur description symptomatologique de ces maladies, les douleurs physiques telles que les céphalées, les douleurs vives de l'appareil digestif et les brûlures lors des sécrétions urinaires et autres douleurs localisées.

6.1.5 La chronicité

La chronicité de la maladie désigne sa permanence chez le même sujet ou dans une zone géographique donnée. Dans ce deuxième cas, on parle d'endémicité. Parmi les facteurs explicatifs de la chronicité, la biomédecine identifie l'absence d'un traitement spécifique substituable aux thérapeutiques utilisées ponctuellement pour traiter quelques aspects de la maladie (Bougerol, 1994) ou l'inachèvement de celui-ci lorsqu'il est bon. L'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde ont été indexés comme des maladies graves dans ce contexte chronicité. Pour les communautés enquêtées, à la persistance de ces troubles correspond alors leur gravité. La proportion de ces individus dans l'échantillon est de 22%. La chronicité est en fait comprise comme une incurabilité.

« Èhuén'go là, ça c'est très grave parce que on trouve pas vite son médicament. Ça finit pas. Si tu as eu ça une fois ça va te fatiguer jusqu'à. Ça va, ça revient. Si tu fais pas bien ça peut te tuer ».

On retrouve ces mêmes indicateurs dans la perception de la gravité de la maladie dans l'étude de Ouédraogo (op. cit.) au Burkina-Faso. Sous les items de « *maladie qui n'a pas de traitement* » (56%) et « *maladie dont le*

traitement est difficile » (68%), ce sont le paludisme, la méningite et le sida qui se sont vus attribué cette interprétation. Dans notre cas et précisément face à l'ulcère de buruli, la récurrence dans le traitement de la maladie est interprétée comme une incurabilité qui est synonyme de gravité. Retenons en outre que la chronicité constitue l'un des repères les plus partagés dans la construction de l'étiologie de l'ulcère de buruli. Plus le malade rechute plus les explications causales changent. Si celui-ci attribuait une origine bactériologique à sa maladie pendant les premiers épisodes, cette explication est « re-travaillée » (Sindzingre, op. cit.) au fur et à mesure pour produire une explication de nature souvent plus antinomique comme nous le montrions dans la première partie de l'étude.

« Je peux dire que moi ma maladie là c'est pas simple parce que quand ça fini, ça revient ça fait cinq ans maintenant. Pour tout le monde fini et puis pour moi là est là. J'ai fait médicament des africains jusqu'en et puis je fais pour l'hôpital maintenant.[silence] Si c'était simple, ça allait finir déjà. Moi je sais que c'est quelqu'un qui m'a fait ça ».

« èhue n'go là si c'est simple ça peut finir vite mais si c'est quelqu'un qui a fait ou bien si tu as mangé ton totem ça fini pas vite. Ça va fatiguer la personne jusqu'en ».

Les possibilités d'interprétations causales sont d'autant plus diversifiées que la maladie est chronique. En effet devant les questions que le malade se pose et auxquelles les différents recours thérapeutiques exploités n'ont pu fournir une réponse satisfaisante, l'attitude de celui-ci change. À l'explication causale naturelle plus tôt envisagée, est substituée une explication surnaturelle. Face au modèle de pensée qui prévaut dans la gestion de la morbidité épileptique chez les Moose du Burkina-Faso, Doris Bonnet a indiqué qu'en Afrique, l'élaboration du diagnostic repose sur une

logique d'exclusion. L'efficacité de la thérapie pratiquée n'est jamais remise en cause, c'est plutôt la causalité qui se caractérise par sa mobilité:

*« Le contact avec le feu au moment d'une crise est censé assécher le principe vital de l'épileptique et ne plus le rendre réceptif à un traitement. Il devient incurable. Les guérisseurs posent d'ailleurs systématiquement cette question au consultant avant d'engager un traitement. S'il n'y a pas eu de contact avec le feu et que **le médicament n'a pas d'effet positif**, on ne considère pas que le remède est inefficace, **on pense qu'il ne s'agissait pas d'une épilepsie**. Ce type de raisonnement s'observe aussi dans l'explication des maladies infantiles. **Si un enfant est protégé contre la maladie de l'oiseau** (convulsions faisant songer à un accès pernicieux) **et que, malgré cela, l'enfant convulse, l'interprétation risque de s'orienter vers d'autres causes** telles que la maladie du lièvre ou de l'hippotraque (selon aussi l'âge de l'enfant). On ne dira pas que le traitement préventif n'a été d'aucun recours. **Les guérisseurs ne remettent pas non plus en cause l'efficacité de leur traitement**. Selon eux, la cause avait été mal identifiée : **il ne peut s'agir que d'un jeteur de sort**. Car toute épilepsie donnée par un sorcier (mais d'une manière instrumentale) ne peut recevoir aucun traitement. »* (Bonnet, 1994:10-11).

Cette évolution des catégories étiologiques au gré de l'évolution de la conjoncture morbide est aussi une justification de la co-thérapeutique à Taabo. Cependant la perception de la gravité de la maladie intègre également l'accessibilité d'une catégorie thérapeutique.

6.2 L'accessibilité aux soins biomédicaux

Les conditions d'accès au traitement de la maladie influence la perception de celle-ci. La maladie est grave si son traitement est difficile d'accès. Dans cette construction de la perception de la gravité de la maladie,

l'accessibilité du traitement se manifeste sous deux angles. Il s'agit d'une part du coût de la thérapie et d'autre part de la distance séparant le lieu d'habitation et l'établissement sanitaire à mesure de fournir les soins nécessaires. Plus le coût de la thérapie est perçu comme élevé plus la maladie est considérée comme "sérieuse" et plus ce coût est acceptable, plus la maladie est mésestimée.

À l'origine de cette conception se situe le déboursement de frais de déplacement, de consultation, des examens médicaux et ceux de la chimiothérapie à proprement parlé dans la structure sanitaire de niveau supérieur à Taabo cité, à Tiassalé ou à Djèkanou¹⁰. S'agissant des examens médicaux, les centres de santé et dispensaires ruraux ne disposant pas des moyens logistiques pour en pratiquer, ceux-ci réfèrent les usagers à l'hôpital général de Taabo cité. Mais il peut arriver dans cette quête de soins que face à la même offre technique à l'hôpital général de Taabo cité et à Tiassalé, que les usagers eux-mêmes en procédant à des « *calculs coût/avantage* » (Boudon, 1982:287) opèrent un choix rationnel entre ces deux structures après évaluation des frais de déplacement et de la tarification des examens dans chacune de ces structures.

Parmi les maladies à l'étude, ont été situées dans ce registre, la fièvre typhoïde pour l'accessibilité géographique des examens en ce qui concerne les populations villageoises dont les établissements sanitaires ne pratiquent pas d'analyses médicales. Outre la crainte du déplacement, les frais d'examens et le coût de l'antibiothérapie sont aussi au centre des inquiétudes. Quant à l'ulcère de buruli, l'idée de ne pouvoir se faire faire une greffe de peau qu'à Djèkanou ajoute à la hantise vis-à-vis de la maladie. Ce sont ainsi 18% des répondants qui ont situé l'accessibilité de la thérapie comme déterminant de la perception de la maladie. Cette

¹⁰Ces différents sites sont présentés sur la carte sanitaire de la zone dans la troisième partie de l'étude.

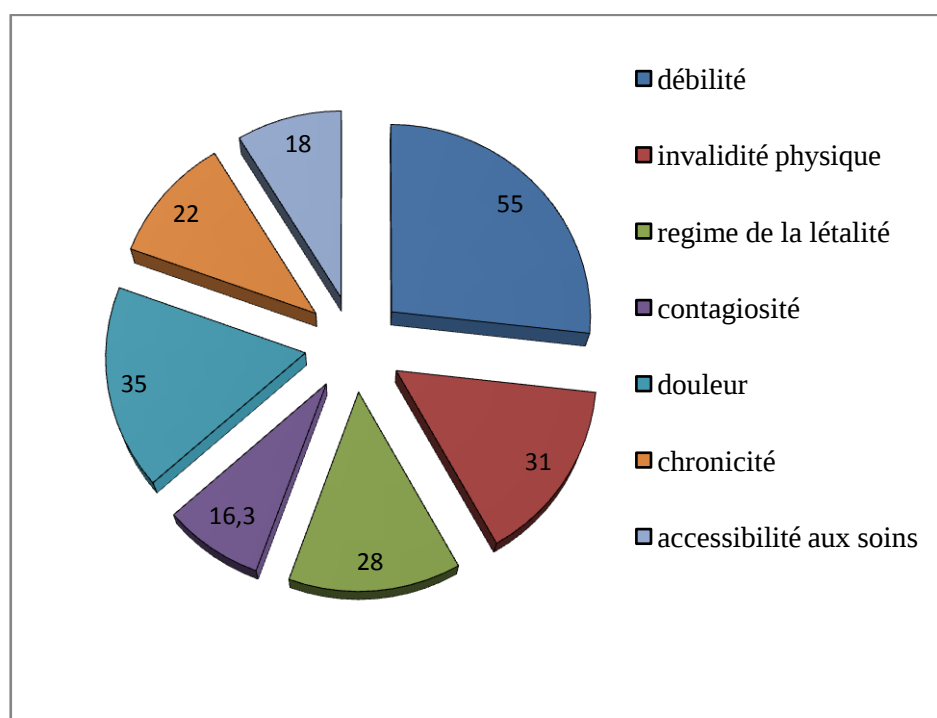
proportion s'est répartie entre la filariose lymphatique (7%), l'ulcère de buruli (5%) et la fièvre typhoïde (6%).

Notons au sujet de la filariose lymphatique, que la thérapeutique est objet d'interrogations aussi bien que la maladie elle-même. Aussi l'estimation du coût d'un traitement se réalise en référence à la perception associée à la maladie. On a pu entendre auprès d'une communauté que:

« Nous on connaît pas bien cette maladie-là chez nous ici. Mais façon ça fait pied-là son médicament-là est-ce qu'on trouve ça ici ? ».

Ces propos illustrent in fine le lien entre la perception de la maladie et celle du coût de son traitement. Plus la maladie est observée comme une énigme, plus sa prise en charge inspire la crainte.

Figure 12: Proportion des indicateurs de gravité de la maladie



Source: Notre enquête sur « la perception et l'attitude des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009- août 2010

Conclusion partielle

En définitive plusieurs indicateurs permettent aux populations de mesurer la gravité des MTN à l'étude. Au nombre de sept, ces critères sont caractéristiques de la symptomatique de la maladie ou ils procèdent de la gestion de l'état morbide. Pour 54% de l'échantillon, la fièvre typhoïde, le paludisme et l'ulcère de buruli sont compris comme des pathologies susceptibles de produire un état de dégradation substantiel de l'organisme. Ceci consacre leur gravité. Le « régime de la létalité » est en outre l'un des repères déterminant la gravité de la maladie. Selon 46% de l'échantillon de population interrogée certaines maladies conduisant plus tôt à la mort que d'autres, cette faculté leur vaut d'être considérées comme des maladies

graves. Dans cette catégorie, sont classées la fièvre typhoïde (45%), le paludisme (30%) et l'ulcère de buruli (25%). Les manifestations symptomatiques par des douleurs organiques ont représenté pour 35% des enquêtés un critère de gravité de la maladie. Au nombre des maladies dont les manifestations sont reconnues comme douloureuses, ont été citées la fièvre typhoïde (15%), l'ulcère de buruli (10%), le paludisme (5%) et la bilharziose urinaire (5%). Le critère de « douleur » est suivi de celui d'invalidité physique (31%) dont l'onchocercose (14%) la filariose lymphatique (12%) et l'ulcère de buruli (5%) sont soupçonnées d'être responsables. L'invalidité est ici comprise sous différentes manifestations. Cependant que ce soit les « vilaines » cicatrices laissées par la partie ulcérée ou la déformation d'un membre ou d'un organe, les signes physiques sont craints pour ce qu'ils peuvent avoir pour effet de catégoriser l'acteur.

En outre, 22% des individus interrogés ont situé la gravité de la maladie du point de vue de sa chronicité. Pour ceux-ci, le caractère chronique de la maladie est un signe d'incurabilité et cela influe sur les représentations étiologiques de la maladie qui peuvent virer du naturel au surnaturel. La récurrence du trouble est ainsi « pensée » comme un indicateur de malversations sorcières et cette réalité est d'autant plus redoutée qu'elle peut induire des coûts thérapeutiques élevés (18%). La fièvre typhoïde et l'ulcère de buruli sont ainsi classés dans la catégorie des maladies dont le traitement biomédical est difficilement accessible. Ce traitement comporte des frais de déplacement, d'examens médicaux et de médicaments. Outre le coût des soins, le principe contagieux (16%) de la maladie est aussi considéré comme un indicateur de gravité de celle-ci. Pour cette proportion d'enquêtés, le caractère transmissible du trouble détermine sa gravité d'autant plus que la propagation de celui-ci (le trouble) implique la mobilisation de ressources supplémentaires dans un contexte familial déjà

suffisamment éprouvé par le premier cas de maladie. Ces indicateurs permettant d'évaluer le degré de gravité de la maladie en influencent également la thérapeutique. Quelles sont alors les catégories thérapeutiques observées dès lors que la maladie est redoutée? Quels sont les facteurs qui pèsent dans le choix de ces modèles et comment les acteurs perçoivent-ils ces modèles de soins ? La troisième partie de l'étude apporte une réponse à ces questions.

TROISIEME PARTIE :

Ressources médicamenteuses, pratiques de soins et
stratégies d'utilisation des catégories
thérapeutiques locales

Chapitre VII:

Attitude face à la morbidité redoutée

Introduction

Lorsque survient l'état de morbidité, la quête d'une thérapie est une attitude inhérente à tout comportement humain. Toutefois, c'est dans la stratégie de choix de la thérapie adaptée à la conjoncture morbide que réside la différence entre les groupements humains. En Côte d'Ivoire face aux différentes catégories thérapeutiques regroupant médecine moderne occidentale et orientale, institutions traditionnelles de soins, pharmacopées populaires culturellement situées (Nicolas et al., 1997) et soins domestiques profanes (Saillant, 1999), le comportement thérapeutique du malade et de son « *groupe organisateur de thérapie* » (GOT) (Janzen, 1978) est déterminé par plusieurs facteurs.

Dans notre souci de connaître le comportement thérapeutique des populations de Taabo face aux états de morbidité dus aux MTN, les questions formulées comme suit « *Quels remèdes utilisez-vous quand vous contractez cette maladie que vous redoutez?* » et « *Auprès de quelles institutions vous procurez-vous les médicaments ?* » ont été incluses dans la collecte des données, la première dans le questionnaire et la seconde dans les entretiens. Il s'agissait en fait à travers ce questionnement de comprendre comment face à une diversité d'offres de soins aussi bien dans le contexte urbain de la zone d'étude que dans le milieu villageois, le construit thérapeutique à l'œuvre à Taabo est élaboré?

Mais avant d'aborder cette question concrète des comportements thérapeutiques à Taabo, certaines questions méritent d'être posées. Qu'est-ce que le médicament et quelles sont les dispositions légales régissant les

professions de médecin et de pharmacien en Côte d'Ivoire ? Les réponses à ces interrogations nous permettront de mieux approcher la réalité des ressources et recours thérapeutiques dans la zone d'étude.

7.1 Considérations générales sur le médicament et sur les professions biomédicales et pharmaceutiques en Côte d'Ivoire

La notion de médicament et les professions médicale et paramédicale semblent revêtir une diversité d'acceptions et il convient ici de situer le sens auquel cette étude les entend.

7.1.1 Qu'est-ce que le médicament?

Dans une acception générale, le médicament se définit comme « *la substance préparée et employée pour traiter ou prévenir la maladie* ». Cette définition se rapporte à toute œuvre humaine produite dans le seul but de guérir d'un quelconque dysfonctionnement organique, c'est pourquoi on lui substitue parfois le terme de remède, vu comme solution à la restauration du capital santé qui a été mis à mal. La juridiction ivoirienne quant à elle définit le médicament comme :

« Toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et conditionnée en vue de l'usage au poids médicinal et tout produit diététique qui renferme dans sa composition, des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes, des aliments mais dont la présence confère soit des propriétés spéciales recherchés en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve »¹.

¹Cette définition du médicament est extraite de l'article L-511 du code de santé publique (article 1^{er} de la loi N°65-250 du 04/08/65)

Mais l’OMS va plus loin pour proposer une définition plus complète. Pour elle, le médicament est :

« Toute substance ou composition fabriqué, mise en vente ou présentée comme pouvant être employée pour traiter, prévenir ou diagnostiquer une maladie, un état physique anormal, ou leurs symptômes, chez l’homme ou l’animal ou pour restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques chez l’homme ou l’animal » (Fé, op.cit:11).

On peut d’abord retenir de ces différentes définitions que le médicament n’est pas destiné qu’à l’usage humain. Il peut être naturel, c’est-à-dire produit de façon artisanal, sans aucun composé chimique et directement administré après extraction à partir de ressources végétales ou animales, il est alors dit médicament traditionnel. Il peut être chimique et dans ce cas il est produit de manière industrielle et testé en laboratoire avant d’être mis à la disposition du public. Ces deux ressources sont les plus usitées en Côte d’Ivoire.

7.1.1.1 Le médicament traditionnel

Comme dans de nombreux pays d’Afrique, en Côte d’Ivoire, le médicament traditionnel est l’apanage de la médecine traditionnelle qui est elle-même d’origine animiste. Si on peut parler d’un vide informatif sur les pratiques sanitaires préhistoriques, on sait par contre que les pratiques médicales traditionnelles observées dans les courants culturels « *anyi-baulé* » en provenance de l’actuel Ghana, dans le courant « *kulango-lobi* » venant de l’actuel Burkina-Faso, dans le courant « *Bambara-malinké* » provenant du Mali et dans le courant « *Kru* » qui se sont progressivement installés dans le pays, entre le

XV^es et le XVIII^es ont fortement influencé les médecines traditionnelles populaires actuelles (N'dri-yoman, 2008).

Comme précisé plus haut, ce médicament est dit « traditionnel » parce qu'il est produit sans aucun recours industriel. Le qualificatif « traditionnel » lui vaut d'être perçu comme le produit de connaissances pluriséculaires « transmises de génération en génération » (Kouakou, 2006; Roquet, 1999; Simmel, 2006). Il est conçu à partir de matières végétales (herbe, feuilles d'arbre, écorces, racines et fruits), animales (peau, graisse, os...) et minérales (terre et autres composés dont les guérisseurs seuls ont le secret). C'est un produit dont la préparation exige certaines dispositions pratiques réservées qu'aux seuls initiés.

« [...] Jamais des plantes ne sont recueillies, préparées et utilisées en dehors d'un cadre rituel et d'une formation initiatique qui donnent seuls à ceux qui les manient le « pouvoir » de les rendre efficaces » (Benoist, 2004:7)

« [...] sont indispensables des outils particuliers; des jours et moments déterminés; des agents ad'hoc; des rites d'extraction des plantes... » (Memel Fotê, 1998:47).

La préparation du médicament africain repose in fine sur une vision du monde intégrant une interrelation entre tous les éléments de l'univers cosmiques dont l'assentiment est indispensable à son efficacité dite « symbolique » (Lévi-Strauss que cite Suremain, 200; Abé, 1986).

« Je fais ma prière où je demande pardon à l'arbre dont je sectionne une partie, afin qu'il me fournisse ses principes actifs pour sauver la vie d'un être malade ...Quand j'extrais des écorces ou des racines , je suis les positions Est et Ouest de l'arbre : la partie Est , le levant du soleil, lieu de la création , de la naissance , de l'acquisition du pouvoir et de l'efficacité ; la partie Ouest , la tombée du soleil , la disparition , la mort ,c'est la partie salvatrice. Sur le plan scientifique, on pourrait dire qu'il y a plus de photosynthèse sur les parties Est et Ouest de l'arbre du fait de l'ensoleillement. La plante favorise la

naissance, elle favorise également la mort » (Bi Yao Félicien cité par Memel Fotê, 1998:48).

Par ailleurs, une flore et une faune dont les diversités sont réputées thérapeutiques (Nicolas et *al.*, op. cit.) et des théories de la maladie situant toujours la persécution au cœur des représentations étiologiques ont placé le médicament africain au départ de tout processus thérapeutique sur le continent. Aussi face à sa reviviscence¹, l’OMS en a-t-elle reconnu les vertus en 1976 dans sa « *résolution WHA29.72* » et son utilisation officielle dans la « *résolution WHA30.49* » (N’dri-yoman, 2008). Cette reconnaissance officielle devait se traduire par l’acceptation des tradipraticiens comme partenaires des « *services de santé alors eux-mêmes forts réticents* » (Benoist, 1999).

En côte d’Ivoire, le projet de collaboration entre les secteurs publics de soins et traditionnels remonte à l’an 1994 (Coulibaly, 2007). Il a d’abord permis de créer le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) et ensuite de regrouper les tradipraticiens et de les former à l’anatomie et à l’hygiène conventionnelle. On sait également que 60 d’entre eux ont droit de propriété intellectuel. Ainsi en 2007², 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) ont été recensé et regroupés par spécialités (PNDS, 2008). On distingue entre autres des Phlébotomistes, des Chirokinésithérapeutes, Phytothérapeutes, des Ritualistes, des Spiritualistes, des Psychothérapeutes (Irigo, 2002), des accoucheuses traditionnelles et des rebouteurs. Parmi ces praticiens, les spiritualistes sont les plus nombreux et ils regroupent les devins, les occultistes et les exorcistes (Manoua, 2008).

¹On estimait à 80% la proportion d’individus se soignant avec des produits issus de savoirs traditionnels locaux dans le monde en 2008.

² Dans cette partie de l’étude, plusieurs données situent l’an 2007 comme repère temporelle. Celles-ci issues de la DIPE de la direction des ressources humaines du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) et du PNDS 2009-2013 sont les plus récentes. Cela s’expliquerait par la crise militaro-civile qui ne permettrait pas selon nos sources la réalisation de travaux de recensement exhaustifs sur toutes l’étendue du territoire.

7.1.1.2 La spécialité pharmaceutique

Le médicament pharmaceutique est le médicament produit par l'industrie pharmaceutique moderne. En Afrique, ce médicament et la médecine de laquelle elle émane sont un legs colonial qui manifeste encore beaucoup de mal à s'ajuster sur la réalité sociopolitique et économique africaine postcoloniale (Fassin, 1997). Il est dérivé de ressources végétales, animales et chimiques et n'est en principe délivré que sur ordonnance médicale puisse que stocké en officine dans des conditions de conservation favorables à leurs effets thérapeutiques. Cependant face à une conjoncture économique croissante, au développement de l'industrie pharmaceutique mondiale, à un secteur sanitaire peu contrôlé et une volonté politique se proposant de rapprocher le médicament pharmaceutique de la population par la croissance du nombre d'officines privées, les médicaments pharmaceutiques d'origine occidentale et orientale se sont de plus en plus rapprochés de la demande durant ces dernières années en Côte d'Ivoire.

Cette accessibilité est due en partie à la promotion du médicament “moins cher” sous forme « générique ». En fait, si on note une invasion de ces produits dans les rues et sur les places de marché ivoiriens, ceux venant d'Asie principalement de Chine représentent la plus grande part de ce marché. Les villes chinoises de *Nánchōng* et de *Tianjins* sont ainsi indexées comme abritant les groupes pharmaceutiques dont proviennent ces médicaments (Kouadio, 2008).

D'introduction plus récente en Côte d'Ivoire –les années 80- que les catégories biomédicale et traditionnelle de soins, cette médecine est d'abord connue à travers l'acupuncture qui en est l'une des pratiques les plus populaires (N'dri-Yoman, 2008). Elle s'établit progressivement par l'installation de cliniques et de kiosques de vente de médicaments pour être finalement réduite à une médecine

de type populaire du fait de sa pratique dans des endroits de fortune et du niveau d'instruction³ des acteurs qui s'y activent. Il est en fait reproché aux individus se livrant au commerce des « *médicaments chinois* » leur méconnaissance des produits dont ils vantent les vertus salvatrices, leur non qualification en matière médicale et les conditions de conservation des produits (coin de rue, véhicule de transport en commun, magasins ou arrières cours). Eu égard à ce qui précède, la prise de ces produits sans prescription savante relève d'une automédication, les médecins étant les seuls habilités à prescrire des médicaments.

7.1.2 La profession de médecin

Elle est concédée par le Code de Santé Publique (CSP) aux seuls docteurs diplômés de médecine (PNDS, 2008). Hormis ceux-là, toute personne non titulaire d'un diplôme de médecine qui établit un diagnostic et ou préconise ou applique un traitement et laisse supposer une guérison est passible de peine. Le délit d'exercice illégal de la médecine est ainsi prévu par la loi ivoirienne en son article L378 du CSP. Toutefois certaines professions considérées comme parallèles avec l'activité médicale telle la kinésithérapie sont reconnues par la loi. Le PNDS (2008) indique qu'en 2007, l'effectif national de ces praticiens était de 3614⁴ médecins pour 20.581.770 habitants soit un ratio de 01 médecin pour 5695 habitants. Selon la même source, on dénombrait 01 infirmier pour 2.331 habitants.

Ce Ratio, loin d'être satisfaisant donne également lieu à une répartition nationale somme toute inégale des personnels soignants, (1 médecin pour 20.000

³Ce niveau d'instruction est qualifié d'assez bas pour prétendre à l'exercice de la médecine ou de la pharmacologie.

⁴Ce même document indique qu'en 2008, 400 cadres supérieurs de la santé étaient en voie de recrutement dans la fonction public ivoirienne, ce qui pourrait porter le nombre national de médecins à 4014.

habitants à l'intérieur du pays) et semble rejoindre celui des pharmaciens entre secteurs public et privé.

7.1.3 Le monopole pharmaceutique

En Côte d'Ivoire comme dans bien d'autres pays, un droit de contrôle est exercé sur les médicaments et un certain nombre de produits et objets dont l'utilisation requiert certaines garanties par les pharmaciens. Ce droit correspondant au monopole pharmaceutique ne profite pas seulement à la seule corporation des pharmaciens, il a été élaboré dans le but de mieux contrôler le secteur des médicaments, un secteur qui peut s'avérer très complexe s'il n'était pas régit par des lois. La contrepartie de ce monopole qui trouve son fondement dans l'article L-512 du CSP⁵ est l'assujettissement des pharmaciens à un certain nombre de responsabilités vis-à-vis de la population. Bien entendu il existe des dérogations⁶ à ce texte de loi. Par ailleurs en 2007, l'ordre national des médecins indiquait à la DIPE que sa structure revendiquait 1.144 individus dont 426 dans le secteur public et 718 dans le secteur privé (PNDS, 2008).

Le secteur du médicament, les professions de médecin et de pharmacien s'illustrent ainsi comme des secteurs d'une grande sensibilité. En effet une politique du médicament beaucoup trop rigide peut poser des problèmes d'accessibilité aux populations. En revanche un extrême laxisme peut également

⁵L'article L-512 du CSP définit le champ d'application du monopole pharmaceutique. Il s'agit des opérations de préparation et d'importation, de vente en gros, de vente au détail et de toute délivrance au public. Sont concernés aussi par cet article, la délivrance des objets et produits tels que les médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, les objets de pansement et tous les autres articles présentés comme conformes à la pharmacopée, les produits et réactifs conditionnés en vue de la vente au public et réservés au diagnostic médical et celui de la grossesse, les plantes médicinales si elles sont inscrites à la pharmacopée et si la vente se fait au détail, la fabrication, l'importation, la distribution et la délivrance au détail des produits utilisés à des fins contraceptives et abortives, la vente au détail des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, la vente au public des substances destinées à des usages autres que la médecine

⁶Ces dérogations sont prévues par l'article L-512 lui-même. Certains médecins peuvent être autorisés à délivrer des médicaments dans des conditions définies par l'article L-594 et L-595 du CSP. Ces médecins sont appelés propharmaciens et cela dans des conditions établies au départ en conformité avec les autorités. Ils se limitent à délivrer uniquement des médicaments prescrits par eux après la consultation. Des non pharmaciens peuvent tenir un dépôt de médicaments sous la direction d'un pharmacien. On peut adjoindre à ces textes celui établit au bénéfice des herboristes et droguistes des établissements de préparation et vente en gros et des établissements de préparation de sérum, vaccin et allergènes.

donner lieu à nombre d'abus tels que le développement de réseaux marchand dans un secteur qui est seulement dévolu aux seuls pouvoirs publics. Traoré (1999) note que la grande accessibilité du médicament présente un danger pour les populations. Selon lui, le faible taux de fréquentation des établissements sanitaires⁷ s'explique entre autres raisons par la facilité avec laquelle les populations ont accès aux médicaments.

7.2 Ressources de soins usitées face à la maladie redoutée

Nous entendons ici par ressources de soins, toutes substances ingérables ou d'autres applications qu'elles soient chimiques ou naturelles utilisées dans un but de restauration du capital santé lorsque celui-ci vient à être affecté. Sont de ce point de vue concernés, les médicaments traditionnels (sous toutes leurs formes)⁸ et les produits des pharmacopées occidentale et orientale. Le recours à ces trois ressources médicamenteuses constitue les instances de soins exploitées face à la morbidité redoutée. Ces instances sont la médecine moderne officielle, la médecine traditionnelle et l'automédication.

⁷Le PNDS 2009-2013 indique qu'en 2007, le taux de fréquentation des établissements sanitaires primaires était de 17,48 % et celui d'utilisation des établissements sanitaires primaires pour la même période était de 13,53 %. En outre, le nombre d'habitants par établissement sanitaire de base était de 12.953 individus. Pour ce qui est des hôpitaux, on dénombrait 260.529 habitants pour chacune d'entre elles.

⁸La notion de médicament traditionnel a des acceptations diverses. Dans cette étude, elle est utilisée en opposition au médicament pharmaceutique. Bien que ce terme soit quelque peu réducteur, le médicament traditionnel renvoie à des pratiques thérapeutiques plurielles dont l'ingestion de tisane, de cataplasmes, de bains de vapeur, de lavements, qu'il soit acquis auprès d'un guérisseur, issu de connaissances personnelles ou obtenu chez un herboriste.

7.2.1 Fréquence d'utilisation des ressources de soins disponibles face à la maladie redoutée dans la population globale

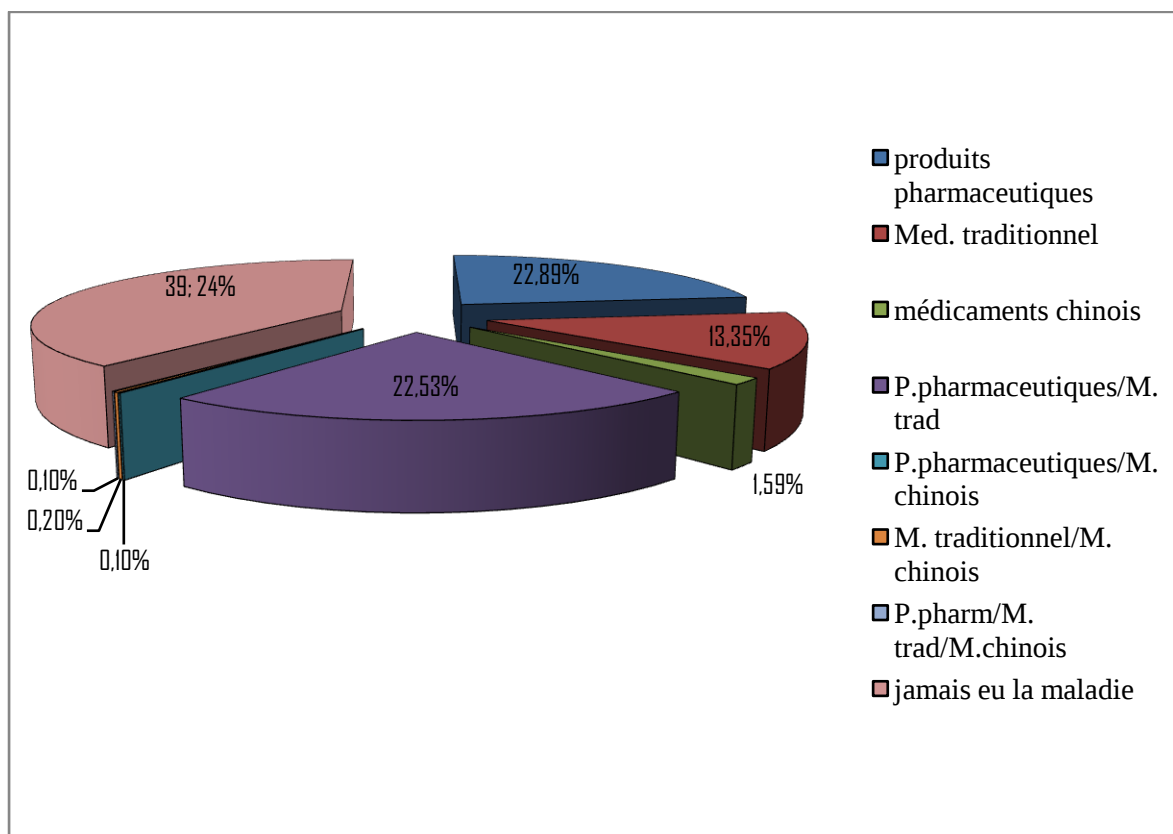
Comme annoncé plus haut, les ressources thérapeutiques utilisées face à l'état de morbidité dû aux MTN se répartissent entre médicaments traditionnels africains, produits pharmaceutiques occidentaux et chinois⁹. Outre l'utilisation individualisée de chacune de ces ressources, on en note également des pratiques simultanées ou alternées.

Les produits pharmaceutiques, utilisés individuellement représentent la plus importante proportion dans l'échantillon. 22,89% soit 446 individus disent s'en remettre à ce type de médicament lorsqu'ils contractent la maladie qu'ils redoutent le plus. Cette ressource est suivie de la co-thérapeutique composée de prise de produits pharmaceutiques et phytothérapeutiques et celle-ci représente 22,53% de l'échantillon. Cette combinaison était ainsi la plus observée.

L'utilisation exclusive de médicaments traditionnels représente 13,35% et elle est plus pratiquée que la prise de médicaments chinois (1,59% des enquêtés). Cette proportion est légèrement au-dessus à la fois des pratiques conjointes associant les pharmacopées occidentale et chinoise, des pharmacopées chinoise et africaine et des trois types de pharmacopées à la fois dont la moyenne est de 0,1%.

⁹Sous le terme de « médicament chinois » nous désignons tous les produits de la pharmacopée moderne vendus dans la rue en opposition à ceux vendus que dans la seule officine de la zone ou dans les dépôts de produits pharmaceutiques et délivrés sous ordonnance par un spécialiste. Ce réductionnisme conceptuel s'explique par la difficulté de situer une origine à chacun de ces produits dont les vendeurs ont eux-mêmes du mal à renseigner le lieu de provenance. Sont néanmoins soupçonnés comme provenance, le Ghana, le Nigeria, la chine etc (Kouadio op. cit).

Figure 12 : Choix des ressources médicamenteuses utilisées face à l'état de morbidité redouté à Taabo



Source: Notre enquête de terrain sur les « *pratiques de soins face aux MTN à Taabo* », mars 2009-août 2010

L'observation de la figure ci-dessus indique en plus des constats susmentionnés qu'une proportion importante des enquêtés dit n'avoir jamais contracté la maladie qu'elle redoute le plus (39,24%). Au sujet des maladies dites redoutées, rappelons que l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde avaient enregistré les pourcentages les plus importants dans la deuxième partie de l'étude (page 209).

7.2.2 De la compréhension de ces résultats

D'abord au sujet de la proportion d'individus n'ayant jamais contractée la maladie qu'elle dit redouter, on peut envisager que les campagnes de sensibilisation aient eu un effet sur les populations. Rappelons que ces campagnes de C.C.C insistent sur le port de vêtements couvrant tout le corps et des bottes avant d'entreprendre des activités dans ou à proximité des zones à risque et sur l'observation d'une hygiène alimentaire. On note ainsi un recul de l'endémie bilharzienne dans le district sanitaire de Tiassalé durant les deux dernières années précédant la collecte des données selon la DIPE. En outre, la prise en compte des déterminants de la gravité de la maladie traité dans la deuxième partie de l'étude joue certainement un rôle dans l'observation de quelques mesures de prudence vis-à-vis de ces maladies. L'endémie onchocerquienne aurait également reculé dans la région (0 cas pour les années 2007 et 2008 dans le district sanitaire). Ce recul est imputé à la construction du barrage hydroélectrique de Taabo qui techniquement ayant ralenti le débit du fleuve ne favorise plus la survie des vecteurs de la maladie.

Quant aux choix opérés entre ressources, plusieurs facteurs peuvent les avoir influencés. Ces facteurs sont exposés dans le chapitre IX. Cette répartition nous donne une idée de l'utilisation des différentes ressources médicamenteuses dans la zone. Comment ces ressources se répartissent-elles entre les différentes caractéristiques sociodémographiques des répondants ? La série de croisements de variables suivante renseigne sur cette question.

7.2.3 Le rapport zone d'habitation/choix des pratiques de soins

La mise en rapport de la variable zone d'habitation des enquêtés et les ressources thérapeutiques indique quelques écarts dans l'utilisation de ces

ressources entre les deux zones d'enquête. Ce rapport montre en effet que les populations rurales usent plus des médicaments pharmaceutiques que celles résidant à la cité (23,63% contre 17,38%) et qu'en revanche, les médicaments traditionnels africains sont plus utilisés en zone urbaine qu'en milieu rural (26,54 % contre 11,61 %). Pour ce qui est de la prise de médicaments chinois, on note une légère différence (0,59 %) entre les deux zones d'étude et cette différence est en faveur des populations rurales. Mais dans cette approche comparative dans l'utilisation des ressources de soins entre zone, la différence la plus notable s'observe dans le recours conjoint aux médicaments traditionnels et aux médicaments pharmaceutiques. Cette co-thérapeutique représente 27,51 % pour les ruraux contre 3% pour les urbains. Les populations rurales diversifient ainsi plus leurs ressources que celles de la cité. Les autres pratiques de co-thérapie, -très peu observées dans les deux zones- sont équilibrées en milieu rural (0,01%) pendant qu'elles sont de 00 % en zone urbaine pour l'association médicaments traditionnels-médicaments chinois, de 0,44 % pour l'association des trois types de ressources et de 0,88 % pour le couple produits pharmaceutiques-médicaments chinois.

On observe en outre que les populations urbaines ont moins contracté les maladies qu'elles redoutent le plus (49,56%) que celles résidant dans les villages (62,26%).

Tableau 21: Rapport zone d'habitation des répondants/ressources de soins

Ressources de soins	p. pharm	M. chin	M. trad.	p.pharm/M.trad	P. Pharm/M.chin	M. trad./M. chin	P.Pharm/M.trad/M.chin	jamais mal.	Tot. %
Lieu de résidence	%	%	%	%	%	%	%	%	
Urbaine	17,3	1,3	26,5	03	0,8	00	0,4	50,4	100
Rurale	23,6	1,9	11,6	27,5	00	00	00	35,3	100

Source : Notre enquête quantitative sur les « pratiques de soins des populations de Taabo face aux MTN » mars 2009-août 2010

7.2.4 Le rapport âge/pratiques de soins

Le rapport âge/ressources thérapeutiques montre la variation des pratiques de soins d'un groupe sociale à l'autre. On note ainsi que les produits pharmaceutiques sont plus utilisés par les enfants (34,04%) que par les autres groupes sociaux (15,30 % pour les jeunes et 10,16 % pour les adultes). Il a en revanche été observé que les produits chinois sont plus utilisés par les adultes (7,61%) que par les autres groupes (5,46% pour les jeunes et 6,12% pour les enfants). Pour ce qui est de l'utilisation des produits des médecines locales, on note une prédominance de la catégorie des enfants (20,17%). La proportion de l'échantillon les concernant est ainsi supérieure à celle des jeunes (10, 92 %) et à celle des adultes (11,73%). De tous ces recours, celui mettant en scène la prise conjointe de produits pharmaceutiques et de médicaments traditionnels présente la particularité de croître en fonction de l'âge. On observe en effet que la proportion d'enquêtés usant de cette pratique croît au fur et à mesure de

l'évolution de l'âge (20,15 % pour les enfants, 25,13 % pour les jeunes et 28,39% pour les adultes). Les adultes sont ainsi ceux qui recourent le plus à cette co-thérapeutique. Il en est de même des autres modèles thérapeutiques associant les trois types de soins (0, 24 % pour les adultes contre 0,1% pour les jeunes et 0,1% pour les enfants).

Ce rapport par ailleurs montre que la catégorie des jeunes est celle qui a le moins fait l'expérience de la maladie redoutée (56,81%). Dans cette réalité en revanche, la catégorie des enfants représente la proportion la plus importante (81,58%).

Tableau 22: Rapport âge des répondants/ ressources de soins

Ressces. de soins Groupes d'âge	P. pharm %	M. chin %	M. trad %	P.pharm/ M.trad %	P.pharm/ M.chin. %	M.trad/ M.chin %	P.pharm /M.chin/ M.trad %	Jamais mal. %	Tot %
[08-15ans]	34	6,1	20,1	20,1	1	0,1	00	18,4	100
[16-25ans]	15,3	5,4	10,9	25,1	00	00	00	43,1	100
[26-95ans]	10,1	7,6	11,7	28,3	0,2	00	0,2	41,6	100

Source: Notre enquête quantitative sur les « *pratiques de soins des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

Dans ce croisement de variables, chaque groupe social d'enquêtés a présenté un pourcentage prédominant dans l'utilisation exclusive d'une ressource de soins ou de celle-ci en association avec une autre.

7.2.5 Rapport groupes d'appartenance ethnique/pratiques thérapeutiques

Le tableau ci-après montre la pratique thérapeutique différentielle entre groupes ethniques. Il y apparaît que chaque groupe semble se caractériser par un recours. Dans l'utilisation des médicaments pharmaceutiques, les communautés allogènes autres ont observé le pourcentage le plus élevé (29,03%). Ils ont ainsi devancé les populations autochtones dont la proportion de recours à ce type de ressources est de 25,14%. Par contre les populations Dida sont les moins représentées dans l'utilisation des produits pharmaceutiques (9,8%) mais aussi dans le recours aux médicaments chinois (00%). Les allogènes « autres » sont parmi toutes les communautés les plus représentées dans la prise de médicaments chinois (12,9%).

Une hypothèse explicative de cette situation peut être que ces populations constituées de guinéens, mauritaniens, togolais et autres connaissant moins la flore locale et des guérisseurs se réfèrent plus à la pharmacopée moderne occidentale et chinoise. Il en est autrement du recours aux médecines traditionnelles africaines dont l'utilisation est pour la plus large part attribuée aux ressortissants maliens comme l'indique les données du tableau. Ce sont les allogènes « autres » qui représentent la proportion la moins élevées dans le recours aux médicaments traditionnels africains (9,67 %).

Pour ce qui est des pratiques conjointes, seule l'association de médicaments traditionnels et de produits pharmaceutiques occidentaux est la plus pratiquée et elle l'est surtout plus par les communautés maliennes (29%) et moins par les Dida (9,8%). Cette population en outre, représente le pourcentage le moins élevé dans la non-contraction de la maladie redoutée (30%).

Dans cette réalité par contre, ce sont les Dida qui ont la proportion la plus élevée de l'échantillon (68,62). Cela peut s'expliquer par les activités socio-professionnelles de chaque communauté. Les communautés maliennes étant plus

présentes dans les activités de pêche et d'élevage manifestent un plus grand nomadisme et plus de contact avec les zones hydriques toute chose pouvant davantage les exposer à certains problèmes de santé. On note seulement 0,2% de différence entre cette population malienne et celle des Burkinabés.

On comprend mieux pourquoi aux premières heures de cette endémie dans la région, certaines représentations sociales faisaient de l'ulcère de buruli, la « *maladie des étrangers* ». Malheureusement nous n'avons pu disposer de données chiffrées pouvant attester cette observation selon laquelle les ressortissants étrangers en auraient le plus fait l'expérience¹⁰.

Tableau 23: Rapport *groupes d'appartenance ethnique des répondants /ressources de soins*

Ressources de soins Groupes d'appartenance ethnique	P.pharm %	M.chin %	M.trad %	P.pharm/M.trad %	P.pharm/M.chin %	M.trad/M.chin %	P.pharm/M.chin/M.trad %	Jamis mal. %	Tot. %
<i>Autocht. baoulé</i>	25,1	1,2	11,4	25,6	0,2	00	00	36,1	100
<i>Autocht. dida</i>	9,8	00	11,7	9,8	00	00	00	68,6	100
<i>Allocht.</i>	30	5,4	14,1	18,7	0,1	00	00	31,5	100
<i>Allogènes bkbés</i>	24,9	2,9	15,6	25,9	00	0,3	00	30,2	100
<i>Allog.maliens</i>	22	01	17	29	00	00	01	30	100
<i>Autres allog.</i>	29	12,9	9,6	16,1	00	00	00	32,2	100

Source : Notre enquête quantitative sur les « *pratiques de soins des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-août 2010

7.2.6 Le rapport niveau d'instruction/ressources de soins

Le croisement du niveau d'instruction avec les pratiques de soins montre que les individus duniveau d'étude secondaire recourent plus aux produits

¹⁰Les données du pavillon de PEC de l'ulcère de buruli de l'hôpital général de Taabo ne datent que de l'année 2006 et en plus.

pharmaceutiques (25%). Mais l'écart entre cette catégorie sociale et la proportion du niveau d'étude primaire est assez faible (0,16%). Cette mise en relation indique par contre que la catégorie des déscolarisés utilise moins que les autres les produits de la médecine moderne conventionnelle (18,34%) et ceux de la pharmacopée chinoise (00%). Dans l'utilisation de cette dernière ressource sus-citée, ce sont les analphabètes qui sont les plus nombreux (1,99%). Quant au recours aux médicaments traditionnels africains, il est plus pratiqué par les individus de niveau d'étude supérieur plus que tous les autres (31,25%) et moins observé par les analphabètes (9,82 %).

Les recours conjoints s'illustrent comme les moins observés de toutes les pratiques de soins dans l'enquête. Néanmoins la plus pratiquée d'entre elle est l'association de produits pharmaceutiques occidentaux et de médicaments traditionnels comme indiqué plus haut. Dans ce croisement, ce sont les individus de niveau d'étude primaire qui en font le plus usage (24,55%) et ceux du niveau d'étude supérieur qui y recourent le moins (00%).

Ce croisement met également en exergue une autre réalité. Il indique en effet que les individus de niveau d'étude supérieur ont moins fait l'expérience de la pathologie qu'ils craignent le plus (54,17%) contrairement à ceux du niveau d'étude secondaire qui eux ont plus fait cette expérience (69,24%). Face à cette situation on peut penser qu'à la différence des autres niveaux d'instruction, leur niveau d'étude confère à ceux du supérieur, les moyens de connaître les mesures d'évitement de la maladie et de les appliquer.

Cette même méconnaissance des risques liés à la maladie et aux médicaments peut également expliquer la prédominance des analphabètes dans l'utilisation des médicaments de la rue, des produits dont les vertus thérapeutiques et les effets secondaires sont réputés peu connus par les individus qui en font le commerce.

Tableau 24: Rapport *niveaux d'instruction des répondants/pratiques de soins*

Ressrcs de soins Niveaux d'instruction	P. phar m %	M.chi n %	M.trad d %	P.pharm /M.trad %	P.pharm /M.chin %	M.trad/ M.chin %	P.pharm /M.chin/ M.trad %	Jamai s mal %	Tot %
<i>Analphabète</i>	20,9	1,9	9,8	24,1	00	00	0,1	43	100
<i>Primaire</i>	24,8	1,6	11	24,5	0,2	0,1	00	37,5	100
<i>Secondaire</i>	25	0,6	30,7	11,5	0,6	00	0,6	30,7	100
<i>Supérieur</i>	22,9	00	31,2	00	00	00	00	45,8	100
<i>Déscolarisé</i>	18,3	1,66	27,5	12,5	00	00	00	40	100

Source: Notre enquête quantitative sur les « *pratiques de soins des populations de Taabo face aux MTN* » mars 2009-septembre 2010

7.3 Interprétation des données statistiques

L'observation de ces données nous permet de relever quelques paradoxes. En effet on aurait pu penser que la cité fournissant les biens et services (entre autres, la proximité avec une structure de soins de premier recours) mettrait à la disposition des populations de ce cadre, les conditions d'acceptation et de recours aux produits de la pharmacopée occidentale officielle. Les données empiriques ci-dessus présentées nous donne de constater que ce sont ces populations qui usent le moins de ces ressources et recourent ainsi plus aux soins de type traditionnel. On peut également s'interroger sur la proportion de répondants de niveau d'étude supérieur recourant à la médecine traditionnelle (31,25%) et à la médecine officielle (22,92%).

7.3.1 Le faible poids des caractéristiques sociodémographiques

La mise en accusation des caractéristiques sociodémographiques tels que le lieu de résidence (selon que celui-ci est urbain ou rural) et le niveau d'instruction des répondants est un modèle analytique souvent développé dans les travaux portant sur les représentations étiologiques et les pratiques de soins en Afrique. On peut par exemple retenir de certains de ces travaux que le niveau d'instruction des enquêtés est un facteur déterminant dans l'adhésion ou non aux modèles étiologiques naturalistes et au recours aux modèles de soins biomédicaux. Ainsi s'attardant sur différentes constructions sociales de la drépanocytose chez les immigrés Français, Doris Bonnet écrit que :

*«[...] certains stéréotypes véhiculés par le sens commun se construisent à partir de deux modèles d'intégration sociale qui correspondent à deux origines géographiques d'immigration: d'un côté, les Africains de l'Ouest, considérés comme plus ou moins analphabètes ou illettrés, d'origine rurale et **peu « observants» vis-à-vis du système de santé français, de l'autre les immigrés originaires d'Afrique centrale, cultivés, habillés à l'occidentale (symbole identitaire qui révèle une immigration en voie d'assimilation)** et qui adhèrent au système de santé français » (op. cit.:49).*

Quant à Jean Benoist, il pense que le pluralisme médical, caractéristique des comportements de soins antillais est un usage social original participant à l'édification de la créolité.

*«[...] Les changements récents de la société mauricienne ont toutefois conduit à l'émergence **d'une classe moyenne, ayant un niveau d'instruction non négligeable et qui ne participe que de façon réticente à celles des activités de soins** qui sont le plus explicitement marquées par l'empreinte des croyances populaires, bien qu'elle ne s'en dissocie pas réellement » (1996:98).*

Plus près de nous, et à Taabo précisément, Zogba Gopré Gervais dit avoir vérifié l'hypothèse que:

« La perception de l'ulcère de buruli est étroitement liée au niveau d'instruction des populations: plus le niveau d'instruction est bas, plus les populations attribuent la cause de la maladie à des agents humains ou surnaturels, et plus le niveau est élevé, plus elles pensent que la maladie est naturelle. » (op. cit:19).

Au terme du croisement des variables ressources médicamenteuses/caractéristiques sociodémographique des enquêtés dans notre matériel d'étude, nos résultats se caractérisent quelque peu par leur « incohérence » et leur « éclatement ». Les contradictions observées dans ces résultats peuvent s'interpréter à la lumière des pistes de réflexions développées dans la « *sociologie de l'expérience* » de François Dubet et de la sociologie compréhensive de Max weber. Rappelons que pour Dubet, l'expérience

« [...] désigne les conduites individuelles et collectives dominées par l'hétérogénéité de leur principes constitutifs, et par l'activité des individus qui doivent construire le sens de leurs pratiques au seins même de cette hétérogénéité ». (op. cit:15).

Dans le choix de la ressource de soins à Taabo, on note en effet le non-déterminisme des caractéristiques sociodémographiques. Les acteurs quel que soit leur lieu de résidence, âge, niveau d'instruction et groupe d'appartenance ethnique semblent adhérer à une pratique de soins selon des motivations personnelles. Il ne serait donc pas un non-sens que de faire l'hypothèse que le choix d'une ressource médicamenteuse est le produit de motivations individuelles exempt de toute contrainte liée aux caractéristiques sociales des acteurs. Cette idée de non-contrainte dans la pratique sociale apparaît chez Weber. Pour Max Weber que cite Raymond Aron (1967), l'acteur pour agir selon la tradition, n'a ni besoin de se représenter un but, ni concevoir une

quelconque valeur, ni être agité par une émotion, celui-ci obéit simplement aux reflexes enracinés par une longue pratique.

Au regard de cette position de l'auteur, on peut retenir que les comportements thérapeutiques qui sont construits à partir des croyances, valeurs, symboles et habitudes s'apprécient en Afrique aussi bien en ville qu'au village en relation avec les « motivations profondes » des acteurs. Cela est d'autant plus réel que chaque africain malgré son lieu de résidence, son âge, son groupe d'appartenance ethnique et son niveau d'instruction et sa religion, conserve en général certaines connaissances phytothérapeutiques dont il est toujours disposé à user lorsque sa santé est éprouvée ou à mettre à la disposition de son « entourage » (Vidal, 1996) quand le besoin se manifeste. Dans ces comportements thérapeutiques, on note également que les mêmes savoir-faire en matière de soins se communiquent d'une zone à l'autre.

7.3.2 Des comportements thérapeutiques migrants

Le caractère « nomade » des comportements thérapeutiques s'exprime par leur extension d'un cadre géographique à l'autre. Entre Taabo cité et sa campagne, on observe des « invariants » dans les choix de ressources médicamenteuses. Sur ces pratiques, nous revenons largement dans le chapitre suivant. Notons seulement ici qu'elles soient institutionnelles ou profanes, les mêmes savoirs thérapeutiques nous sont apparues d'un village à l'autre et toujours avec la même justification.

S'agissant de l'attitude de non-recours des populations urbaines aux structures modernes de soins, l'auteur pense qu'elle s'explique par la complexité des rapports soignants-soignés, par les difficultés d'accès aux services sanitaires et par la « déplorable qualité des soins » qui y sont dispensés. En revanche, l'affluence des ruraux vers les structures modernes de soins peut se comprendre selon lui en rapport avec le contexte de vie social villageois, un contexte

d'« interconnaissance » entre soignants et soignés où le soignant reste accessible pour tout un chacun. On peut donc considérer que la proximité des ruraux de Taabo avec leurs structures de soins mais aussi avec leur personnel soignant milite en faveur de leur recours à cette ressource. De plus la tarification des consultations dans les deux zones (50f CFA dans les dispensaires ruraux et 100f CFA pour les centres de santé contre 500f CFA et 1000f CFA à l'hôpital général) peut tout aussi bien constituer un facteur favorisant cette réalité.

Pour ce qui est des moyens d'approvisionnement en ressources de soins, ils s'illustrent également par leur complexité. Ils n'impliquent a priori pas que les individus se procurent les médicaments conseillés dans les sources officielles de distribution de ceux-ci c'est-à-dire dans l'officine privée de la cité, ou dans les pharmacies des établissements sanitaires de la zone d'étude ou encore auprès d'un guérisseur pour ce qui est des médicaments traditionnels. À ce propos Olivier Se Sardan (1994) propose d'ailleurs d'émettre quelques réserves face aux discours portant sur les représentations des modèles de soins en Afrique et les comportements thérapeutiques « réels » des usagers. Pour lui, ces deux réalités sont bien loin d'entretenir des liens simples et univoques.

*« [...] La **consultation des services de santé ne signifie pas, loin de là un ralliement aux représentations occidentales correspondantes.**»*
(De Sardan 1994:7).

Les discordances en la matière s'expriment en général par le non-suivi du conseil du thérapeute et par la seule volonté de rechercher un diagnostic. Ainsi les acteurs peuvent se faire prescrire ou conseiller un médicament par un thérapeute et se le procurer autre part que dans la source conseillée.

La réalité des pratiques de soins et celle des sources d'approvisionnement en médicament se présentant alors comme consubstantielle l'une de l'autre, l'enquête a cherché à connaître les différentes sources d'approvisionnement des

populations en médicament. Il ressort de nos observations que celle-ci sont diversifiées.

7.4 Les sources d'approvisionnement en médicaments

Elles se répartissent entre structures officielles et sources non-officielles.

7.4.1 Les repères « officiels »

Sous le terme de « repères officiels » dans ce travail, nous désignons les institutions reconnues pour délivrer un médicament lorsqu'elles sont sollicitées. Il s'agit dans ce registre de l'officine privée, de la pharmacie de l'hôpital général, des dépôts de produits pharmaceutiques, du pavillon de soins contre l'ulcère de buruli et des guérisseurs professionnels mais aussi de tout autre individu reconnu par le corps social comme possesseur de connaissances en matière de thérapie. Cette dernière catégorie de personnes concerne des individus difficilement dénombrables en raison du caractère assez hétéroclite des problèmes de santé qu'ils sont reconnus comme guérisseur et de la complexité des savoirs qu'ils affirment posséder. Résidant dans chaque village, ce sont en fait de « *semi-spécialistes* » (De Sardan, 1996:6) paysans ou exerçant autres activités et qui soignent chacun en général une ou plusieurs maladies très spécifiques au moyen d'une recette très souvent familiale¹¹ héritée. Les professionnels de ce domaine à nous présentés par les autorités traditionnelles sont au nombre de quatre (4). Deux d'entre eux résident à la cité, l'une à Zougoussi et l'autre à Tolakro, l'un des campements rattaché à Ahondo. Les dépôts de produits pharmaceutiques pour leur part sont au nombre de trois (3).

¹¹ Hormis la prêtresse de Zougoussi et Dame Vivianne de Taabo cité tous les autres praticiens rencontrés peuvent être rangés dans cette catégorie de praticiens.

On les localise à Taabo village, à Amani menou et à Ahéremou II¹². Dans les villages tels que Ahondo et Léléblé, sont tenus des kiosques de produits pharmaceutiques.

7.4.2 Les repères « non-officiels »

Les repères non-officiels sont les sources non-autorisées à conseiller ou à vendre des médicaments. Il s'agit en premier lieu des pharmacies ambulantes tenues pour la plupart par des dames et ravitaillées par les réseaux marchands parallèles locaux. C'est une activité commerciale qui propose des médicaments modernes (de marque et essentiels, souvent réels ou frelatés) de contrebande et de colportage vendus à l'unité et à l'étalage qui se diffusent aussi bien à Taabo cité que dans les villages et suivant le calendrier du marché hebdomadaire de la région¹³.

¹² Ces dépôts de produits pharmaceutiques sont des succursales des officines de Taabo cité et de Tiassalé.

¹³ De manière tournante, les activités commerciales de la région se tiennent une fois par semaine dans chaque village.

Photo 9: Vue d'un commerce à l'étalage de médicaments pharmaceutiques à Amani menou



Source : Prise de vue réalisée par nos soins, septembre 2010

On peut également associer à cette catégorie celle d'individus revendiquant des savoir-faire thérapeutiques et qui vendent en colportage et au détail des remèdes traditionnels d'origine végétale proposés sous forme de poudre ou de tisane pour la plupart résidant à Taabo cité mais suivant le programme des activités commerciales hebdomadaire de la région.

Photo 8: Vue d'un étalage de médicaments traditionnels au Marché de Taabo cité



Source: Prise de vue réalisée par nos soins, septembre 2010

En second lieu, il s'agit de connaissances thérapeutiques largement partagées acquises au cours d'expériences personnelles ou transmises. À titre d'exemples, la phase pré-ulcéralive des cas de mycobactérium ulcerans se manifestant par un œdème en général assimilée à une quelconque inflammation de la région corporelle infectée est traitée par l'application par voie cutanée d'un cataplasme avec une pommade supposée possédée des vertus antalgiques. Le produit d'origine chinoise communément appelé « *matelatum* » est le plus fréquemment utilisé de ces produits. Contre les accès de fièvre supposée annoncer une crise de fièvre typhoïde, la ressource la plus diffusée est une tisane de feuilles de *Neem* à laquelle on adjoint un bain de vapeur de la même ressource. Il nous été rapporté

que cette même pratique solutionnerait les crises palustres et divers états d'altération de la santé se manifestant par des nausées et un affaiblissement de l'individu. Comme justification de ce « *braconnage* » (De Certeau que citent Jaffré et De Sardan, 1999) thérapeutique pouvant illustrer cette construction d'incertains savoirs, les propos du type « *on ne sait jamais* » (Jaffré et De Sardan, 1996) étaient récurrents lors de nos entretiens.

L'utilisation de ces remèdes circulant comme des « *savoirs de sens commun* » (Garfinkel, 1967) sont en général perçus comme pouvant remédier à la fois à plusieurs problèmes de santé ayant des signes communs de manifestation. Cet usage abusif d'un même remède apparaît chez les mères nigériennes. De Sardan (1996) a en effet montré que l'utilisation de gélules localement désignées sous l'appellation de « *tuppay* » était le tout premier réflexe dans la prise en charge communautaire de tous les problèmes de santé infantiles.

Photo 9: Vue d'une clinique chinoise sise à Taabo cité



Source : Prise de vue réalisée par nos soins, septembre 2010

Conclusion partielle

En définitive, plusieurs ressources médicamenteuses sont utilisées face à l'état de morbidité dû aux MTN. Il s'agit de recours aux structures modernes de soins, aux guérisseurs et aux savoirs populaires profanes. On peut retenir de ces ressources qu'elles sont parfois utilisées individuellement parfois conjointement. Dans l'éventail de ces choix de médicaments, le recours aux médicaments pharmaceutiques de façon individuelle est le plus observé avec une proportion dans l'échantillon de 22,89%. La pratique d'utilisation de produits de la pharmacopée occidentale en association avec le recours aux médicaments traditionnels représente aussi une proportion assez importante (22,53%) de l'échantillon. Individuellement considérées, l'utilisation de produits

phytothérapeutiques et de produits chinois ont relativement moins cours. Mais la première citée est plus observée que la seconde (13,35% contre 1,59%). L'association de ces deux types de produits représente une proportion très faible (2 individus) soit 0,10% ainsi que leur association avec les médicaments de l'industrie pharmaceutique occidentale (0,20%).

Les rapports pratiques de soins/caractéristiques sociodémographiques des enquêtés montrent une prédominance de certaines pratiques de part et d'autres. Ainsi il apparaît que les ruraux recourent plus aux médicaments pharmaceutiques que les populations urbaines (23% contre 17,25%). On note également un plus grand usage des médicaments d'origine chinoise en zone rurale qu'en zone urbaine (1,91% contre 1,32%). La co-thérapeutique médicaments pharmaceutiques et médicaments traditionnels est également plus observée en zone rurale qu'en zone urbaine (25% contre 3%). Cependant les produits phytothérapeutiques sont plus utilisés à Taabo cité que dans la partie rurale de la zone d'étude (26,54% face à 11,64%). On ne note pas de cohérence dans les résultats produits par les autres croisements notamment ceux liés à l'âge, au niveau d'instruction et au groupe d'appartenance ethnique. Ce fait nous montre que les caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas véritablement les pratiques de soins.

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement en médicaments, on peut retenir qu'il en existe plusieurs. La catégorisation de ces sources indique qu'on peut les répartir en deux groupes: Les sources officielles et les sources non-officielles. Ces différentes réponses de soins et leurs sources de fourniture en médicaments si elles ne sont pas déterminées par les caractéristiques sociodémographiques des acteurs, elles pourraient néanmoins l'être par d'autres facteurs.

CHAPITRE VIII:

Stratégies communautaires de prise en charge des maladies à l'étude en rapport avec les catégories locales de soins

Introduction

Si toute communauté africaine s'interroge sur les causes des affections qu'elle vit, elle est également fort préoccupée par l'efficacité des différents modèles de soins qui s'offre à elle. Ainsi face aux effets d'une grande précarité sanitaire qui se traduit par une forte morbidité due aux maladies chroniques, on peut parfois constater une faible perception sociale de la biomédecine. Cette faible perception procède d'un manque de confiance en l'efficacité thérapeutique du soin biomédical. Les implications d'une telle réalité sont bien souvent un non recours aux structures de soins ainsi considérées fébriles face aux maladies chroniques.

Dans le cas de Taabo, le chapitre précédant a montré qu'un « pluralisme médical » reposant sur la tri-thérapeutique biomédecine, tradithérapie et médecine populaire avait cours. Face à ces différents champs médicaux, on note une répartition des maladies en fonction de certaines variables. Celles-ci ne s'illustrent pas par une certaine stabilité dans un environnement lui-même caractérisé par une diversité ethnoculturelle et en plus traversé par deux cadres de vie. Différents facteurs vont ainsi contribuer à expliquer les choix entre les recours thérapeutiques.

Dans le présent chapitre, il s'agit d'indiquer les taxinomies communautaires des maladies à l'étude face à cette diversité médicale mais également de rendre

compte de quelques pratiques de soins usités face à la maladie la plus redoutée de cette zone.

8.1 Modèles communautaires de classification des MTN face aux offres de soins

Les classifications présentées ici ont été réalisées sur la base de l'approche dite « *émique*¹⁴ » (Pike cité par Bonnet, 1999). Elle se réfère de ce fait à une mise en système émanant des acteurs sociaux eux-mêmes et diffère ainsi d'une démarche de type « *étique* ».

Ces données sont issues des focus-group entrepris avec les différentes communautés dans le cadre de l'enquête qualitative. Cette démarche répond à une logique, celle de rester fidèle à la grille de lecture propre aux catégories de pensées locales. En considération du nombre de villages autochtones Baoulé et Dida, et de communautés allogènes, des recoupements ont été opérés afin de produire les schémas de classification ci-dessous.

Un avertissement préalable est ici nécessaire: une pratique est apparue caractéristique des communautés interrogées. Le recours au modèle de soins moderne est opéré pour certaines maladies telles que l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde que lorsque la thérapeutique communautaire faite d'automédication et de recours aux guérisseurs a montré ses limites:

« On fait entre nous ici d'abord, si ça va pas, et puis on va à l'hôpital ».

¹⁴Selon Harris (1976), les concepts d'émique et d'étique sont des néologismes issus de l'anglais « emic » et « etic ». L'émique se réfère à une mise en système considérée comme appropriée par acteurs eux-mêmes, tandis que l'étique dépend de distinctions élaborées par la communauté scientifique.

Ce discours qui s'est caractérisé par sa récurrence lors de nos observations nous donne de penser que les structures de soins modernes sont en général reléguées à un niveau de second recours. Pour les autres maladies, on observe une persistance dans la pratique de soins traditionnels et ce pour diverses raisons. La catégorisation des maladies dans leur rapport aux modèles de soins en présence tient dès lors compte de certaines dispositions sociales pratiques.

8.1.1 Le modèle classificatoire autochtone Baoulé

Il ressort des entretiens réalisés avec les chefferies des localités autochtones baoulé que face à l'appareil de soins, leurs communautés respectives opèrent une classification des maladies à l'étude. Dans cette classification, trois (3) maladies sont traitées de manière exclusive par chacun des modèles de soins. La filariose lymphatique et tout ce qui en est réduite est soumise aux guérisseurs tandis que les verminoses intestinales, quant à elles sont prises en charge par la communauté elle-même à travers les savoirs populaires. L'onchocercose comme nous le montrions dans la première partie de l'étude n'est pas connue en tant qu'entité nosologique autonome. Les implications de cette méconnaissance sont que sa prise en charge communautaire est un traitement symptomatique. Sa manifestation la plus évidente étant la cécité, celle-ci est confiée aux institutions traditionnelles de soins.

Le paludisme, la fièvre typhoïde et l'ulcère de buruli sont pris en charge par les trois (3) instances de soins à la fois soit alternativement soit simultanément. Mais la bilharziose urinaire se situe à l'intersection des pratiques de soins biomédicales et « profanes ». Ce modèle manifeste quelques différences avec celui qui a cours dans les communautés dida d'Amani menou et de Sokrogbo.

8.1.2 Le modèle de classification Dida

Le rapport, pratiques de soins/MTN chez les populations Dida montre également que certaines maladies sont traitées exclusivement par un modèle de soins tandis que d'autres le sont par plusieurs à la fois. Pour ce qui est des maladies traitées par une seule instance de soins, on dénombre la bilharziose urinaire qui est gérée par les populations elles-mêmes soit à coup de gélules de la pharmacopée moderne soit par les savoirs populaires de type traditionnel. Les verminoses intestinales sont également prises en charge par les populations elles-mêmes mais à l'aide de plantes médicinales.

Quant à la fièvre typhoïde et la filariose lymphatique, elles sont proposées aux guérisseurs bien que la première soit dite peu connue. Le paludisme est autant pris en charge par les savoirs populaires que par le centre de santé de Sokrobo. L'ulcère de buruli est également traité par deux instances de soins en l'occurrence la tradithérapie et le centre de santé.

Tout comme chez les Baoulé, l'onchocercose n'est pas identifier comme entité pathologique distincte. Aussi ses différentes manifestations cliniques qu'elles soient dermiques ou oculaires sont individuellement prises en charge soit par les savoirs populaires soit par les institutions de soins traditionnelles. Ces modèles classificatoires des autochtones ont en commun de confier certaines maladies en l'occurrence le paludisme, la fièvre typhoïde et l'ulcère de buruli à plusieurs instances de soins. Comment les allogènes Burkinabé approchent-ils ces maladies ?

8.1.3 Le modèle classificatoire allogène burkinabé

Ce modèle se distingue également par sa distribution des maladies entre les trois (3) instances de soins disponibles. La majorité des populations burkinabées

notamment celles de Taabo cité, d'Amani menou, de Sokrogbo, de Taabo-village, de Léléblé et de Kôkôtikouamékro dit connaître très peu la filariose lymphatique et l'onchocercose. Ces maladies ne faisant fréquemment pas partie de leurs expériences morbides et donc logiquement pas non plus de leurs habitudes de soins, elles ne sauraient indiquer un modèle de soins pouvant y remédier. Néanmoins les infections de la peau ou de l'organe oculaire sont traitées chez les guérisseurs. Quant aux maladies telles que le paludisme et la fièvre typhoïde, elles sont prises en charge par les guérisseurs mais après que la communauté elle-même n'aie pas pu y faire face par automédication. Face aux verminoses intestinales et à la bilharziose urinaire, les pratiques de type populaire sont les plus utilisées. L'ulcère de buruli lorsqu'il est identifié est exclusivement confié aux établissements sanitaires modernes.

8.1.4 Le modèle classificatoire allogène malien

Ahondo et Sahoua sont les 2 localités où il réside le plus d'allogènes maliens bozo. Ces deux villages ont par ailleurs en commun de partager le même air sanitaire. Celui-ci est couvert par le dispensaire rural localisé à Ahondo. Au terme des entretiens réalisés avec ses populations, il apparaît une assez faible fréquentation de cette structure moderne par ladite communauté. Elle dit ne recourir au dispensaire que lorsqu'elle a identifié l'ulcère de buruli. Les autres problèmes de santé sont résolus par les savoirs locaux. On note que parmi ceux-ci seule la fièvre typhoïde a été dite confiée aux phytothérapeutes autochtones, les autres étant traités au moyen des savoirs faire thérapeutiques populaires. Selon les propos de la chefferie de cette communauté, la bilharziose urinaire ne constituant pas un véritable problème de santé, leurs compatriotes ne prennent pas de disposition particulière pour elle.

« Déoukongui-là ça, ça vient comme ça hein et puis ça va lui seul. Même si tu fais pas médicament, ça fini comme ça. Ça peut rester jusqu'en et puis tu vois plus. »

Quelques constats

L'observation de ces différentes taxinomies nous permet de faire quelques constats. D'abord que l'automédication constitue dans la majorité des cas le premier recours et dans d'autres le seul. Les autres modèles lui sont substitués que lorsqu'elle a montré son impuissance face à la maladie.

Ensuite que certaines maladies semblent n'être prises en charge que par une seule instance de soins à la fois. C'est le cas de la fièvre typhoïde qui est confiée par presque toutes les communautés aux guérisseurs, des maladies non-débilitantes telles que les verminoses intestinales et la bilharziose urinaire qui sont gérées par automédication. On remarque également que pour les communautés qui ont affirmé connaître la filariose lymphatique et l'onchocercose, celles-ci sont confiées aux guérisseurs. L'ulcère de buruli pour sa part est soit confié aux structures modernes de soins soit aux guérisseurs lorsqu'il est identifié. Notons que le temps de l'identification se caractérise par une esquisse de prise en charge communautaire qui se solde en générale par un échec en témoigne l'étape de l'ulcération atteint par les malades lorsque finalement ceux-ci recourent aux guérisseurs ou établissements sanitaires. Cette étape d'automédication serait due à la méconnaissance des tous premiers signes annonciateurs de la maladie qui sont souvent confondus avec d'autres affections. C'est ce que nous apprendra l'étude de la trajectoire de soins des acteurs en souffrance de cette maladie.

8.2 Cas pratique: traçage du parcours de soins des malades d'ulcère de buruli

Dans un contexte endémique ivoirien situant la région de Taabo parmi les plus touchées par l'ulcère de buruli et face à une perception communautaire en faisant la maladie la plus redoutée dans cette zone, nous avons entrepris une enquête sur la gestion de cette maladie. Nous nous sommes fondés sur deux exigences: d'une part reconstituer les parcours de soins des malades et d'autre part rendre compte de quelques une de ces pratiques de soins. Ce parcours de soins auquel le contexte social de Taabo laisse sa marque porte sur « *l'ensemble des groupes, ressources, pratiques, savoirs, représentations, et symboles* » (Saillant, 1999:15) dont celui-ci dispose de manière implicite ou explicite pour résoudre ce problème de santé.

Il a été établi au terme d'entretiens réalisés avec une quarantaine de malades de l'ulcère de buruli partageant tous le même profil épidémiologique (ce sont des rechutes c'est-à-dire plus d'un épisode de la maladie)¹⁵. Les âges quant à eux variaient entre 10 et 45 ans et les deux sexes ont été enquêtés.

Notons également que ces individus ont été interrogés dans différents établissements sanitaires allant du dispensaire rural au pavillon de lutte de Taabo en passant par les centres de santé et à domicile¹⁶. Cet itinéraire de soins se caractérise par une grande complexité et le caractère chronique de l'ulcère de buruli semble d'ailleurs militer en faveur d'une telle réalité. Entre hésitations et remises en cause des catégories de soins institutionnelles, cette « quête thérapeutique » illustre une « *errance parmi l'ensemble du dispositif thérapeutique* » (Gruénais, 1990:230) local.

¹⁵ Les expériences morbides varient entre 06 mois et 12 ans. Le conjoint d'une de nos enquêtés résidant à Amani menou nous rapportait que son épouse faisait sa douzième années d'ulcère de buruli.

¹⁶ Les différentes localités nous ayant permis de rencontrer ces malades sont le pavillon de lutte de Taabo cité, le dispensaire rural de Ahondo, le dispensaire rural de Léléblé, le centre de santé de Sokrogbo. Certains malades pratiquant l'automédication nous ont été présentés par les ASC à leur domicile précisément à Kotiéssou, à Amani menou.

Il convient ici de retenir que la succession d'étapes ou le cumul des pratiques de soins tout au long de la morbidité due à mycobactérium ulcerans, une morbidité s'étendant parfois sur de longues années, conduit parfois les malades et leurs GOT à ne plus se souvenir de chacun des actes thérapeutiques entrepris. « *Hé tchê en yara-là dôhônî dê.* [Soupir et petit silence] *en ka fla kêfrou en sêguêlâ¹⁷* ».

8.2.1 La première étape: l'étape des « *pratiques domestiques profanes* »

L'automédication constitue la pratique thérapeutique de départ de tous ces individus, et ce discours pour sa récurrence n'a pu nous échapper : « *Quand ça a commencé là, je ne savais pas que c'était ça.* » Ces propos pourraient paraître difficiles à comprendre d'autant plus que comme nous le soulignons dans la deuxième partie de l'étude, personnels soignant, enseignants, ASC et conseillers spirituels disent avoir régulièrement informés les populations au moyen de séances de C.C.C dans toute la zone. On se souvient également des activités de MAP International dans la zone. Toujours est-il que chacun de nos répondants a déclaré ne pas avoir reconnu l'ulcère de buruli à travers les tous premiers signes cliniques de son mal. Aussi les pratiques de soins de cette étape se résument-ils en cataplasme, en badigeonnage et en massage de la partie corporelle douloureuse. Les produits utilisés pour ces différents procédés de soins sont aussi variés que les techniques elles-mêmes. Il s'agissait pour ceux d'entre eux qui se souvenaient encore de la nature de ces ressources, de produits pharmaceutiques (pommades analgésiques, inflammatoires, pénicilline...) pour d'autres de plantes médicinales (feuilles d'arbres ou herbes chauffées et mêlées à du beurre de karité ou tronc de régime de banane plantain écrasé bouilli dans

¹⁷En malinké populaire ivoirien, ces propos pourrait se traduire par : « *cher ami nous en avons fait de la promenade. Nous avons suivi tellement de thérapies, que nous sommes à bout de souffle* ».

les restes d'un canari cassé également mélangé à du beurre de karité et appliquée en massage) ou encore de « Monsson¹⁸ » appliqué en cataplasme.

En fait toutes ces pratiques de soins se justifient. C'est que l'œdème et le nodule lorsqu'ils commencent d'être douloureux, ils sont assimilés à toute autre dermatose ou à la réaction organique à une entorse lorsqu'il s'agit des enfants¹⁹. Ceux-ci ne déclarent pas toujours à leurs parents les causes ou circonstances réelles de leurs malaises de peur d'être réprimander.

Cette étape pouvant en outre être considérée comme une étape de certification d'un diagnostic aussi bien par le malade que par son entourage est le lieu où s'opère la toute première construction de la maladie. C'est dans cette étape de certification du diagnostic que se constitue le « GOT », concept si chère à Janzen (op. cit.) et postulant la mobilisation de tout l'ensemble social dans lequel la maladie a émergé.

*«Chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus est malade et se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent, un **groupe organisateur de la thérapie** se constitue. Différents parents maternels ou paternels, et éventuellement leurs amis et leurs associés, s'unissent dans le but d'examiner minutieusement les informations, d'apporter leur support moral, de prendre les décisions qui s'imposent et de mettre au point les détails de la consultation thérapeutique. Le groupe organisateur de la thérapie exerce ainsi une fonction d'intermédiaire entre le patient et le spécialiste, que ce soit pour l'opération d'une hernie par un médecin occidental ou pour une cure à base de plantes auprès d'un praticien traditionnel pour le traitement de la stérilité » (Janzen, 1995:24).*

De manière concrète, il s'agit pour le malade de consulter son environnement familial ou son groupe de résidence ou encore tout autre individu de son

¹⁸Le « monsson » est une ressource médicamenteuse très usitée dans la phytothérapie ivoirienne. Il est produit pour une large part à partir de terre mais souvent de différentes matières végétales ou animales.

¹⁹Ce constat nous est apparu chez les personnes en charges des malades de 10 ans et moins enquêtées.

« capital social » (Bourdieu, 1980) afin de bénéficier de conseils pouvant permettre d'identifier et éventuellement se voir proposer une première recette thérapeutique. Cette construction de l'ulcère de buruli apparaît mieux dans cet échange avec la mère d'un jeune ulcéré qui était interné au pavillon.

Q : Madame comment on appelle maladie de ton enfant là ?

R : C'est leur mauvais plaie-là.

Q : Comment tu as su que c'était ça ?

*R : Avant que ça va devenir comme ça là nous on ne savait pas que c'était ça, c'est à cause de ça c'est devenu comme ça. Un jour nous on était parti aux champs lui il n'est pas parti aussi. Quand on est venu le soir et puis il m'a montré son **pied** c'était **gonflé**. Moi je pense que il est tombé et puis j'ai mis leur médicament chinois qui brûle là. Ça fait deux jours comme ça fait mal encore, nous on croit que c'est serpent, ma sœur a fait médicament avec « Atten'dé ». **Petit-frère de mon mari** lui il est à Aheremou I, lui il fait médicament aussi. Quand il fait médicament là trois jours et puis où c'est gonflé là ça va finir. On a fait ça jusqu'en une semaine. Pied là devient gros seulement et puis après c'est percé. Il peut plus marcher. C'est ça son papa envoyait sur vélo à Moronou, y a **un monsieur là-bas il fait médicament** de quand tu marches dans médicament qui gonfle pied là. **Nous on croit que il a marché dans quelque chose ho...** Sur la route on dit il n'a qu'à envoyer à l'hôpital, que c'est « kannitè » c'est ça il est parti à Moronou. À Moronou on a fait jusqu'en ça va pas. C'est ça **docteur de Moronou là dit il peut pas on n'a qu'à envoyer chez Monsieur Aké. C'est ça on est venu ».***

La rencontre du thérapeute -moderne ou traditionnel- intervient lorsque la thérapie communautaire a montré ses limites mais aussi lorsque le malade et son entourage se sont assurés de l'entité nosologique ulcère de buruli.

Par ailleurs lorsque la maladie débute par un nodule, le nombre de jours mis en souffrance est difficilement évaluable. Le caractère indolore de celui-ci

serait la cause de cette ignorance selon les malades jusqu'à ce qu'il dure environ un mois. C'est à partir de cette période que l'ulcération se révèle par des sensations de douleurs.

8.2.2 La deuxième étape: celle des soins savants biomédicaux ou traditionnels

Cette étape, la deuxième, est constituée pour certains de l'antibiothérapie accompagnée du traitement de la plaie et pour d'autre du traitement de l'«*aréhéfouè*» ou «*arefouè*»-termes autochtone baoulé pour désigner le «*faiseur de médicament*» ou du «*propriétaire de médicament.*»

Si nous pouvons ici décrire la pratique de soins moderne avec les différentes ressources pharmaceutiques dont celle-ci use, notre volonté de nous voir nommer celles des guérisseurs s'est partout heurtée à un refus catégorique, celle-ci ayant été perçue comme une tentative d'expropriation de notre part d'un savoir jalousement conservé et parfois utilisé comme «*moyen de se faire de l'argent*» (Bonnet, 1999).

8.2.2.1 De quelques pratiques phytothérapeutiques

Le présent point portant sur les pratiques thérapeutiques, loin de prétendre à l'exhaustivité de celles ayant cours dans la région sont celles des thérapeutes les plus renommés et présentant un caractère commun d'un point de vue technique. Il s'agit de désenvouter la plaie dans un premier temps lorsque celle-ci est soupçonnée d'être d'origine surnaturelle (et cette suspicion est justifiée dans la

majorité des cas de rechutes selon tous nos informateurs)²⁰ et dans un second temps à la traiter.

Selon la prêtresse de Zougoussi, cette étape au terme de laquelle des objets tels que des dents humaines peuvent apparaître dans l'ouverture de la plaie est très importante car d'elle, dépend la guérison ou non du malade. Si elle n'est pas réussie, le malade ira de rechute en rechute jusqu'à ce que ces objets soient extraits de lui. Cette activité de désenvoutement consiste chez Dame G. S. à appliquer une « mixture » obtenue à partir du mélange dans un canari, de sept (7) plantes différentes sur l'ouverture de la plaie afin que celle-ci rejette l'objet mystiquement englouti. La suite du traitement après le désenvoutement est faite de bain de vapeur et de pansement de la plaie pour qu'elle cicatrise. Toutefois la pratique de sa thérapie s'accompagne d'interdits : le malade est sommé de s'abstenir de toute activité sexuelle, d'alcool et de tabac. Ce régime doit être scrupuleusement respecté jusqu'à ce que les « esprits vous déclarent guéri ».

À la différence technique de sa consœur ci-dessus citée, K. N. de Léléblé procède d'abord au désenvoûtement de la plaie par plusieurs bains de vapeur. Après cette activité, il fait un autre canari dont l'eau servira à nettoyer la plaie et un pansement est effectué après qu'il ait mis une patte obtenue après mélange de plusieurs écorces d'arbres. Notons qu'en guise de sparadrap, le thérapeute dit se servir d'une feuille de Tabac fraîche pour recouvrir la plaie. Le non-respect par ailleurs de certaines prescriptions accompagnant le traitement peut en limiter l'efficacité, ce sont celles de pratiquer du sexe, de consommer tout ce qui est mûre (légumes ou fruits) et la viande et le poisson frais pendant le temps que dure le traitement. Hormis le guérisseur B. N. de Amani menou qui dit guérir les formes pré-ulcératives en 2 semaines et les formes ulcérées en 1 mois, les autres

²⁰Kouakou Konan de Kotiéssou et N'goran de Léléblé et Koffi K. Bertin de Kôkôtikouamékro partagent cette position avec la prêtresse de Zougoussi

thérapeutes n'ont pas situé un cadre temporel de guérison. Chaque cas de maladie évoluant selon son rythme propre selon la prêtresse.

Quant au thérapeute K. K. B. de Kotiéssou, il s'est refusé à tout commentaire sur ses produits, nous autorisant seulement à faire les prises de vue ci-après exposées.

Photo 10 et 11: Des vues du thérapeute K. K. B. de Kotiéssou avec ses produits



Source : Prises de vue réalisées par nos soins, septembre 2009

8.2.2.2 L'antibiothérapie

L'administration du protocole « ryphampicine-streptomycine » est le nouveau moyen chimiothérapeutique de traiter l'ulcère de buruli qui est recommandé par l'OMS depuis l'an 2005. Avant cette époque, cette infection n'était justiciable que de l'intervention chirurgicale. De la forme clinique de la maladie chez le sujet en présence, dépendait le type d'intervention. Chez les sujets souffrant de formes non-ulcéraives (papule, nodule, plaque et œdème), l'intervention consistait en une excision de la lésion suivie d'une suture ou d'une greffe cutanée, dans le cas d'un ulcère

supérieur à 2 cm. Ce procédé en plus de nécessiter une longue hospitalisation était coûteux. Pour ce qui était des formes ulcératives, des techniques pointues de chirurgie plastique, des prothèses (en cas d'amputation) et des orthèses étaient nécessaires. La chirurgie restait ainsi le traitement de choix étant donné que les populations s'adressaient massivement aux centres de santé à un état tardif de la maladie. Aussi avait-on par conséquent noté un nombre élevé de mutilés.

Le traitement chirurgical présentait aussi le risque de ne pas extirper la partie infectée dans sa totalité, situation qui pouvait occasionner des rechutes. Face aux risques de guérison momentanée et à toutes les faiblesses du traitement chirurgical, il lui a été substitué l'antibiothérapie recommandée depuis l'an 2005 par l'OMS.

À Taabo, ce procédé est entré en vigueur à partir de l'an 2005. Avec cette forme nouvelle de prise en charge, les cas pré-ulcératifs sont traités de manière différente des formes ulcérées. Cette différence se situe au niveau de l'intervention chirurgicale toujours en vigueur dans le cas des formes ulcérées lorsque le malade a terminé le protocole et que la plaie est encore trop large. Ce protocole dure 56 jours sans interruption et il débute dès que le malade s'est présenté au dispensaire, qu'il a été enregistré et qu'un prélèvement lui a été fait à l'aiguille fine. Ce prélèvement acheminé à l'institut Pasteur pour être analysé, est réalisé dans le but de s'assurer que c'est bien de mycobactérium ulcerans qu'il s'agit. Afin d'éviter une résistance du germe, il est conseillé de ne pas manquer de jours pendant l'administration du protocole. La fin de celui-ci consacre par ailleurs la guérison pour un cas pré-ulcératif, ce qui n'est pas le cas avec la forme ulcérée comme précisé plus haut. En effet lorsque le protocole est achevé, le praticien doit s'assurer que la plaie est prête pour la greffe de peau. L'indicateur de cette réalité est surtout la taille de celle-ci mais également

l'observation de l'hygiène sur son ouverture. Si elle est encore trop "grande" et propre, on peut procéder à la greffe. Dans le cas contraire, les pansements sont poursuivis avec les consommables Bétadine, dakin, bande, compresse et sparadrap, jusqu'à ce que le thérapeute autorise le malade à se rendre à Djèkanou¹ pour l'intervention.

On se rappelle que dans la deuxième partie de l'étude, ce parcours perçu comme long et onéreux par certains enquêtés a été indexé comme critère de gravité de la maladie. Notons que cette intervention n'a lieu que lorsque la plaie demeure large et qu'elle est "propre". Mais l'intervention chirurgicale est aussi nécessaire lorsqu'il s'agit d'une atteinte osseuse. Dans ce cas, le chirurgien devra "nettoyer" l'os atteint afin d'éviter une rechute. L'antibiothérapie n'est cependant pas applicable à toutes les personnes atteintes à cause des effets secondaires de la streptomycine. Aussi ce traitement nécessite-il un suivi régulier des malades sous autre traitement médical. Chez les femmes enceintes l'extirpation par l'ablation reste encore la seule forme d'intervention en vigueur. Cette précaution est prise afin d'éviter les effets des antibiotiques sur la gestation.

Retenons au terme de ce point sur la chimiothérapie que celle-ci est accompagnée de séances de physiothérapie. Cette pratique portant sur la prévention des invalidités consiste à faire faire des mouvements au malade. Cela est d'autant plus important qu'à cause de la douleur à laquelle les mouvements donnent lieu, le malade a tendance à maintenir le membre atteint immobile, ce qui provoque l'invalidité après la guérison.

¹Un chirurgien résidant à Taabo a été formé pour prendre les greffes de peau en charge et il dispose du matériel requis pour cette tâche. Mais celui-ci refuserait de s'y résoudre. Malgré notre insistance celui-ci n'a voulu nous recevoir pour nous renseigner sur son attitude. Son refus de pratiquer la greffe de peau à Taabo explique le recours au centre hospitalier de Djèkanou, ce qui coûte des frais de déplacement et de séjour aux malades loin des leurs.

Pour les acteurs qui avaient déjà fait l'expérience du traitement biomédical et de celui d'un thérapeute traditionnel, lors d'épisodes antérieurs de la maladie. Une nouvelle rechute est pour ceux-ci l'occasion de remettre en cause les premiers modèles de soins pratiqués pour « essayer autre chose » puisse qu'« *on ne sait jamais* » par ces temps où« *il faut grouiller pour s'en sortir*» (Jaffré et De Sardan 1999:359-370).

8.2.3 Le retour aux pratiques domestiques profanes

Si les répondants nous rapportaient ne pas avoir reconnus l'ulcère de buruli pour justifier leur non-recours aux centres de soins au début de leur crise, on note pourtant un retour de ce même comportement lorsque la maladie persiste après avoir fréquenté ceux-ci. En effet il est apparu comme un désenchantement dans le comportement des ulcérés vis-à-vis des modèles de soins jusque-là pratiqués: « *Han yara là frou hou hou, an yêrê bènan dônî dônî kê²...* », ce qui a pour conséquence un retour à la case départ c'est à dire aux pratiques « thérapeutiques domestiques ».

Les prises de vue ci-après présentent des produits utilisés alternativement pour lutter contre différents signes de la maladie. Ils nous ont été proposés à Ahondo par le père d'un jeune ulcéré. Il dit en avoir hérité de son défunt père qui lui a indiqué la posologie suivante:

²Ces propos tenus en malinké populaire peuvent être contextuellement traduit par : « *nous avons pratiqué beaucoup d'autres soins, nous allons essayer par nous-mêmes* ».

Le produit sur la photo13:

- recueillir quelques gouttes de jus de citron sur une lame de machette
- frotter le produit dans le jus
- appliquer la potion obtenue tout autour de l'ouverture de plaie et non à l'intérieur

Le produit sur la photo 14 :

- Recueillir des gouttes de jus de citron sur une pierre plate
- frotter le médicament dans le jus
- appliquer la potion obtenue tout autour de la plaie

Photo12: Monson³ 1 utilisé comme Anti-Inflammatoire



Photo 13: Monson 2 utilisé comme antalgique pour empêcher la plaie de s'élargir



Source : Prises de vues réalisées par nos soins

³ Le monson est un produit qui se présente sous la forme d'une roche. Il est fait à base de plusieurs ressources dont de la terre, des plantes

Photo 14: Une vue du pansement obtenu après application des produits ci-dessus présentés



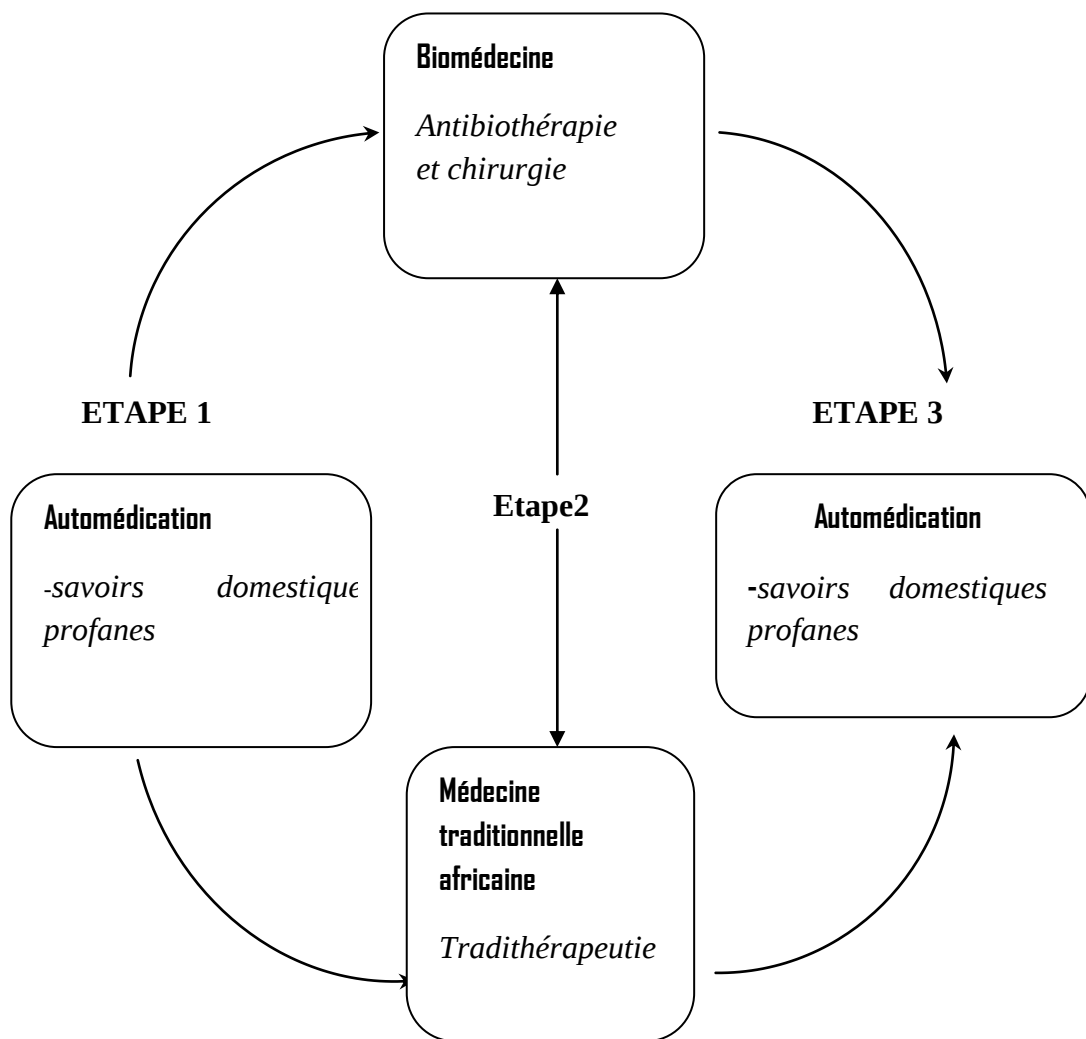
Source: Prise de vue réalisée par nos soins, septembre 2010

Ce retour est orienté soit vers un autre tradithérapeute soit vers les savoirs populaires. Il consiste pour le second choix à lutter contre l'inflammation et l'élargissement de la plaie en appliquant dans l'ouverture de celle-ci d'autres médicaments. Les gélules communément désignés sous le nom de « *tuppay* » (De Sardan, 1996) sont dans la majorité des cas le médicament utilisé.

Ces différentes étapes schématisées comme ci-dessous sont accompagnées de séances de prières fonctionnant comme des psychothérapies pour certains croyants chrétiens. Cette étape n'a pas été retenue comme un recours à part entière dans la mesure où elle se déroule de manière simultanée avec chacun

des modèles de soins observés. In fine cette trajectoire de soins peut être schématisée comme suit:

Figure 14: Schématisation de l'itinéraire de soins des malades d'ulcère de buruli



Source : Notre enquête sur les « pratiques de soins des malades d'ulcère de buruli à Taabo » sept 2009

8. 3 Anthropologie comparée des pratiques de soins: Les difficultés de la cothérapeutique

Les écrits portant sur les comportements de soins dans les contextes de «pluralisme thérapeutique» pour variés qu'ils soient ont en commun d'accorder une large part à l'alternance et au cumul des pratiques. On note ainsi que peu d'intérêt est accordé aux interactions idéologiques entre les catégories ayant cours. Dans une approche consensualiste de ces oppositions, Memel Fotê écrit que « *la société où le pluralisme des systèmes est attesté, les séries transculturelles d'itinéraires ajoutent à la diversité interne à chaque système médical, la richesse et la complexité propres à l'usage de différents système* » (1999:379). L'auteur présente la coexistence de plusieurs modèles de soins dans les contextes africains comme une source d'enrichissement. Cet enrichissement se ressent encore plus dans la trajectoire de soins des malades chroniques dont le malaise se manifeste par des signes aux longs courts. Vidal et *al.* se penchant sur l'itinéraire de soins des séropositifs usagers des centres antituberculeux d'Abidjan, montrent que ceux-ci sont plus déterminés par l'évolution des symptômes et le « *niveau de dépense acceptable* » (1996:154) que par l'opposition des grands modèles thérapeutiques. Cette idée doit cependant être relativisée. Face à certains problèmes de santé, le cumul des modèles de soins présente des difficultés d'ordre pratique.

À Taabo, le choix d'une catégorie de soins parmi celles en usage chez les malades d'ulcère de buruli ayant atteint le stade évolutif illustre une polémique entre personnel soignant moderne et traditionnel. Pour nombre de nos interlocuteurs, la thérapeutique traditionnelle africaine serait capable de guérir la maladie. Cependant cette compétence est contestée par les

personnels soignants modernes qui perçoivent ce modèle de prise en charge face à l'ulcère de buruli comme une «médecine symptomatique». De manière concrète, il est juste reconnu aux thérapeutes traditionnels de ne pouvoir que cicatriser la plaie, le germe quant à lui demeurant dans l'organisme ce qui expliquerait les rechutes. Pour répondre à cette diatribe, les personnels traditionnels de santé rétorquent que:

« Si tu n'as pas enlevé ce qui est dans plaie-là ça peut pas finir. Tu vas faire jusqu'à ça fini pas. Faut que tu enlèves ça avant que ça fini ».

De ce point de vue phytothérapeutique, la guérison ne sera possible qu'après l'extirpation de l'objet mystique que contient l'organisme malade. Cette controverse loin de seulement mettre en scène deux instances de soins, pose ainsi la difficulté de leur pratique conjointe pour les malades. En effet lorsqu'ils décident de suivre l'antibiothérapie, il est non seulement déconseillé aux malades de refaire le pansement de leur propre chef mais aussi de souiller celui-ci par une quelconque salissure. Cela suppose que la plaie doit constamment rester couverte jusqu'au prochain rendez-vous de pansement. Cette idée ne permet pas dès lors au guérisseur qui doit y appliquer sa thérapie (précisément sur l'ouverture) d'en avoir l'accès ce qui conduit les malades à opter pour un seul modèle à la fois. Cette situation soulève la question de l'incompatibilité entre différentes catégories thérapeutiques dans les contextes de pluralisme thérapeutique.

Dans son analyse des parcours de soins au Congo, Hagenbucher (1992) note qu'un traitement biomédical et l'adhésion au mythe thérapeutique du « *M'buku* » sont antinomique. Le conformisme aux prescriptions biomédicales est réductible à une impureté comparable à celle d'une femme

en période menstruelle lorsque le malade décide d'adhérer à l'institution thérapeutique du « *M'buku* ». Avant l'ingestion d'eau bénite, il est conseillé au malade d'observer une durée de 24 heures s'il a absorbé un médicament pharmaceutique par voie orale ou rectale et une période de 48 heures pour celui qui s'est fait faire une injection. L'observance de ces prescriptions est d'autant plus importante que certains malades se voient interdire l'accès à une structure moderne de soins. L'inapplicabilité de la cothérapeutique médecine moderne/médecine traditionnelle africaine ne relève ainsi pas seulement que du seul niveau opératoire de ces deux modèles de soins, elle porte également sur des idéologies parfois antithétiques.

Dans la quête d'un meilleur état de santé, l'intégration de différentes catégories de soins apparaît ainsi pour les Africains comme un réel problème, celui de d'établir la convergence entre les réponses pratiques que donne la médecine occidentale à la maladie physique et les réponses sociales, émotionnelles et mystiques des médecines africaines (Janzen, op. cit.). La réponse à cette interrogation constitue un enjeu thérapeutique majeur intégrant prise en charge biomédicale et psychosociale en Afrique.

Conclusion partielle

Les taxinomies « émiqes » des MTN opérées présentent quelques caractères communs. On peut retenir de ces mises en système que certaines maladies telles que la bilharziose, les verminoses intestinales, et le paludisme sont traités dans presque toutes les communautés par automédication. La bilharziose urinaire est même considérée par certaines communautés notamment celles des maliens et des burkinabés comme un trouble ne

nécessitant pas une thérapeutique. En revanche, les autochtones Baoulé disent s'en préoccuper en la confiant aux structures modernes de soins. L'antibiothérapie est en revanche perçue comme la plus appropriée face à l'ulcère de buruli particulièrement craint par toutes les communautés du fait de son effet incapacitant. Pour cette raison, toutes les communautés interrogées ont déclaré opter pour la biomédecine dans les établissements modernes de soins. Face à la fièvre typhoïde, on note également des réactions homogènes dans l'ensemble des communautés mais les comportements thérapeutiques sont plutôt orientés vers la tradithérapie.

Il faut également retenir que l'onchocercose et la filariose lymphatique ont été déclarées peu connues par certaines communautés aussi, celles-ci ont affirmé ignorer la catégorie de soins adaptée à ces problèmes de santé. Néanmoins pour les communautés qui ont dit les connaître, la médecine traditionnelle a été reconnue comme la plus appropriée. Des associations de modèle notamment d'automédication et de médecine moderne sont observables face à certaines maladies telles que le paludisme. Mais dans d'autres cas le cumul de catégories s'avère difficile. La complexité constatée dans les cas de cumul porte sur ceux d'ulcère de buruli au stade ulcéré. Ces cas loin de relever de la seule volonté des malades se traitent par monothérapie ce pour des raisons techniques.

En définitive, les itinéraires de soins des malades d'ulcère de buruli sont marqués par leur circularité. Mais lorsqu'ils abordent la cure des guérisseurs, le diagnostic repose sur une double action: un traitement symptomatique et un traitement magico-religieux à « *efficacité symbolique* ».

Face à l'échec d'une prise en charge communautaire, un choix est opéré entre les structures de soins modernes et les guérisseurs. La rechute consacre

l'échec de l'une ou l'autre de ces deux catégories thérapeutiques généralement observées en second ressort. C'est ainsi qu'on « essaie » à nouveau l'auto traitement. Mais ces choix d'alternance ou de cumul des différentes catégories thérapeutiques en présence aussi bien face à l'ulcère de buruli qu'en amont des taxinomies plus haut indiquées sont par ailleurs opérés en considération de certaines motivations.

CHAPITRE IX :

Les déterminants sociaux des options thérapeutiques

Introduction

Si nous constatons que « *les pratiques thérapeutiques africaines postcoloniales sont des lieux d'élaboration et d'invention des modalités originales de prise en charge et de gestion des corps affligés* », (M'boukou, op. cit.) nous observons également que le dynamisme des parcours de soins n'est pas fortuit. Loin d'être l'effet d'un hasard, les choix sont fortement influencés (Gruénais, 1990; Benoist, 1996a; 1996b; Janzen, op. cit.) par certains facteurs tacitement pris en compte dans la gestion de la morbidité.

La littérature nous informe que sont en général pris en compte dans ce registre, les failles des systèmes de soins officiels ressenties dans la qualité des soins (De Sardan, 1996; 1999; Benoist, 1996b; Brunet-Jailly, 1999), l'information glanée sur la maladie et ses possibilités de traitement dans la famille ou dans le groupe de résidence, la confiance accordée aux modèles de soin disponibles, les moyens financiers du malade ou de la personne qui en a la charge (Lartigau-Roussin, 2003; Vidal et *al.*, Ibid.) et les rapports familiaux qui se nouent lors de l'épisode morbide (De Suremain, 2000a; De Suremain, 2000b). Somme toute, la prise en compte de ces différentes motivations renseigne in extenso sur les interactions entre maladies et modèles de soins mais aussi sur les stratégies de choix d'une catégorie de soins chez les acteurs.

Notre objectif dans ce chapitre est d'identifier dans le contexte précis de Taabo, les facteurs prévalant dans le choix de la catégorie de soins et leurs conditions d'émergence. De manière concrète, ce chapitre apporte la réponse

à une question, celle de savoir pourquoi des populations qui bien que couvertes par des structures et actions de santé continuent de ne pas recourir en premier lieu à celles-ci ou selon quels critères choisissent-elles leurs traitements ? Au terme de cette analyse des conditions qui prévalent dans le choix des catégories de soins, nous relevons les faiblesses des moyens de lutte contre les MTN et nous faisons quelques propositions en vue d'une intervention plus efficace sur ces maladies.

9.1 Les motivations populaires des choix entre catégories de soins

Plusieurs décisions pèsent dans le choix d'un des modèles thérapeutiques en usage à Taabo. Nos investigations nous ont permis de constater que la perception que les individus ont de la maladie ainsi que leurs représentations de la causalité guident leur choix entre les modèles de soins disponibles. En plus de ces facteurs psychosociaux, l'accessibilité de ces modèles de soins et les rapports familiaux entre individus en charge de la restauration du capital santé sont tout aussi importants.

9.1.1 La perception de la maladie

L'idée que les populations se font de chacune des maladies à l'étude quant à la gravité ou non de celle-ci oriente leurs choix dans la quête d'une thérapie quand elles s'en trouvent affectées. Ainsi les maladies prises pour moins graves sont traitées au moyen des savoirs populaires pendant que ceux redoutées sont confiées aux guérisseurs ou aux structures modernes de soins.

Plus la maladie est considérée bénigne, plus elle est communautairement prise en charge et plus elle est redoutée plus on s'en remet aux établissements de soins.

« Bon ! palu-là ça, c'est pas comme kannitè ho lui on peut faire ça entre nous ici. Si on va pas à l'hôpital même, lui on peut faire ça à la maison ici et puis tu vas te lever alors que l'autre là...(silence)...palu et puis kannitè c'est pas même chose ».

La locution « *entre nous ici* » sous-entend que comparé aux autres problèmes de santé notamment l'ulcère de buruli, le paludisme peut être géré de manière communautaire. Cette attitude face au paludisme a été également observée au terme d'une étude réalisée à Bouaké en Côte d'Ivoire (Dossouyovo et al., 2001). Elle a montré que les populations identifient parfaitement les signes du paludisme et peuvent statuer sur sa gravité, que la prise en charge du paludisme simple se fait à domicile dans la grande majorité des situations, qu'en cas de présomption du paludisme, 87,6% des ménages font de l'automédication, 9,3% ont recours à une structure moderne de soins, 1,2% font appel au service d'un guérisseur traditionnel et 1,9% font de l'automédication traditionnelle. Ce travail indique aussi qu'en cas d'échec du premier recours thérapeutique, des itinéraires très complexes sont observés et dépendent de la gravité estimée de la maladie.

L'ulcère de buruli perçu comme une maladie « *plus grave* » parce que pouvant invalider l'individu et la fièvre typhoïde également considérée comme une « *maladie à prendre au sérieux* » sont tous les deux confiés aux structures de soins modernes et traditionnelles. Cette attitude sociale consistant à prendre certaines maladies en charge eux-mêmes et à confier les autres notamment les maladies handicapantes et débilitantes aux

connaissances savantes se fonde également sur les représentations que se font les populations des catégories de soins disponibles.

9.1.2 La qualité des soins

En matière de soins, « *donner des services de qualité, c'est délivrer au patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel des connaissances de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat de contacts humains à l'intérieur du système* » (ministère de la santé publique, 2001). De cette définition, il ressort que la qualité des soins revêt plusieurs dimensions dont l'accessibilité-disponibilité des services, les relations entre professionnels de santé et les patients, la qualité technique des prestations, la qualité de l'environnement de travail et le coût du soin. Bien chimérique vision de l'offre de soins lorsqu'on se situe sous les tropiques. Les difficultés voire l'impossibilité de se voir offrir des soins remplissant les critères susmentionnés sont des facteurs qui contribuent à l'éloignement des usagers des établissements sanitaires. Pour Caldwell, « *la médecine moderne n'est vraiment efficace que si les patients en sont suffisamment convaincus pour y recourir rapidement et suivre ses prescriptions* » (1999:378).

Le recours aux services de santé est ainsi conditionné. Dans notre contexte d'étude, l'une des conditions les plus importantes est la perception de l'efficacité des traitements biomédicaux. Pas que cette efficacité soit toujours remise en cause, mais à travers l'attitude des populations enquêtées, il

apparaît en filigrane une catégorisation des modèles thérapeutiques. Cette catégorisation met en scène des « modèles thérapeutiques efficaces » dans la prise en charge de certaines maladies et dans d'autres cas non. Dans cette grille de lecture hiérarchisant l'efficacité des recours de soins, la fièvre typhoïde considérée comme une maladie difficilement curable par auto traitement et par les structures modernes de soins comme nous l'affirmions plus haut est confiée aux guérisseurs lorsqu'elle est identifiée. Ce processus d'identification consiste à faire le constat de l'échec du traitement symptomatique antipalustre familialement réalisée. Dans la première partie de l'étude, nous indiquions que la fièvre typhoïde était d'abord prise pour une crise de paludisme avant d'être considérée comme telle après que la maladie persiste malgré le traitement antipalustre communautaire.

« djèkouadjo zalô-là ça ça tue vite hein ! Comme il ressemble beaucoup à palu là si on fait médicament de palu que ça va pas y a les gens au village ici qui peu soigner ça ».

C'est aussi le cas de la filariose lymphatique et de l'onchocercose également « prises très au sérieux » et confiées aux thérapeutes parce que :

« Les deux¹ il a dit leurs noms là, eux ils sont pas bon dè. Y a un monsieur qui a suidja-là à Ahondo, depuis ça fini pas [il se tourne vers nous] est-ce que hôpital peut soigner ça ? ».

Cette attitude de sélection des problèmes de santé dans un contexte de pluralisme thérapeutique se rapproche de celui observé par Djimadji (1992) chez les populations d'Abobo-Sagbé à Abidjan. Dans une approche

¹Les deux maladies dont l'un des enquêtés parlent sont la filariose lymphatique et l'onchocercose. Ces propos sont issus du focus group réalisé avec la chefferie de Taabo cité sur la perception et l'attitude face aux MTN lors de notre enquête de base à Taabo.

« émique », celui-ci dresse une taxinomie des maladies en rapport avec les catégories de soins disponibles. Dans ce modèle classificatoires, la maladie hémorroïdaire et la hernie sont présentées comme incurables dans les centres de santé et donc relevant de la thérapie traditionnelle africaine. Ce n'est en définitive pas un hasard que les verminoses intestinales et la bilharziose urinaire, des troubles pensées bénins sont traitées par automédication par certaines communautés et pas du tout par d'autres. Mais si la confiance accordée aux modèles de soins et la perception de la maladie guident le choix thérapeutique, c'est aussi parce qu'il existe un lien entre la perception de la gravité de la maladie et les interprétations causales de celle-ci.

9.1.3 Le poids des représentations étiologiques

L'anthropologie médicale a abondamment montré que chaque situation morbide dans les sociétés africaines donne lieu à une pluralité d'interprétations étiologiques. Pour M'bokolo (op cit), cette diversité d'interprétations causales a pour corollaire le pluralisme thérapeutique qui caractérise ces sociétés africaines postcoloniales. Lorsque survient la maladie, les populations de Taabo n'échappent pas à ce qui fait désormais partie des « *invariants* » selon le mot de Herzlich (op. cit.) en matière de prise en charge de la maladie en Afrique. La gestion des MTN semble obéir à cette même taxinomie construite sur la base de l'étiologie sociale. Le fait que la représentation du mode de transmission de certaines maladies telles que l'onchocercose, la filariose lymphatique, l'ulcère de buruli et la fièvre typhoïde dans notre corpus se situe parfois aux antipodes de la conception biomédicale semblait motiver le choix de la prise en charge

tradithérapeutique. Ces maladies restant dans la majorité des cas perçues comme étant dues à toutes les catégories causales sauf à l'action bactérienne voient leur itinéraire de soins en générale moins complexifié selon les populations lorsqu'elles s'en pensent victimes.

Dans la première partie de l'étude, nous indiquions la variation des agents étiologiques dans les interprétations causales de ces maladies. Nous indiquions également que l'indicateur de l'incrimination de l'agent surnaturel était le caractère chronique de ces problèmes de santé. En effet lorsque la maladie récidive après un premier épisode, le modèle de soins utilisé est remis en cause et le guérisseur est considéré comme « *l'homme de la situation* » (Lartigau-Roussin, op. cit.). La rechute étant ainsi comprise comme due à une main malveillante. L'un de nos informateurs en charge d'un jeune enfant ulcéré semblant considérer le mycobactérium ulcerans sous un jour presque ontologique nous rapportait que :

« Comme *plaie là est commencé nouveau là*, on est venu voir Monsieur Aké. On dit que si tu viens vite, lui il peut soigner. Mais *si ça devient grand*, on va faire médicament indigène. Moi-même ça m'a pris aussi. Pour moi là est sorti trois côtés sur mon pied et puis c'est fini et puis c'est revenu. C'est Tantie² qui m'a soigné et puis c'est fini bien bien. Si on fait ici que ça va pas on va aller voir tantie à Zougoussi ».

La démarche thérapeutique de recours au personnel soignant moderne semble être un test d'autant plus que celui-ci est perçu comme celui qui peut guérir la maladie que lorsque celle-ci est « *simple* » autrement dit, d'origine bactérienne. On gardera ainsi la conviction que le trouble est d'origine naturelle si le soignant moderne en vient à bout. Par contre on aura la

² La prêtresse de Zougoussi G. S est affectueusement appelé tantie dans la région.

conviction qu'elle est d'origine mystique en cas de persistance. Cette persistance relèvera de l'« *aréfwè* » ou du « *Gozegnon* » (simple pourvoyeur de soins chez les Baoulé et chez les Dida) ou de l'« *amoufwè* » (chez les Baoulé) ou du « *zriplegnon* » (chez les dida) qui est quant à lui multidimensionnel. En plus de posséder des savoirs-faire thérapeutiques, celui-ci pratique l'art divinatoire ce qui lui permet de situer la causalité de la maladie. Dans la catégorisation de ces praticiens africains aux connaissances et aux activités plus que diversifiées, Serges M'boukou affirme à propos des célébrités « *Nganga* » camerounais ceci :

« On peut de façon peu évidente traduire le mot de Nganga par féticheur, sorcier, guérisseur, soigneur, chaman. Dans tous les cas le Nganga est, à lui seul, très représentatif des métamorphoses du champ thérapeutique et par prolongement, du champ social. Sa figure est très intéressante compte tenu de sa dimension protéiforme, de sa capacité à assimiler, à rentabiliser, à capitaliser et à recharger les signifiants de signifiés nouveaux, bricolés avec des éléments hétéroclites récupérés ici et/ou là. En tant que véritable lecteur-traducteur du temps, des signes, de l'histoire et de la mémoire de la société, le Nganga ne cesse de récapituler, dans sa pratique, les nouveaux signes, les nouveaux objets venus d'ailleurs, désarticulés ou tombés dans l'oubli. En réagencant et en les réordonnant suivant des logiques nouvelles et ou locales ouvertes néanmoins aux puissances de l'ailleurs dont il essaie, avec une audace certaine de capturer la force de fascination sinon la puissance réelle » (M'boukou, op. cit.).

Dans le contexte ivoirien de médecine traditionnelle, Memel Fotê distingue plusieurs catégories de ces praticiens. Dans sa lecture de la tradithérapeutique ivoirienne, les guérisseurs sont différents des devins et des devin-guérisseurs. Pour lui si les premiers soignent sans pratiquer la divination, les seconds quant à eux « *exercent la divination découvrant la*

cause ou le sens de la maladie avec l'assistance soit des génies des ancêtres, mais ne soignent pas, le devin guérisseur ou le guérisseur-devin est celui qui interprète la maladie propose une médication et guérit » (1998:33). Le tradipraticien se pose donc comme un véritable relais de communication entre mondes différents. Ce statut lui vaut par conséquent d'être très influent dans les choix thérapeutiques en Afrique d'autant que c'est lui qui peut situer les origines du trouble morbide. Comment donc ne pas lui faire confiance pour la conquête d'une santé dont lui seul a pu décoder les causes fondamentales de la dégradation?

9.1.4 Les interactions parentales

Les rapports entre les différents membres de la famille sont décisifs dans le choix du modèle de soins. Mais ceux mettant en scène les parents génitaux lorsqu'il s'agit du jeune enfant sont encore plus déterminants (De suremain et *al.*, 2000a; 2001). Dans le cas de Taabo, l'influence de ces interactions a retenu notre attention surtout lorsque l'un des deux géniteurs devait séjourner au chevet du jeune malade interné au pavillon de lutte contre l'ulcère de buruli. Les mères en général commises à la tâche de dispensation d'affection et de soins, rôle que leur confère la division socio-sexuelle du travail (Mead, 1948; Paulme, 1960; Mathieu, 1985) et à l'homme celui de pourvoyeur économique et à ce titre tourner vers l'extérieur du foyer (Parsons, 1955; Michel, 1964; 1974a; 1974b; Dédy et Tapé, 1995), perçoivent cette situation comme pouvant déstabiliser leur relation de couple. Se tenir loin du ménage est compris comme un risque de perdre celui-ci. La poursuite de l'antibiothérapie à la cité, loin du village de résidence est ainsi le lieu de

conflits et de négociations entre conjoints dont l'issue déterminera la poursuite ou le changement de la trajectoire de soins.

« Q : *Madame qu'est-ce que tu penses de médicament que vous faites ici là ? (sous-entendu au pavillon)*

R : *C'est bon [silence] mais ça dure ho. Si ça va un peu, on va partir au village.*

Q : *Tu ne vas pas attendre que plaie-là finisse bien ici avant de partir?*

R : *On va aller faire le reste au village. Y'a plus l'argent. Quand je dis à son papa de nous envoyer l'argent, il n'envoie pas. Avant il venait mais maintenant il ne vient plus. Je peux pas rester ici moi seul ... [silence] ... nous tous on va aller rester au village là-bas. On va aller continuer le reste au village. Je ne sais pas ce qu'il est là faire au village et puis il veut plus nous envoyer l'argent. Toi-même tu connais les garçons ho...[rire]... nous tous on va aller rester là-bas pour faire le reste au village. Est-ce que c'est pour moi seul enfant là ».*

On retiendra de ce « coup de gueule » maternel reposant sur l'image culturelle du « *male breadwinner* » (Le feuvre, 2001) de l'entité familiale qu'une assistance mutuelle entre les deux conjoints est importante dans le choix d'une catégorie thérapeutique ou à tout le moins dans sa poursuite lorsque la maladie persiste. Cette assistance intègre aussi bien le soutien moral que l'apport matériel du chef de famille puisse que la thérapie nécessite des moyens.

9.1.5 L'accessibilité du recours thérapeutique

Tenons pour rappel que l'accessibilité d'un modèle thérapeutique désigne le coût pécuniaire de ses prestations mais aussi la distance le séparant des usagers (Ouendo et *al.*, 2005). Ainsi défini, deux dimensions apparaissent de ce concept. On parle d'accessibilité géographique et d'accessibilité économique de l'offre de soins. Dans le contexte ouest africain post-initiative de Bamako, cette dernière dimension de l'accessibilité aux soins devait en principe trouver solution (N'dri-yoman, 2008; Sery, *op. cit.*). Le constat est pourtant tout autre. Ce secteur se présente de plus en plus comme un véritable champ d'expression des inégalités sociales (Ouendo et *al.*, *op. cit.*). Les itinéraires thérapeutiques continuent de dépendre de la capacité économique des usagers alors que c'est justement pour lutter contre l'exclusion et la marginalisation des indigents, jusque-là promu par le système de soins payants, que cette initiative a vu le jour (Ridde, *op. cit.*). Ce facteur en plus de constituer un indicateur de gravité du trouble morbide comme indiqué dans la deuxième partie de notre étude, en influence également le choix du traitement. Celui-ci est parfois choisi s'il fait partie du « *niveau de dépense acceptable* » sinon l'on recourt à des ressources plus faciles d'accès. L'auto-traitement ne comportant pas de frais de consultation, elle offre un coût à portée de main. On se souvient qu'entamer à domicile et poursuivi dans l'établissement sanitaire ou chez le guérisseur local, le traitement de l'ulcère de buruli peut s'achever à Djèkanou. Ce parcours comportant des frais, certains acteurs choisissent de s'en soustraire pour opter pour des soins moins onéreux.

De cette lucarne sur les motivations populaires du choix de la catégorie de soins, on peut retenir la liberté dont dispose l'individu malade et son

entourage immédiat dans sa décision de soins. Nous sommes bien loin de l'idée que la position sociale prédominante des autorités traditionnelles villageoises et celle religieuse des guérisseurs influenceraient le choix thérapeutique de l'acteur comme le pensait Zogba (op. cit.). Dans ce choix, seules interviennent la perception que l'individu a de sa maladie, les représentations étiologiques du malade, les rapports familiaux et l'accessibilité des modèles thérapeutiques. Cette accessibilité aux soins comporte une dimension importante qui est celle de la tarification des actes.

9.2 La tarification des soins

Elle porte sur les catégories moderne et traditionnelle de soins.

9.2.1 Dans les structures modernes de soins

Deux niveaux de la pyramide sanitaire du système de santé ivoirien sont représentés dans la sous-préfecture de Taabo. Les six (6) établissements sanitaires comprenant 05 établissements de premiers contact et 1 établissement de premier recours sont repartis comme suit :

- 01 hôpital général
- 03 centres de santé
- 02 dispensaires ruraux

Ces différentes structures fonctionnant toutes avec l'aide de bénévoles et d'ASC proposent des tarifications différentes pour leurs prestations. Les frais de consultation varient entre 100f *cfa* et 200f *cfa* pour les dispensaires et 300f

cfa et 500f *cfa* pour les centres de santé et l'hôpital général. Les usagers doivent prévoir en plus un carnet dont le prix varie entre 200f *cfa* et 500f *cfa*. Seul le prix du carnet mère-enfant semble harmonisé. Il coûte 500f *cfa* dans toutes les structures pratiquant les accouchements, et cette prestation est elle-même tarifée à 500f *cfa*. Il en est de même du coût de la petite chirurgie qui est fixé à 300f *cfa* dans tous les dispensaires et centres de santé.

En ce qui concerne le pansement, les deux dispensaires (Léléblé et Ahondo) disent l'offrir à 50f *cfa* tandis qu'à Kotiéssou, Ahéremou II et Sokrogbo (les trois centres de santé), cette prestation est pratiquée pour une somme variant entre 200f et 300f*cfa*. Ces tarifs diffèrent de ceux de l'hôpital général.

Dans cet établissement, la consultation en médecine générale est tarifée à 500f*cfa* et cette même prestation est pratiquée en urgence à 1000f*cfa*. Quant à la petite chirurgie, elle est pratiquée à 1000f *cfa*.

Tableau 25: Tarification des examens médicaux à l'hôpital général de Taabo

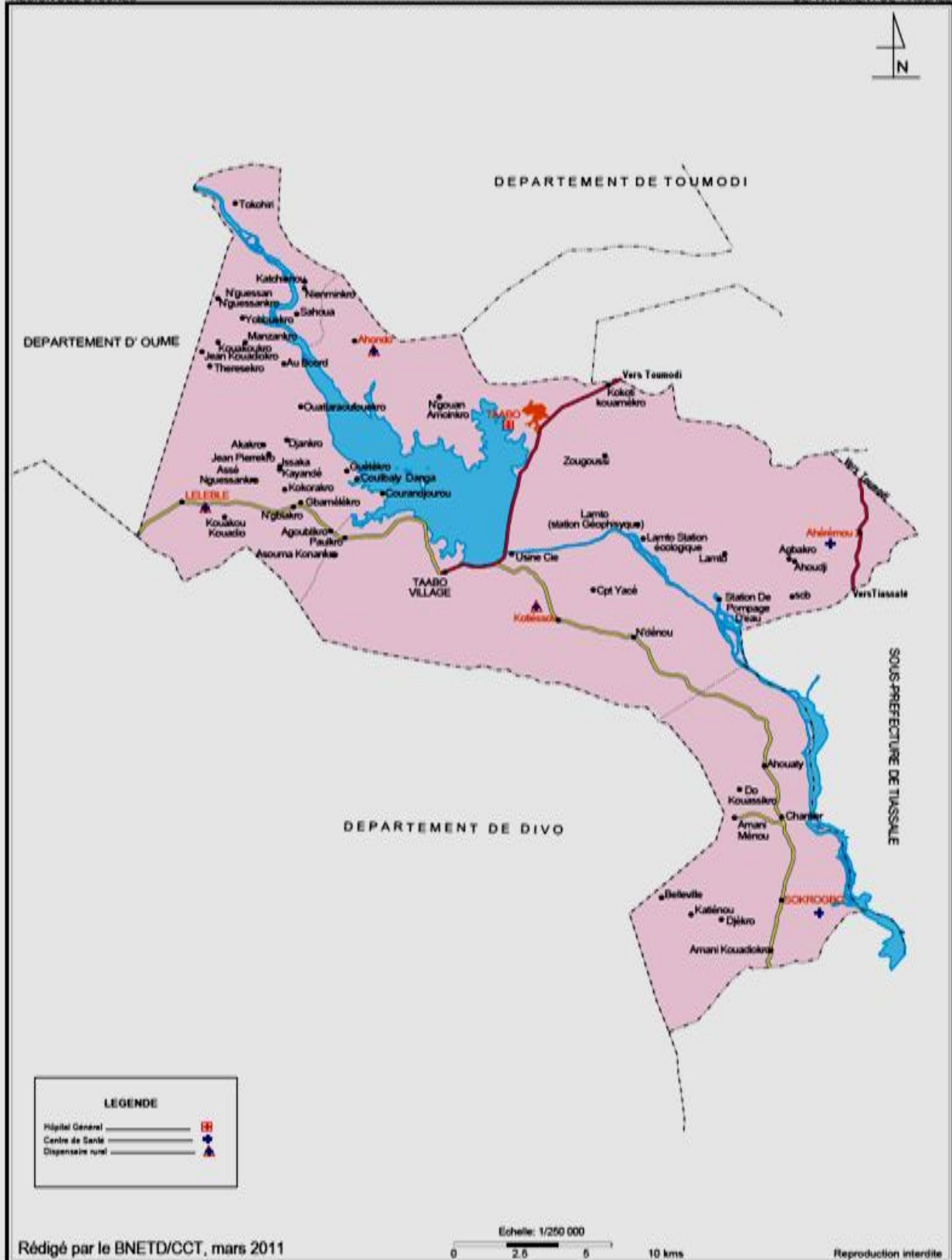
Analyses	Tarifs en fcfa
<i>Acétone</i>	<i>1000</i>
<i>Acide uricémie</i>	<i>1500</i>
<i>BW</i>	<i>2000</i>
<i>créatinine</i>	<i>1500</i>
<i>ECBU</i>	<i>3000</i>
<i>électrophorèse</i>	<i>5000</i>
<i>Frottis sanguin</i>	<i>2000</i>
<i>Glycémie à jeun</i>	<i>1500</i>
<i>Goutte épaisse</i>	<i>1500</i>
<i>Groupe rhésus</i>	<i>3000</i>
<i>Hématocrite-hémoglobine</i>	<i>1000</i>
<i>KOP</i>	<i>2500</i>
<i>Numération formule sanguine</i>	<i>3000</i>
<i>Vitesse de sédimentation</i>	<i>1000</i>
<i>Rubéole</i>	<i>3000</i>
<i>Toxo IGM</i>	<i>5000</i>
<i>Sérologie de Widal et Felix</i>	<i>4000</i>
<i>Albumine-sucre</i>	<i>1000</i>
<i>Protéinurie sur urine de 24 h</i>	<i>2000</i>
<i>HIV</i>	<i>gratuit</i>
<i>Cytologie-hématologie</i>	<i>2000</i>
<i>Pus bactério</i>	<i>5000</i>
<i>Test de combs indirect</i>	<i>2000</i>
<i>Prélèvement de gorge</i>	<i>6000</i>
<i>Bilan prénatal</i>	<i>10.000</i>

Source: Notre enquête sur « la prise en charge biomédicale des MTN à Taabo » Mars 2009-Août 2010

Comme on peut le constater, l'analyse portant sur le mycobactérium ulcéreux ne figure pas parmi les examens susmentionnés. Cela est dû au statut particulier de cette maladie. Sa prise en charge médicale est exclusivement réservée au pavillon qui bien que rattaché à l'hôpital est géré de façon autonome. Au regard de cette prise en charge, La consultation, les examens médicaux et les médicaments devaient être entièrement gratuits. L'utilisateur ne devait donc déboursier aucun sous. Cependant cette prise en charge des pouvoirs publics est diversement appréciée et mise en pratique selon des critères variant d'une structure sanitaire à l'autre dans la région.

9.2.1.1 Répartition géographique des structures modernes de soins

Les six établissements sanitaires repartis sur les 980 km² de superficie de la sous-préfecture couvrent chacun un air sanitaire constitué de village noyau et de campements que la carte ci-après présente.



Comme indiqué sur la carte ci-dessus, les différentes localités et les structures sanitaires dont elles dépendent sont reliées par des pistes et des routes toutes en terre. Dans cette région, divers moyens de locomotion permettent de pratiquer ces voies de transport.

9.2.1.2 Moyens et conditions de mobilité

Dans la sous-préfecture de Taabo, les transports publics sont assurés par voie terrestre et fluvial. Les moyens de locomotion utilisés sont les taxis brousse, les bâchées, les « badjans »³ et les pirogues. Les taxis brousse et les badjans, plus usités et peu confortables sont également peu réguliers. Cela s'explique selon les transporteurs par l'état des routes. En effet hormis la voie reliant Taabo cité à Aheremou II via Kôkôtikouamékro qui a pu bénéficier du bitume, toutes les autres présentent un tel état de dégradation que les transporteurs refusent de s'y aventurer. C'est le cas de la voie reliant Taabo cité à Tokohiri qui ne bénéficie pas d'une ligne de transport parce qu'impraticable. Les usagers désirant se rendre à l'hôpital général sont contraints d'accéder à Sahoua en bicyclette, en motocyclette ou à pied pour pouvoir accéder à la cité en taxi brousse. C'est aussi le cas des populations de Léléblé qui se retrouvent enclavés en saison des pluies. Les villages d'Amanimenou et de Sokrogbo ne bénéficient pas non plus de liaison directe avec Taabo cité. Les populations disent accéder à l'hôpital générale en plusieurs étapes et ce même quand un état de santé exige une évacuation urgente.

³Les badjans sont un type de véhicule (généralement de marque Renault) de transport couramment utilisés dans le transport publique ivoirien en zone rurale mais aussi sur les voie non-bitumées en zone urbaine.

Quant aux populations résidant dans les campements, leur seul moyen de transport reste la bicyclette et la marche puisque que ces localités sont reliées aux structures de santé que par des sentiers.

Tableau 26: Tarification des actes de transport dans la sous-préfecture de Taabo

	DISTANCE (KM)	TARIF (FCFA)	DUREE MOYENNE DU VOYAGE (MN)	LOCALITES
Taabo cité	21	800	30	N'dènou
	40			Tokohiri
	18	700	20	Kotiéssou
	11	350	10	Taabo village
	9	700	30	Ahondo
	11	700	40	Sahoua
	28	1000	120	Léléblé
	23	700	25	Ahérénou II
	03	500	05	Kôkôti kouamékro
	38			Ahouati
	45			Amani menou
				Sokrogbo

Source : Notre enquête auprès du syndicat des transporteurs de Taabo cité⁴

Dans la zone d'étude, les problèmes de déplacement dans l'optique d'une quête de soins se ressentent au niveau de toutes les maladies surtout lorsque des examens médicaux sont nécessaires. Mais pour les raisons techniques plus haut mentionnées, la prise en charge biomédicale de l'ulcère de buruli

⁴Les distances séparant Taabo cité et les localités de Tokohiri, Ahouati, Amani menou et Sokrogbo restent difficilement estimables en temps de voyage, ces trajets ne s'effectuant qu'en plusieurs étapes eux-mêmes soumis aux rythmes des occasions de transports.

nécessite encore plus de mouvements aussi bien chez les usagers que chez les personnels soignants de la zone. Il ressort de nos entretiens avec les personnels soignants que les différentes réformes engagées par le PNLUB depuis son avènement ne sont pas étrangères aux dysfonctionnements observés dans l'offre de soins au premier contact.

9.2.1.3 La politique nationale de lutte contre l'ulcère de buruli et ses implications dans la prise en charge régionale de la maladie

Rappelons que c'est à la suite de la « *déclaration de Yamoussoukro* »⁵ en 1998 que l'ulcère de buruli a été intégré aux SSP. Cette réaction faisait suite à un constat, celui du caractère extrêmement mutilant et invalidant de la maladie. Il s'est d'abord agi d'une prise en charge médicale des premiers cas dans les blocs opératoires du centre de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treich-ville et ensuite dans les antennes de l'institut Raoul Folereau déjà équipés pour le traitement chirurgical des malades lépreux.

À partir de l'an 1992, on note l'implication des centres de santé de type confessionnel et parmi ces centres, ceux disposant d'un bloc opératoire bénéficiaient d'une mission bimestrielle d'intervention chirurgicale d'une équipe du centre de dermatologie de l'institut Raoul Folereau. Cependant les problèmes d'accessibilité géographique de ces centres en limitaient toujours la portée aux malades. En plus de cela les rechutes, les atteintes multifocales ou osseuses et les localisations au visage et au périnée constituaient également des limites à ce modèle thérapeutique. Pour pallier ces insuffisances,

⁵ Voir dans la première partie de l'étude, le point portant sur l'ulcère de buruli

l'avènement de l'antibiothérapie (an 2005) donne lieu à un type nouveau de prise en charge.

- Le dépistage à base communautaire et le traitement des cas nodule;
- Une campagne pilote dans la zone d'endémie de Zoukougbeu;
- La vulgarisation de cette stratégie dans 9 autres zones d'endémie;
- Le développement d'une antibiothérapie à base du protocole rymphampicine-streptomycine à partir de l'an 2005.

Ces actions se répartissaient sur toutes les zones d'endémie du territoire nationale et si elles ont révélé leur efficacité elles n'ont pu freiner l'avancée de l'épidémie et susciter un recours massif des malades aux centres de santé.

Par ailleurs, la décentralisation des activités du programme avait permis de passer de 09 centres de prise en charge en 2006 à 231 centres à la fin mars 2009. Ceci devrait permettre aux malades de se faire traiter à proximité de leur habitation et ainsi de résoudre les problèmes d'accessibilité géographique des centres modernes de soins. À ce fait nouveau, s'était ajoutée la formation des personnels de santé des zones d'endémie afin d'améliorer la qualité technique de leur prestation face à la maladie.

Malgré ces efforts, il subsistait toujours des difficultés dans l'approvisionnement des zones endémiques en ressources médicamenteuses. Un réseau de distribution de ces ressources avait été mis en place. Mais au fil des différentes administrations en charge du PNLUB, ce réseau de distribution ne fonctionna plus de la même manière. De réformes en réformes, les médicaments arrivaient avec plus de difficultés aux usagers. Une mise à

contribution de ceux-ci est même désormais devenue nécessaire avant l'entame de leur prise en charge.

À Taabo, cette contribution variant entre 25.000f cfa et 50.000f cfa d'un établissement sanitaire à l'autre et d'un usager à l'autre est « supposée » alimenter la dotation mobilière du praticien en carburant⁶ pour accéder au district sanitaire qui reçoit la commande de médicaments.

« Du temps de MAP, on nous ravitaillait régulièrement en médicaments. Mais avec le programme, on nous demande de faire des commandes. Ça a changé avec chaque directeur du programme. Avec Jean Marie Kanga, on était livré directement depuis Abidjan. Avec celui qui l'a suivi, c'est le district⁷ qui nous livrait. Avec celui qui est venu après, on était obligé de faire des commandes en fonction du poids du malade et les médicaments arrivaient juste. Mais avec celui qui est là maintenant là, on communique les informations sur le malade, son poids sa taille tout ça au coordonnateur et puis lui il fait la commande à Abidjan et quand les médicaments arrivent, il nous appelle et puis nous on va chercher là-bas au district alors qu'on ne nous paye pas le transport. Nous-même on se débrouille comme on peut pour aller chercher ça. On peut pas faire autrement puisque que les gens souffrent. ».

À cette contribution aux frais de déplacement de l'infirmier qui est payable parfois selon un échancier⁸ définit au terme d'un marchandage entre usagers et soignants, il faut adjoindre les frais d'ouverture de dossier qui quant à eux sont fixés à 10.000f cfa pour toutes les structures de santé prenant en charge la maladie dans la zone.

Le conformisme aux règles instituées par les soignants locaux et observés par les usagers malgré eux trouve son explication dans la perception même de

⁶Cette dotation en ce qui concerne les infirmiers en Côte d'Ivoire est une moto cross de marque Yamaha

⁷Taabo appartient au district sanitaire de Tiassalé

⁸Celui-ci dure en général le temps de la prise en charge médicale

cette maladie. C'est que l'ulcère de buruli étant de fait une maladie sévèrement handicapante milite positivement en faveur de la non-revendication de la part des usagers. Ceux-ci semblent se sentir redevables de la prestation de soins qui leur est offerte. Aussi ceux disposant des moyens ne lésinent-ils pas sur les frais à engager dans la restauration de leur santé.

*« Ce que **docteur**⁹ m'a **demandé** de **payer-là**, j'ai **donné**. Ce que moi je veux c'est que **maladie-là** n'a qu'à **finir vite**. Si tu ne **soignes pas** que ça gatte ton pied, ça c'est pas plus **grave** que l'argent ? ».*

Cette réaction illustre l'adhésion souvent totale des populations au mode de gestion des structures de soins lorsque survient l'état de morbidité. Cette adhésion rime avec soumission surtout lorsque la maladie atteint un niveau d'évolution au-delà du supportable. Le bilan des douze années d'«initiative de Bamako» déplore à ce propos le peu d'implication des populations dans la gestion de leur service de santé comme retenu dans les recommandations de ladite réforme (Ridde, op. cit.). Selon cette étude évaluative, les populations n'envisagent pas encore leur participation à la réforme du secteur sanitaire en Afrique en termes de revendications de leur droit lorsqu'elles recourent aux établissements de soins. Le même document indique qu'en face, les services de santé ne se sentent pas toujours redevables envers les usagers. On note ainsi très peu d'engagement et cela se ressent en zone rurale.

Dans les localités rurales de Taabo, le kiosque de produits pharmaceutiques est la propriété du praticien. Cette situation n'aurait pas attiré notre attention si ce n'était cette même autorité qui avait à charge, la gestion du stock de médicaments dans le centre de soins publique. Aussi arrive-il que pour se procurer les consommables tels que la Bétadine, les compresses et les bandages lorsqu'il y a pénurie au dispensaire, la mise à

⁹L'infirmier est par abus de langage appeler docteur.

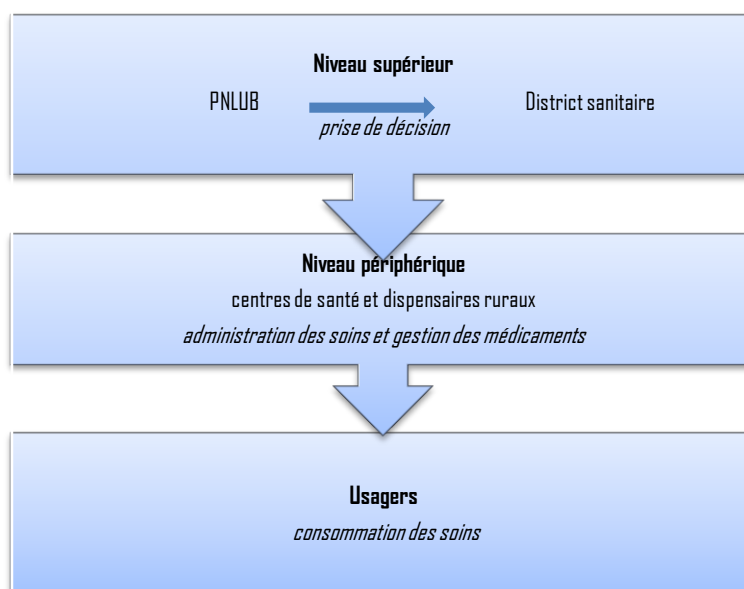
contribution des usagers et leur orientation vers ce petit commerce semblent spontané.

*« Quand **médicament** là finit à l'hôpital, on **paye** aussi **dans kiosque de docteur** au village ici ».*

Si la personnalisation des rapports sociaux reste un lieu commun dans les services publics en Afrique, celui observé dans les structures de soins est encore plus exacerbée. Yannick Jaffré que cite Jean Pierre Olivier de Sardan s'intéressant aux interactions entre soignants et soignés, soulignent à ce propos que:

*« Les modalités des relations de soin ouvrent à toutes les interprétations en terme de corruption, et obligent à **nuancer la notion de service public**. Dans la plupart des cas il y a **un usage personnalisé et privé des structures de santé étatiques ou communautaires**. Ces remarques soulignent aussi une des origines du “déficit déontologique”, observable dans nombre de structures de soins : **pour être bien soigné il faut souvent être bien connu**. Cette observation laisse ouverte la question des valeurs et normes de conduite des personnels de santé, et de leur modification » (1999a).*

Figure 15: Schématisation de la politique nationale de lutte contre l'ulcère de buruli et ses implications sur les bénéficiaires



Source: Notre étude sur la trajectoire de soins des malades d'ulcère de buruli à Taabo

9.2.2 De la tarification des prestations tradithérapeutiques

Dans ce domaine, deux types de praticiens ont été identifiés. Ceux qui exercent l'activité de guérir à mi-temps et ceux qui en font une profession. Si les premiers cités sont nombreux, les seconds le sont moins. Nous nous sommes intéressés à la seconde catégorie. Ainsi sur la base de leur renommée, trois individus ont été recensés dans ce secteur d'activité dans la zone. Ces praticiens proposent une tarification assez variée de leur prestation.

Monsieur K. spécialiste des maladies infectieuses et des attaques sorcières offre ses services face à la morbidité palustre sous toutes ses formes

(paludisme blanc et paludisme jaune) dit-il, aux crises hémorroïdaires et à la fièvre typhoïde pour 10.000f *cfa*. Cette somme est payable en deux tranches égales. L'une avant l'entame du traitement et le restant après que celui-ci soit terminé. Pour ce praticien, l'émission de sang dans les urines, maladie selon lui très répandue à Taabo cité, est une IST au même titre que la gonococcie la syphilis, la blennorragie, le chancre mou et autres qu'il avoue pouvoir traiter pour la somme de 15.000f *cfa*. Pour ce qui est de l'ulcère de buruli dont il est réputé être l'un des spécialistes des atteintes multifocales, le guérisseur dit n'offrir ses services que pour une bouteille de gin, un coq et une somme de 30.000f *cfa* entièrement payable avant l'entame du traitement. Cette facturation se justifie selon le guérisseur par ce que les atteintes multifocales seraient loin d'être des problèmes de santé anodins. Dues à des agressions sorcières, leurs traitements lui demanderaient plus que la simple connaissance des vertus des ressources végétales repérables dans la flore locale.

Dame A. est quant à elle réputée pour le traitement des maladies de la nouvelle mère et de l'enfant en plus du paludisme, de la fièvre typhoïde et des hémorroïdes. Les tarifs de ses traitements varient également en fonction du problème en présence mais aussi en fonction de la nature de ses relations avec le patient. Elle procède aux consultations pour 400f *cfa*. Face à un cas de paludisme, de fièvre typhoïde ou pour les maladies d'enfants –diarrhées, ira et autres– le traitement coûte 5.000f *cfa*. Les cas d'hémorroïde sont quant à eux traités à 2.000f *cfa* mais cette somme peut être revue à la hausse lorsque le cas est jugé grave par la praticienne. L'indicateur de cette gravité est alors l'état (alité ou amaigri) du patient. En définitive le coût du traitement est une variable selon les relations que la guérisseuse entretient avec son patient, la nature du trouble et l'état de gravité de celui-ci. La parentèle ou autre lien de

proximité avec le patient est également une condition de révision du tarif à la baisse.

Dame G. prêtresse dehima et guérisseuse est réputée solutionner tous les problèmes de santé, ce qui explique sa grande renommée dans toute la région des grands lacs. Elle dit n'avoir rien réclamé à ses patients, lorsqu'elle débutait dans le ministère de la guérison, laissant ainsi la liberté à ceux-ci de faire le geste qu'eux-mêmes jugeaient adapté au bienfait reçu. Mais face à l'«*ingratitude des hommes*», elle a dû se résoudre à fixer un tarif pour ses prestations. Celui-ci s'élève à 5005 f cfa et est payable au terme du traitement. Cette tarification s'illustre par son caractère figé lorsque la thérapeute peut disposer de toutes les ressources végétales nécessaires pour la préparation du remède. Dans le cas contraire le malade se voit mis à contribution par le déboursement d'un supplément de frais pour la recherche de la plante vertueuse rarissime dans la flore environnante.

En définitive le coût des soins de type traditionnel lorsqu'ils associent la consultation et les médicaments semble plus ou moins élevé que ceux proposés dans les structures modernes de soins.

9.3 La faiblesse des moyens de lutte et de quelques propositions pour une intervention plus efficaces sur les MTN

9.3.1 La faiblesse des moyens de lutte contre les MTN

Les maladies tropicales négligées sont pour l'humanité un indicateur de pauvreté et de vie défavorisée. Ce sont des maladies infectieuses qui ont en commun de sévir dans les milieux tropicaux humides de la planète comme

nous le montrions plus haut précisément dans la première partie de l'étude. Si elles diffèrent du point de vue des vecteurs de transmission, elles présentent des similitudes quant à leur capacité de nuisance sur le potentiel humain. Ces nuisances se resument en la fragilisation, la diformité, la cécité et la mort.

Les approches de lutte à l'œuvre jusque-là se présentant sous forme de programmes verticaux semblent impuissantes face aux projets d'éradications de ces maladies. Nous relévisions dans le point ci-dessus les difficultés engendrées par les différents mouvements observés dans la politique de lutttes contre l'ulcère de buruli et ressentis par les usagers. La dynamique actuelle de lutte a l'échelle mondiale s'appuie sur un modele tendant à regrouper toutes les MTN listées par l'OMS en trois groupes. Selon l'oms, malgré la forte charge de morbidité engendrée par les MTN, il persiste une négligence à tous les niveaux et cette négligence influerait sur la lutte contre ces maladies :

- Au niveau local,

Les maladies telles que la lèpre, la filariose lymphatique et la leishmaniose particulièrement craintes feraient l'objet de nombreux prejuguées et d'une forte stigmatisation sociale. Il en resulterait que les victimes ne les déclarent pas assez tôt et elles seraient ainsi mal documentées.

- Au niveau national,

Les MTN tendraient à passer inaperçues des services de santé et des politiciens parce que vécues par des populations si faibles économiquement qu'elles n'ont pas assez d'influence politique. Dans des conditions de pénurie des ressources en personnel de santé et en moyens financiers, les maladies à forte mortalité comme le VIH/sida ou la tuberculose seraient devenues prioritaires à leur détriment.

- Au niveau international,

La négligence au niveau international serait due au fait que les MTN ne migrant pas facilement et étant causées par des conditions environnementales propres aux régions tropicales pauvres, elles ne constitueraient pas une menace immédiate pour les sociétés occidentales. Il en résulterait une lenteur dans la mise au point de nouveaux outils de diagnostic et une faiblesse des moyens mis à disposition pour la recherche pharmacologique.

On peut déduire de ces points des faiblesses dans la lutte contre les MTN. Cette faiblesse se ressent à deux niveaux notamment le niveau national et le niveau international.

- Au niveau national

✚ On note dans la plupart des pays endémiques des MTN une dégradation profonde du cadre de vie. Malgré les différentes politiques mises en place pour assainir l'environnement, les cadres de vie urbains demeurent dans une précarité préoccupante. Des efforts restent à faire pour améliorer ces milieux de vie et ainsi éviter celles des MTN qui sont dues à un manque d'insalubrité.

✚ Une insuffisance en ressources humaines et un manque de compétence dans la lutte notamment antivectorielle est notable dans la lutte contre les MTN dans certains pays. Le cas de la Côte d'Ivoire nous indique que dans la lutte contre l'ulcère de buruli, seules les zones endémiques bénéficient de personnels de santé pouvant prendre en charge la maladie.

✚ Le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments, des consommables et des petits équipements indispensables

nécessite d'être revu. En Côte d'Ivoire, tous les niveaux du système de santé ne disposent pas des produits régulièrement.

- Au niveau international

✚ Les maladies tropicales négligées étant des maladies de la pauvreté, on peut s'étonner de la faiblesse des politiques de réduction de la pauvreté dans les pays endémiques des MTN. En effet si ces politiques s'avéraient plus productives, la lutte contre les MTN pourraient porter ses fruits.

✚ La faible intégration des sciences sociales dans la dynamique de recherche sur les MTN. Cela s'est ressenti dans l'allocation de bourses postdoctorales aux jeunes chercheurs des pays endémiques. En effet, Dans l'allocation de bourse lancée par la conférence de Bamako en septembre 2008 et celle de lisbonne en février 2010, seulement deux (2) bourses sur un total de vingt ont été affectées aux sciences sociales, tout le reste ayant été offertes aux sciences médicales notamment à la parasitologie, l'épidémiologie, la biochimie et la pharmacologie. Au regard de cette faible attention accordée aux sciences sociales dans la lutte contre les MTN, on peut déduire que la priorité est accordée à la dimension curative de la lutte contre ces maladies au détriment de l'aspect préventive dans lequel les sciences sociales peuvent se montrer d'une grande utilité.

✚ Une faible diffusion des ressources médicamenteuses notamment dans le domaine de la chimioprévention. En 2008, seuls 8 % des personnes atteintes de schistosomiase avaient accès à des médicaments de qualité. Selon certaines organisations engagées dans la lutte contres les MTN telle que la fondation merieux, les quantités disponibles de praziquantel ne sont pas suffisantes malgré les dons du secteur privé et les fonds alloués à la production de ce médicament.

9.3.2 Quelques propositions pour une intervention plus efficaces sur les MTN

Les propositions tiennent en cinq points :

+ La lutte contre les verminoses intestinales se heurtant à un manque de moyens financiers, pour une intervention plus efficace sur ces maladies, il serait judicieux de Prévoir des crédits budgétaires pour les traitements vermifuges dans les écoles.

+ Inclure la lutte contre les maladies tropicales négligées dans les interventions de santé publique de base telles que les campagnes de vaccination.

+ Il faut appliquer une stratégie de recherche pour mettre au point et utiliser de nouveaux médicaments et de nouvelles méthodes de lutte antivectorielle. À ce niveau, le besoin d'intervention en étude sociologique semble important.

+ Le développement d'un traitement antibiotique à prendre uniquement par voie orale pourrait faciliter l'administration de l'antibiothérapie vue que les injections intramusculaires sont un poids morale difficilement surmonté par les ulcérés.

+ Enfin les médicaments pour le traitement des géohelminthiases doivent aussi être disponibles en quantités beaucoup plus importantes. La production des médicaments servant à traiter les maladies tropicales négligées doit aussi devenir plus intéressante pour les laboratoires qui fabriquent des produits pharmaceutiques génériques.

Conclusion partielle

Le choix d'une catégorie thérapeutique face aux MTN à Taabo est influencé par plusieurs facteurs. Ces facteurs sont d'ordre psychosocial, culturel et économique. La perception que les individus ont de chaque MTN oriente leur choix parmi le dispositif thérapeutique local. De ce point de vue, les maladies incapacitantes regroupant l'ulcère de buruli, l'onchocercose, la filariose lymphatique et la fièvre typhoïde sont dites promptement confiées aux catégories thérapeutiques professionnelles lorsqu'elles sont identifiées. À l'origine de cette attitude sociale qui semble procéder d'un désenchantement populaire vis-à-vis des pratiques de « soins domestiques profanes », se situe la crainte des invalidités mais également une hiérarchisation des modèles de soins de la plus efficace à la moins « rassurante ». De même, les maladies pensées comme des problèmes de santé bénins sont communautairement prises en charge. Sont concernées par ce comportement les verminoses intestinales, la bilharziose urinaire et le paludisme.

Outre la perception de la maladie, les représentations étiologiques sont aussi déterminantes dans le choix d'une catégorie de soins. Les maladies pour lesquelles la main malveillante humaine ou toutes autres causes « magico-religieuses » notamment la fièvre typhoïde, l'ulcère de buruli, la filariose lymphatique et l'onchocercose sont considérées comme des maladies curables que par la tradithérapie. Cette attitude est adoptée dans la prise en charge de ces maladies après constat de l'échec de la biomédecine.

Le choix d'un modèle thérapeutique dépend également des rapports sociaux qui sont noués à l'occasion de la maladie dans l'entité sociale familiale. Si certains travaux s'appesantissent sur le pouvoir de décision du chef de famille dans ce choix, il a été noté que celui-ci pouvait parfois être

contraint à la négociation. Ainsi à Taabo, il peut arriver que le choix de la pratique de soins se fasse sur fond de conflit ou de négociation. Face aux MTN, le choix de la catégorie de soins tient également compte du « niveau de dépense acceptable » et de la distance séparant l'individu de la structure moderne de soins.

Par ailleurs, la lutte contre les MTN rencontre des difficultés et ses difficultés se situent à plusieurs niveaux. On ne note en effet pas une réaction vigoureuse de la part des populations concernées au premier chef et des autorités politiques des pays endémiques. Au niveau international, il est encore à noter que les pays riches manifestent une implication assez faible dans la lutte contre les MTN.

Conclusion générale

En faisant le choix de nous attaquer à l'étude du corpus de maladies constitué de cinq (5) MTN, du paludisme et de la fièvre typhoïde quant à l'évaluation sociale de leur gravité, un sentiment nous animait. Celui de constater qu'un vide informatif semblait exister sur la construction de la gravité de la maladie en Côte d'Ivoire et particulièrement dans les régions ivoiriennes dont la charge de morbidité infectieuse est avérée. Eu égard à ce constat, cette étude a voulu nourrir l'espoir de contribuer à la compréhension des logiques individuelles et collectives des comportements de populations en proie à une diversité pathologique. Elle s'est intéressée au cas particulier de Taabo dans la région des lacs en Côte d'Ivoire. Pourquoi donc avoir fait le choix de cette préoccupation particulière dans une dynamique de recherche global portant sur toute la situation épidémiologique de cette zone ?

Trois (3) constats ont fini de nous convaincre d'une chose, celle d'orienter notre réflexion sur ce sujet: primo, le contexte social de Taabo s'illustre par une forte charge de morbidité. Parmi les maladies vécues dans cette localité, figure des problèmes de santé publique extrêmement invalidantes telles que l'ulcère de buruli, l'onchocercose et la filariose lymphatique. Si on peut s'attarder sur la capacité de nuisance de ces maladies, on peut également se préoccuper de l'endémicité du paludisme, de la fièvre typhoïde, des schistosomiasés et des verminoses intestinales.

Deuxio, face à cette charge de morbidité, il a été entrepris la diffusion d'une C.C.C et d'une offre de soins biomédicaux. Ces interventions avaient pour objectif de C.C.C de réduire durablement la morbidité dans la zone par l'adoption des mesures préventives. On espérait ainsi pouvoir observer une attitude sociale « nouvelle » vis-à-vis des milieux hydriques, dans les

comportements alimentaires et dans la gestion de l'hygiène de vie mais surtout ne plus observer de cas ulcérés d'ulcère de buruli.

Tertio, contre toute attente on n'a pu obtenir qu'une réaction populaire mitigée face aux actions et offres de soins des mécènes. Cette réaction s'est traduite par la survivance des comportements à risque et par la perplexité des populations quant à l'achat des médicaments proposés.

En considération de ces constats, nous avons formulé la préoccupation centrale qui suit: **Comment les MTN qui sont vécues à Taabo sont-elles perçues par les acteurs de ce contexte social et quelle est leur attitude face au dispositif thérapeutique local lorsqu'elles font l'expérience desdites maladies?**

À cette question principale, nous avons proposé la réponse selon laquelle,

« Les réactions populaires face aux MTN vécues à Taabo varient en fonction de chacune de ces maladies. Cette attitude est tributaire de la perception locale de la notion de gravité de la maladie. Face à l'état de morbidité, la trajectoire de soins est fortement influencée par cette notion de gravité de la maladie et par les logiques socioéconomiques du malade ».

La question principale et la thèse ainsi formulées, l'étude présentait un double intérêt dont l'un scientifique et l'autre pratique. Elle espérait poursuivre un objectif global qui est celui d'« **évaluer le niveau de connaissance et de réaction des communautés vivant à Taabo face aux MTN** ».

Pour atteindre cet objectif, le dispositif méthodologique mobilisé a reposé sur une suite de rubriques comportant la spécification de l'étude, la délimitation du champ de recherche, la détermination d'un échantillon et l'observation de terrain proprement dite.

S'agissant de la nature de cette étude, on retiendra qu'elle s'inscrit dans la tradition de recherche de type mixte. Pour cette raison, techniques de collecte de données quantitatives et qualitatives dont l'observation directe, la technique documentaire, le questionnaire, les entretiens semi-dirigés, les récits de vie et les focus group ont été utilisés.

Ces outils ont été appliqués à un champ de recherche s'étendant sur treize (13) des quatorze (14) localités qui constituent la sous-préfecture de Taabo. Dans ces différents sites d'habitation, il a été prélevé un échantillon de 1948 individus selon le modèle raisonné dit des quotas. Les données qualitatives recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique et interprétées à l'aune de la méthode interactionniste telle que développée par Herbert blumer, l'ethnométhodologie élaborée par Alain Coulon, la théorie du choix multiple pensée par Hudson midwell. Les différentes descriptions empiriques ont été réalisées selon l'approche ethnographique de John w. C reswell. Les données générées par le questionnaire ont été analysées à l'aide de l'outil informatique précisément avec le logiciel épi-info version 6.04dfr.

En dépit de toute la rigueur observée dans l'élaboration de cette étude, elle comporte quelques insuffisances qui tiennent au fait qu'ayant portée sur plusieurs problèmes de santé à la fois, elle n'épuise pas les imaginaires sociaux et les connaissances savantes sur chacun d'eux. Ses limites sont également portées par le choix de l'approche de type « émique » que nous avons fait dans le modèle de classification de ces maladie. Une approche socio-anthropologique de type « étique » intégrée dans un programme de

recherche pluridisciplinaire serait intéressante puisse qu'elle permettrait de dresser une hiérarchisation scientifique de ces maladies après en avoir relevé toutes les implications socio-sanitaires. En plus, elle aurait pu nous instruire davantage si elle avait abordé la question des expériences sociales morbides en termes de nombre individuel d'épisodes de ces maladies ce qui nous aurait permis de mieux apprécier leur évaluation individuelle et sociale.

Elle a néanmoins permis d'aboutir à des résultats non moins pertinents. On retiendra au chapitre des résultats que si la situation épidémiologique de la Côte d'Ivoire est dominée par les maladies infectieuses, les maladies tropicales négligées (MTN) tiennent une place de premier rang. Dans le drame sanitaire ivoirien, deux maladies figurent parmi les plus endémiques. Ce sont: le paludisme et la fièvre typhoïde qui bien que ne figurant pas sur la liste officielle des MTN élaborée par l'OMS, n'en sont pas moins vécues sous les tropiques. Le paludisme maintient même sa position de « *reine des maladies* » (Dorozinsky et *al.* op. cit.) en témoigne les données ci-après énoncées. En effet durant la période 2001-2008, il a été enregistré 10.671.109 cas de paludisme sur l'étendue du territoire nationale. La bilharziose urinaire a totalisé pendant la même période 32.457 cas pendant que l'ulcère de buruli avait fait 14.607 victimes. Quant à l'onchocercose et la fièvre typhoïde, on les avait signalées chez 2.459 individus pour la première et chez 21.813 pour la seconde. Il est important de noter que les données portant sur la fièvre typhoïde dont nous avons pu disposer dans le cadre de cette étude ne concernent que les années 2007 et 2008¹⁰. La raison justifiant cet état de fait

¹⁰L'annuaire des statistiques sanitaires 2001-2006 qui nous a fourni les données dont nous avons usé dans cette étude constitue la synthèse des informations sanitaires nationales de 2001 à 2006, soit six (6) années successives. Plusieurs éléments expliquent la définition de cet intervalle de temps. Il s'agit selon la direction de la DIPE, structure qui produit ce document, de la fin de l'appui technique et financier des partenaires aux développement dont la Coopération Française, Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) et la Banque mondiale et de la désorganisation du système de santé, consécutives aux différentes crises sociopolitiques qui se sont succédées depuis 1999.

est l'inexistence d'un programme de lutte contre cette maladie et ceci en rend difficile l'évaluation épidémiologique nationale.

Par ailleurs, pour la même raison ci-dessus évoquée, les verminoses intestinales et la filariose lymphatique n'ont pu être numériquement évaluées quant à leur profil épidémiologique. Cette réalité peut impliquer une sous-estimation de leur incidence dans le pays.

Concernant celles pour lesquelles on dispose d'une valeur numérique notifiée, c'est-à-dire le paludisme, la fièvre typhoïde, l'onchocercose, la bilharziose urinaire et l'ulcère de buruli, c'est une charge de morbidité s'élevant à environ 10.742.445 cas qui a été vécue durant la période plus haut considérée en Côte d'Ivoire.

Pour l'Afrique sub-saharienne, on estime à cinq cent millions (500.000.000), le nombre de sujets souffrant des MTN constituées par l'ulcère de buruli, l'onchocercose, les verminoses intestinales et les bilharzioses. Causées par des vers parasites, des bactéries et des protozoaires, l'étude bio-scientifique de leur étiologie nous apprend qu'elles sont causées soit par des conditions naturelles défavorables soit par la dégradation de son milieu de vie par l'homme.

Leurs implications médicosociales se résument en d'intenses douleurs physiques, de graves préjudices esthétiques et de sévères incapacités. Hormis la filariose lymphatique dont les biosciences disent ne pas pouvoir facilement identifier les signes de manifestations à ses débuts, les autres se reconnaissent par des signes cliniques « physiques ».

Cette dernière situation a constitué le principal frein à la production de données sur la charge nationale de morbidité durant cette dernière décennie. Nous y avons ajouté les données des années 2007 et 2008 dont avons pu disposer dans cette même structure afin de dresser l'actuel bilan de la morbidité due aux MTN.

Par ailleurs si toutes les maladies négligées ont un effet indiscutable sur les systèmes de productions dans lesquelles elles sont vécues, celles qui sont invalidantes sont encore plus à redouter selon les disciplines biomédicales. Les autres ne sont pas d'emblée perçues comme des pathologies meurtrières mais elles n'en sont pas moins nuisantes. Les retards de croissance, les troubles de grossesse, l'absentéisme scolaire et la diminution de la productivité des travailleurs, imputables aux crises palustres infantiles et aux verminoses intestinales sont autant de conséquences médicosociales qui doivent interpeller sur les conditions de prévention et d'une meilleure prise en charge communautaire et thérapeutiques des MTN. Quant aux baisses parfois observées dans leurs morbidités, elles ne doivent pas constituer des motifs de satisfaction d'autant plus qu'« *en matière de morbidité infectieuse, aucune victoire n'est définitive* ».

En tout état de cause, l'observation de leur nosographie nous a indiqué un pragmatisme dans la démarche de construction du terme dénominateur de la maladie dans le champ sociologique de l'étude. Deux modules sont sous-jacents à cette démarche d'attribution de nom. Ce sont l'observation des signes cliniques et la perception de la gravité de la maladie. Concrètement, cette démarche d'observation des signes cliniques et d'interprétation de l'évolution de la maladie se traduisent par l'interprétation du corps physique en souffrance et des matières résiduelles. Le corps physique en souffrance est interprété en référence aux normes corporelles locales. L'anormalité, c'est-à-dire l'amaigrissement ou le surpoids inspirent ainsi dans cette logique. Quant aux matières résiduelles c'est à dire les urines, la matière fécale et les vomissements, elles sont également observées quant à leur consistance, couleur et composition. Ont été concernées par cette approche, les verminoses intestinales, la bilharziose urinaire, la fièvre typhoïde et l'onchocercose.

Quant aux restants des maladies à l'étude notamment le paludisme, l'ulcère de buruli et la filariose lymphatique, leur dénomination comporte une part de symbolisme. Ce symbolisme réside dans l'analogie entre des traits distinctifs comportementaux de l'animal et le comportement du malade en ce qui concerne le paludisme et la filariose lymphatique et dans l'affectation d'un qualificatif à la maladie pour ce qui est de l'ulcère de buruli. Si sournoserie diurne et agitation nocturne sont les attitudes les plus usitées dans le registre nosographique palustre, la comparaison entre la forme atrophiée du membre infecté et la patte de l'éléphant et la perception de la gravité caractérisent la filariose lymphatique et l'ulcère de buruli.

S'agissant de la causalité de ces maladies, on peut retenir qu'empirisme et surnaturalisme sont les deux paradigmes convoqués dans l'arène étiologique. Tandis que le paludisme et les verminoses intestinales sont imputés aux comportements humains tels que l'alimentation, les activités socio-professionnelles et l'hygiène de vie, l'onchocercose, l'ulcère de buruli, la bilharziose urinaire et la filariose lymphatique intègrent deux registres de causalités. Cette coexistence entre empirisme et croyances magico-religieuses dans l'explication causale de la même maladie repose sur la perception de sa gravité et le temps que met son processus de cure.

Outre les écarts sus-indiqués entre étiologie scientifique et étiologie sociale, on a également observé de la distance dans la symptomatologie de ces maladies. En effet entre pathogénie scientifiquement située et les signes de manifestation identifiés par les populations dans leur globalité, il existe quelques différences. Ces différences sont plus notables en ce qui concerne l'onchocercose et la filariose lymphatique. L'observation du cas précis de ces deux maladies interpelle sur les difficultés de la correspondance entre entités

nosologiques biomédicales et termes nosologiques ethnolinguistiques. Ces difficultés impliquent parfois qu'une entité nosologique de la catégorie scientifique soit « fractionnée » ex nihilo selon ses signes de manifestation pour être identifiée comme plusieurs problèmes de santé.

In fine dans cette démarche d'identification, une seule maladie peut être reconnue sous une diversité de termes et certains de ces termes sont plus usités que d'autres. Les termes les moins courants le sont parce qu'ils sont perçus comme stigmatisants et allusifs. Ce « plurinominalisme » peut impliquer l'hypothèse d'une connaissance approximative de ces maladies. Le cas de la fièvre typhoïde dont la construction mobilise des couleurs (blanc et rouge) et leur connotation au teint illustre bien cette réalité. Cette hypothèse serait alors d'autant plus pertinente que les focus-group avaient été des plus animés par des confrontations de points de vue, d'observations, de doutes et de réfutations lorsqu'il s'était agi d'identifier chacune de ces maladies. On peut ainsi affirmer au regard des facteurs ci-dessus évoqués que *l'hypothèse 1* selon laquelle, « *les représentations étiologiques des MTN recueillies auprès des différentes communautés de Taabo permettent la constitution d'un corpus de discours relativement homogènes associant des modèles empiriques et des croyances magico-religieuses* », a été confirmée.

Cette recherche a mis en évidence en plus de la variation du lexique nominal, une variation des schèmes de causalité. Ce caractère variable de l'étiologie sociale se manifeste par un « glissement » du paradigme empirique au paradigme magico-religieux et celui-ci repose sur des repères tels que la chronicité et la communauté de signes cliniques entre pathologies. Si d'une communauté à l'autre, l'énoncé des conceptions causales subit quelques variations, celle-ci n'engage pas les mêmes convictions. Ainsi les

représentations étiologiques de l'ulcère de buruli des allogènes maliens et burkinabés ont été fortement influencées par celles de leurs congénères les communautés Baoulé et Dida mais aussi par celles des allochtones malinké. La raison justifiant ce diffusionnisme étiologique est selon ces communautés allogènes leur méconnaissance de cette maladie avant leur migration dans la zone endémique de Taabo. Aussi se sont-ils accommodé des démarches nosographiques locales en traduisant kannité, vagnégné, djori djougou dans leur langue.

Par ailleurs ces constructions n'émanant que de groupes d'acteurs tenant un discours plutôt heuristique sur leur communauté, il a été réalisé une analyse statistique des données d'enquête quantitative. Il ressort de celle-ci que la perception populaire de la gravité de ces maladies est une variable selon certains référents sociodémographiques tels que le lieu de résidence, l'âge, le niveau d'instruction et le groupe d'appartenance ethnique.

Cette analyse statistique du matériau collecté montre une réaction des plus nuancées face à toutes les maladies récurrentes de la zone mais également dans la perception des MTN. Il résulte du regard populaire jeté sur toute la situation morbide de la zone que l'ulcère de buruli est la maladie la plus redoutée. Avec 68,5% de l'échantillon, cette position privilégiée du mycobactérium ulcerans dans toute la charge de morbidité de Taabo est similaire à celle qui lui a été attribuée dans l'évaluation particulière des MTN.

Dans cette hiérarchisation des MTN selon la perception de leur gravité, la fièvre typhoïde (45,4%), l'onchocercose (34,7%) et le paludisme (30%) jouissent d'une plus forte perception que la bilharziose (23,7%), les verminoses intestinales (21,3%) et la filariose lymphatique (17,7%). La mise en rapport de la perception de ces maladies avec les catégories

sociodémographiques lieu de résidence, âge, niveau d’instruction et groupe d’appartenance ethnique des enquêtés indique que ces références influencent la perception de la maladie. En nous référant au constat selon lequel urbains et ruraux situent les maladies les plus graves parmi celles auxquelles ils se disent fréquemment confrontés, on peut faire l’hypothèse que la fréquence de la maladie en influence la perception sociale de la gravité.

Au niveau de la connaissance des modes de transmission de ces maladies, on retiendra que les populations en sont très peu informées. Il a toutefois été observé dans ce registre que le paludisme, l’ulcère de buruli, l’onchocercose, la bilharziose urinaire et la fièvre typhoïde étaient les plus populaires avec respectivement 3,5%, 2,5%, 1,5% et 1% de l’échantillon. Les différents croisements de variables indiquent qu’il est difficile d’adhérer à l’hypothèse d’un déterminisme convoquant les variables « connaissance du mode de transmission » et « caractéristiques sociodémographiques » des répondants même si les répondants du niveau d’étude supérieur ont manifesté une meilleure réaction face à certaines maladies telles que la fièvre typhoïde et l’onchocercose (8,3% et 4,1%). Cette réaction, loin d’être satisfaisante doit plutôt inciter à la prudence dans l’élaboration des campagnes de C.C.C. Doris Bonnet écrit à ce propos que :

« L'introduction de savoirs nouveaux ne contredit donc en rien la croyance. Ceci explique la raison pour laquelle de nombreux fonctionnaires africains peuvent, d'une manière contradictoire pour l'observateur étranger, référer un fait de maladie tantôt à un savoir, tantôt à une croyance » (op. cit:2).

Cette réaction de l’auteur est d’autant plus pertinente qu’elle interpelle sur la coexistence entre connaissances livresques et croyances étiologiques en

Afrique. Optant pour la séparation de ces deux champs, Moscovici affirmait que « *Les croyances n'étant pas bâties sur les faits, les faits ne peuvent les ruiner* » (1993:5). Cette coexistence entre faits et croyances nous est encore plus apparue lorsqu'interrogées sur le totémisme local et les représentations étiologiques de certaines MTN en focus-group et en entretiens semi-dirigés d'approfondissement, les autorités coutumières autochtones ont par moment semblé se contredire. En effet si une causalité naturelle est affectée à la maladie en focus-group et donc en présence des paires, une autre parfois antinomique est avancée à la même maladie dans une interaction sociale de « *face-à-face* » avec l'enquêteur.

Pour ce qui est des complications médicales, les proportions ont été plus importantes. Les modalités d'aggravation de l'ulcère de buruli sont les plus connues avec 83% des enquêtés. Mais les autres maladies invalidantes ont présenté des proportions non moins considérables (onchocercose 27% et filariose lymphatique 14%). En revanche, le paludisme avec 30% de l'échantillon a été la maladie non-invalidante la mieux connue. Dans ce registre, les plus faibles proportions de l'échantillon ont été enregistrées par les verminoses intestinales (0,3%), la bilharziose urinaire et la fièvre typhoïde (1%). La mise en rapport de la variable « connaissance des complications médicales » avec le « lieu de résidence » montre que les urbains sont mieux instruits des implications médicales de toutes ces maladies que les ruraux. Le rapport avec le niveau d'instruction montre également que certaines catégories sont mieux informées que d'autres. Les taux enregistrés dans ce croisement croissent parfois avec le niveau d'instruction (paludisme, ulcère de buruli, filariose lymphatique et onchocercose) et parfois non (verminoses intestinales, bilharziose urinaire et fièvre typhoïde). On peut supposer que les facteurs tels que la fréquence de la maladie et les campagnes de

sensibilisation ont pu améliorer le niveau de connaissance des maladies les plus connues puisse que celles-ci ont été les plus ciblées par les activités de C.C.C.

En **hypothèse 2**, nous affirmions que *l'acte de perception de la gravité des MTN est tributaire des imaginaires sociaux intégrant la physiopathologie, la contagiosité, la chronicité et le coût du traitement biomédicale de la maladie*. Cette affirmation a été d'autant plus vérifiée que la notion de gravité de la maladie a été construite par les répondants autour de plusieurs indicateurs identifiables dans la symptomatique et dans la prise en charge de la maladie. Avec 54% de l'échantillon, la fièvre typhoïde, le paludisme et l'ulcère de buruli sont soupçonnées d'être des pathologies susceptibles de produire un état de dégradation substantielle de l'organisme d'où l'idée de leur gravité. On se souvient que dans l'évocation de la symptomatique de ces maladies dans le chapitre 2 de l'étude, les chefferies et notabilités avaient fait figurer les symptômes tels que l'affaiblissement et l'amaigrissement du sujet en souffrance. Le « *régime de la létalité* » est également déterminant dans cette perception de la gravité de la maladie. Ainsi 46% de l'échantillon a reconnu que certaines maladies conduisant plus tôt que d'autres à la mort, cette faculté leur vaut d'être considérées comme des maladies « sérieuses ». Dans cette catégorie, ont été classées la fièvre typhoïde (45%), le paludisme (30%) et l'ulcère de buruli (25%).

Les manifestations symptomatiques par des « *douleurs organiques* » ont représenté pour 35% des enquêtés un critère de gravité de la maladie et la fièvre typhoïde (15%), l'ulcère de buruli (10%), le paludisme (5%) et la bilharziose urinaire (5%) sont redoutés pour cette raison. Mais cet indicateur lorsqu'il a été corrélé par un risque d'« *invalidité physique* » a été encore plus

évoqué par les répondants (31%). Cette invalidité comprise comme ayant différentes manifestations implique aussi bien les « vilaines » cicatrices laissées post-guérison que la déformation de la région corporelle affectée. Tout compte fait, la crainte de la maladie pour un risque d'invalidité physique procède de la crainte de la stigmatisation et de la catégorisation sociale. Cette réalité sociale se situe en amont de la forte perception de l'ulcère de buruli plus haut observée.

Outre les indicateurs plus haut mentionnés, 22% des individus interrogés ont situé la gravité de la maladie du point de vue de sa chronicité. Pour ceux-ci, le caractère chronique de la maladie est compris comme une incurabilité et ceci implique que la maladie est grave. Notons que dans cette construction de la gravité de la maladie, les représentations étiologiques qui peuvent virer du naturel au surnaturel selon que la maladie « dure » et selon qu'on y voit la volonté humaine malveillante occupent une place de choix d'autant plus qu'elles jouent un rôle important dans le processus curatif. Ce processus lorsqu'il est traditionnel et s'il se manifeste par un long court est perçu comme plus onéreux d'où son observation comme un critère de gravité (18%) du trouble morbide. Si la chronicité de la maladie chez le même individu est redoutée, c'est ainsi parce que la quête de soins peut impliquer des frais plus importants et on en sera d'autant plus soulagé que si la maladie se limite à un seul individu dans le milieu social. Sinon lorsqu'elle s'étend par son « *principe contagieux* », elle est également redoutée (16%). En amont de cette évocation, se situe la mobilisation de ressources supplémentaires dans un contexte familial déjà suffisamment éprouvé par le premier cas de maladie.

Comme ***hypothèse 3***, nous supposons que le recours à un modèle de soins dans le dispositif thérapeutique local procède de la perception de la gravité de

la maladie et des logiques socioéconomiques des acteurs. À ce propos, il a effectivement été observé que plusieurs catégories de soins existant dans la zone, le choix d'une catégorie procède de quelques motivations individuelles. L'appareil de soins est constitué des modèles institutionnels modernes et traditionnels et du modèle domestique profane. Utilisées parfois individuellement parfois conjointement, ces différentes catégories sont représentées pour le modèle moderne de l'hôpital général de Taabo, de trois (03) centres de santé et de (02) dispensaires ruraux, pour le modèle traditionnel des guérisseurs traditionnels et pour le modèle domestique profane de la prise en charge de son état de morbidité par l'acteur lui-même sur la base des savoirs-faire populaires locaux.

De manière concrète, ces comportements d'auto-traitement se manifestent par un approvisionnement de l'acteur en ressources médicamenteuses sur le marché local auprès des vendeuses ambulantes, dans les points de ventes de médicaments chinois ou dans la flore environnant le lieu de résidence. Concernant le recours biomédical, il a été observé qu'en plus des structures susmentionnées, les populations optaient parfois pour d'autres structures notamment celles de Tiassalé ou de djèkanou. Cette diversification des repères dans la quête du soin procèdent de logiques socioéconomiques soutenues par la recherche de soins de qualité.

Dans l'éventail de choix de ressources médicamenteuses, les produits pharmaceutiques occidentaux issus des officines et dépôts de produits pharmaceutiques ont été reconnus comme les plus utilisés individuellement (22,8%). A ce niveau, une différence a été observée entre produits de la pharmacopée occidentale issus de points de ventes officiellement reconnus et les autres produits pharmaceutiques vendus de manière ambulante suivant le

régime des activités commerciales hebdomadaires locale. Pour ces produits que nous avons identifiés sous le terme de « médicaments chinois » et dont l'utilisation a été identifiée sous le terme d'automédication dans le cadre de ce travail, une proportion relativement faible de l'échantillon (1,5%) a dit opter. Ces produits regroupent des médicaments pharmaceutiques occidentaux, mais surtout des produits issus de l'industrie pharmaceutique orientale et des médicaments modernes africains.

Au niveau des recours conjoints, l'association de produits pharmaceutiques et phytothérapeutiques a été dite utilisée par 22,53 % de l'échantillon. Cette proportion de la population est plus importante que celle qui a reconnu user des ressources médicamenteuses traditionnelles africaines et des médicaments chinois (13,35%). Dans ces choix de recours thérapeutiques, les médicaments traditionnels individuellement utilisés, ont représenté l'une des proportions les plus faibles de l'échantillon (1,5%).

Le croisement des variables « pratiques de soins/caractéristiques sociodémographiques » des répondants a permis de répartir ceux-ci en fonction de leur recours de soins. Il résulte de ces mises en rapport une prédominance de certaines pratiques de part et d'autres des catégories sociales enquêtées. On peut retenir de cette réalité que les ruraux recourent plus aux médicaments pharmaceutiques que les populations urbaines (23% contre 17, 2%) et qu'un plus grand usage est fait des médicaments chinois en zone rurale qu'en zone urbaine (1,91% contre 1,32%). La co-thérapeutique médicaments pharmaceutiques et médicaments traditionnels est également plus observée en zone rurale qu'en zone urbaine (25% contre 3%). La pratique individuelle de recours à la phytothérapie africaine a semblé plus utilisée à Taabo cité que dans sa partie rurale (26,54% face à 11,64%).

Cette réaction sociale vis-à-vis des MTN si elle a permis d'observer les comportements individuels face à ces maladies, elle ne saurait dissimuler des réactions plus institutionnalisées. Les résultats des entretiens de groupe sur la prise en charge sociale de ces maladies a permis de dresser des taxinomies communautaires.

Selon ces taxinomies, certaines maladies telles que la bilharziose urinaire, les verminoses intestinales et le paludisme sont pris en charge dans presque toutes les communautés par automédication. La bilharziose est même considérée par certaines communautés notamment celles des allogènes maliens et burkinabés comme un trouble ne nécessitant pas une thérapeutique. Pour les autochtones Baoulé qui ont affirmé s'en préoccuper, la catégorie thérapeutique biomédicale est celle qui est dite pratiquée. En revanche lorsqu'elles font face à l'ulcère de buruli, toutes les communautés ont dit s'en remettre à l'antibiothérapie. Une autre réaction s'étant illustrée par son homogénéité a été celle observée face à la fièvre typhoïde. Pour chacune des communautés interrogées, cette maladie ne relève d'autres catégories de soins que de l'institution traditionnelle de soins.

Dans cette classification, l'onchocercose et la filariose dites très peu connues, n'ont pas été dites exclusivement confiées à une catégorie de soins. On retiendra de cette situation que l'expérience sociale de la maladie en influence la prise en charge. Des associations de modèle notamment de soins domestiques profanes et de biomédecine sont observables face à certaines maladies tel que le paludisme mais dans d'autres cas le cumul de catégories s'avère difficile. La complexité constatée dans les cas de cumul ont notamment porté sur la prise en charge de l'ulcère de buruli à son stade tardif. Ces cas loin de relever de la seule volonté des malades se traitent dans la majorité des cas par monothérapie et ceci répond à une logique de rationalité

techniciste fondée sur une volonté d'hygiène biomédicale. In fine, la trajectoire de soins des malades d'ulcère de buruli a été marquée par sa circularité. Débutée à domicile, elle est orientée soit vers l'antibiothérapie soit vers le modèle traditionnel de soins avant de se poursuivre à nouveau à domicile en cas de rechute.

La vérification de *l'hypothèse 3* se pose à ce niveau comme un champ concret d'application de l'interactionnisme symbolique développé par Herbert Spencer dont nous nous faisons forts d'appliquer les principes fondamentaux aux comportements thérapeutiques sociaux mais également à la perception des MTN à Taabo. Ces comportements orientés vers la quête d'un processus de soins tiennent surtout compte d'une diversité de facteurs. Le choix d'une catégorie de soins est ainsi opéré en fonction du regard social porté sur cette catégorie quant à son efficacité et son accessibilité. Ce choix est concrètement pratiqué sur la base de la perception du modèle qui elle-même est déduite d'«anciennes » expériences sociales de la maladie.

Il y aurait ainsi des catégories de soins capables de guérir certaines maladies et d'autres non. Dans cette quête de soins, les représentations étiologiques sont également prises en compte. Elles orientent autant que la perception de la gravité de la maladie, la perception de la catégorie du soin, le niveau de dépenses acceptables et les rapports sociaux de l'acteur. C'est aussi l'influence des croyances étiologiques qui est sous-jacente à l'évaluation des catégories de soins et aux taxinomies plus haut observées. Ainsi les maladies à l'origine desquelles la main malveillante humaine est située bien que confiées à la biomédecine comme pour « *essayer si ça ne va pas* » relèvent de l'institution traditionnelle de soins. C'est en considération de tous cela que les maladies pensées bénignes sont domestiquement prises en charge et celles qui sont « sérieuses » confiées aux professionnels.

Somme toute, ce sont des facteurs psychosociaux, culturels et économiques qui sont en amont du choix d'une catégorie de soins dans ce dispositif thérapeutique.

Cependant malgré que la capacité de nuisance des MTN n'est plus à démontrer, les réactions communautaires, nationales et internationales ne sont pas vigoureuses. On remarque ainsi qu'au niveau local, certaines maladies particulièrement craintes feraient l'objet de nombreux préjugés et d'une forte stigmatisation sociale. Ceci constitue un frein au progrès de leur éradication vu que les victimes ne les déclarent pas assez tôt, toute chose pouvant influencer négativement leur documentation. Au niveau national, les MTN semblent reléguées au second plan après des pathologies supposées à grandes mortalités telles que le paludisme, le sida et la tuberculose. Pour ce qui est de l'instance internationale, elle manifeste de la négligence dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. La raison pouvant justifier cette réaction pourrait être que les populations les plus riches de la planète ne vivent pas les MTN du fait des conditions d'émergence de celles-ci. Les implications de cette situation sont évidemment une faible réaction sur les MTN. Cette réaction que nous jugeons faible a pour effet la dégradation des cadres de vie, une insuffisance en ressources humaines et un manque de compétence dans la lutte antivectorielle, un système d'approvisionnement et de gestion des médicaments, des consommables et des petits équipements indispensables nécessitant d'être revu. On peut également observer qu'au niveau international, la lutte contre les MTN manque de vigueur. Cela se ressent dans la lutte contre la pauvreté qui est plus affirmée que réalisée. À ce même niveau, on note également une faible intégration des sciences sociales dans la dynamique de recherche sur les MTN mais aussi une faible diffusion des ressources médicamenteuses dans le domaine de la chimioprévention.

Face à ces faiblesses dans la lutte contre les MTN les propositions sont qu'il soit prévu des crédits budgétaires pour les traitements vermifuges dans les écoles, et inclus dans la lutte contre les maladies tropicales négligées des interventions de santé publique de base telles que les campagnes de vaccination. Qu'il soit mis au point de nouveaux médicaments et de nouvelles méthodes de lutte antivectorielle. Les antihelminthes étant actuellement en quantité beaucoup trop insuffisante, accroître ces médicaments pour que beaucoup plus d'enfants puissent en profiter.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages de méthodologie

- Affou, Y.P. et Gourène G., (2005). Guide pratique de la rédaction scientifique, EDUCI, Abidjan.
- Beaud, J.-p. (2003). “L’échantillonnage” Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données. Presse de l’université du Québec p211-242.
- Berger, P. and Luckmann T. (1996). La construction sociale de la réalité. Deuxième édition, Paris, Masson/Armand Colin.
- Blanchet A. et Gotman A. (1992). L’enquête et ses méthodes: l’entretien, Paris, Nathan, p.98.
- Blumer, H. (1969). “Qu’est-ce que l’interactionnisme Symbolique ?” Les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues, Étienne, J. et Mendras, H. Paris, Armand Colin.
- Corcuff, P. (1995). Les nouvelles sociologies, Paris, Nathan.
- Coulon, A. (2002). L’ethnométhodologie, Paris, PUF, coll. « Que sais-je? » 128p.
- Creswell, J.W. (1994). Research design : qualitative and quantitative approaches, sage publications, London, 204p.
- Del Bayle, J.-L. L. (1991) Introduction aux méthodes des sciences sociales, Toulouse, Privat.
- Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (2000). handbook of qualitative research. thousand oaks ca., edition, sage publications inc.
- Dubet, F. (1994). Sociologie de l’expérience, Paris, Seuil.
- Farrugia, F. (2005). Le terrain et son interprétation : enquête, comptesrendus, interprétation. Paris, harmattan.

- Fischer, G. N. (1987). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, presse de l'université de Montréal, Dunod.
- Goffman, E. (1973) ‘‘La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi’’, Paris, éd. de Minuit.
- Laplantine, F. (1996). La description ethnographique, Paris, Nathan, p.186
- Mongeau, P. (2008). Réaliser son mémoire ou sa thèse. Québec, presse universitaire du Québec.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Armand Colin.
- Parsons, T. (1955). Family, socialization and interactions process, Glencoe, free press 1955.
- Xiberras, M. (1993). Les théories de l'exclusion, Paris, Méridiens, 204p

11. Ouvrages généraux

- Aron, R. (1967). Les étapes de la pensée sociologique, Paris, Gallimard.
- Benoist, J. et Massé, R. (2002). Convocations thérapeutiques du sacré, Paris, Karthala.
- Brochu, S. (2006). Drogue et criminalité: une relation complexe. Montréal, les presses de l'université de Montréal.
- Douglas, M. (1986). Ainsi pensent les institutions, trad. Fr., préface de Georges Balandier, Paris, Usher, (1er éd. 1986).
- Fainsang, S. (1986). L'intérieur des choses: maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso, Paris, Harmattan.
- Gbagbo, M. (2009). Réintégration sociale des personnes ayant souffert de la maladie mentale à Abidjan, Tome 1 considération théorique, Abidjan, NEI/CEDA, p.105.

- Braunstein, F et Pépin, J-F. (1998). Histoire des grandes idéologies, Paris, Vuibert, p.21.
- Janzen, J M. (1995). La quête de la thérapie au bas-zaïre. (Traduit de l'anglais par gilles Bibeau, René collignon, Ellen corin & claude hamonet). Paris, Karthala, 287p.
- Maffesoli, M. (1985). La connaissance ordinaire. Paris, Méridiens-Klincksieck.
- Michel, A. (1964). La condition de la française d'aujourd'hui, paris, Gonthier.
- Michel, A. (1974a). Sociologie de la famille et du mariage, paris, puf.
- Moscovici, S. (1993). Préface de l. festinger, h.w. riecken, s. shachter, L'échec d'une prophétie, paris, puf, p.5.
- Paulme, D. (1960). Femmes d'Afrique noire, paris, mouton.
- Rougerie, G. (1964). La Côte d'Ivoire. Que sais-je, Paris, Puf
- Turner, V.W. (1972). Les tambours d'affliction, paris, Gallimard.
- Zempleni, A. (1975). "Deuil et interdit dans une société « totémique ». Un cas Gouro (Côte-d'Ivoire)". Psychopathologie africaine, XI (3): 392.

III. Ouvrages spécialisés

- Champely, S. (2004). Statistique vraiment appliquée au sport, Paris, Edition de bouk université, p.28.
- De Sardan, O. J-P. (1999 a). "Les entités nosologiques populaires internes : quelques logiques représentationnelles", La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, (sous la direction de) Y. Jaffre, J.P. Olivier De Sardan, Paris, P.U.F, 1999, p. 71-87.
- Étienne, J. et Mendras, H. (1999). "Les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues", Paris, Armand Colin.

- Farmer, P. (1990). Sending sickness: sorcery, politics and changing concepts of AIDS in rural Haiti, *Medical anthropology quarterly*, 1.6-27.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentation étiologique et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.
- Larivière, M. (1987). *Parasitologie tropicale: les grandes endémies, Epidémiologie - Prophylaxie (les professions médicales et sociales)*, Paris, Foucher.
- Levi-strauss, C. (1962). *Le totémisme aujourd'hui*. Paris, puf.
- Memel Fotê, H. (1998). *Les représentations sociales de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, L'harmattan
- Vigarelo, G. (1999). *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le moyen âge*. Paris, Éd du seuil.

IV. Thèses et mémoires

- Adou, A. (1992). *Place de l'automédication dans la pathologie iatrogène rencontrée dans certaines formations sanitaires d'Abidjan. Thèse de doctorat de pharmacie, Université de Cocody, Abidjan.*
- Adoubryn, K. D. et al. (2005). *Profil épidémiologique des schistosomoses chez les enfants d'âge scolaire dans la région de l'agnéby (sud-est de la côte d'ivoire), laboratoire des de parasitologie mycologie, UFR des sciences médicales université de Cocody Abidjan.*
- Alphonso, V. (1998). *Contribution à l'étude de l'impact du barrage de Garafiri sur la qualité des eaux et les écosystèmes aquatiques*

du Konkouré (Rép. de Guinée), Rapport de Stage, Université de bourgogne.

- Aujoulat, I. (1999). Enquête sur les perceptions et les représentations de l'ulcère de buruli dans une région endémique du Bénin. Projet d'appui au programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli au Benin, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique.
- Banga, B. (2001). Contribution à l'étude des parasitoses intestinales chez les enfants d'âge scolaire dans la sous-préfecture de Bingerville. Thèse de doctorat en médecine, Université de Cocody, Abidjan.
- Bargès, A. (1993). Environnement urbain africain et Maladie, Ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali) Ecologie Humaine XI (2).
- Fay, C. et Pamanta, O.(1994b). "Le sida au Macina: une maladie des limites" sciences sociales et sida, rapport final.
- Coulibaly, G. S. (2007). Evaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans la région du sud Bandama, Thèse de doctorat de médecine, Université de Cocody, Abidjan.
- Gondo, F. S. (2004). Profil épidémiologique des sujets pratiquant l'automédication en oto-rhino-laryngologie, thèse de doctorat de médecine, université de Cocody, Abidjan.
- Kouakou, C. Y. (2008). La propension à la dépigmentation féminine à Abidjan (côte d'ivoire): le cas des femmes de yopougon. Thèse de doctorat de sociologie de la santé, Université de Bouaké, Côte d'ivoire.
- Kouakou, J. F. (2002). Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques des malades atteints de l'ulcère de buruli: cas des patients du district sanitaire de Daloa. Mémoire de maitrise, Université de Cocody Abidjan.

- Lartigau-roussin, C. (2003). Les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques à Mayotte. Mémoire de D.E.A. Méthodologies et techniques nouvelles en sciences humaines et sociales, Besançon.
- N'doumy, N. A. (1986). Médecine africaine et médecine officielle en Côte d'Ivoire, voie et moyens de collaboration. Mémoire de DEA, Université de Cocody, Abidjan.
- N'doumy, N. A. (2007). La procréation, le symbolisme et la santé de la reproduction en Afrique noire au sud du Sahara: Le cas du groupe baoulé en côte d'ivoire. Thèse de doctorat d'état, Université de Bouaké, Côte d'Ivoire.
- Nogbou, M. J.-M. (2008). Identification des acteurs de la médecine traditionnelle: cas du district autonome d'Abidjan. Mémoire de Ces, Université de Cocody, Abidjan.
- Robineau, L. (1978). Résultats d'une enquête sur la perception de la maladie à Pikine Sénégal, thèse de doctorat de médecine n°18 60p faculté de médecine et de pharmacie de Dakar, Sénégal.
- Tamoulette, A. A. (2000). Aspect échographique de la bilharziose hépatosplénique à schistosoma mansoni chez les enfants à propos de 441 cas colligés à richard toll. Sénégal, Mémoire de CES, université de Cocody, Abidjan
- Traoré, A. (1999). Contribution à l'étude des complications oculaires de l'onchocercose à propos de 200 cas colligés dans le district sanitaire d'Odienné de 1987-1997. Thèse de doctorat en médecine, Université de Cocody, Abidjan.
- Traoré, S. (1999). Automédication en Côte d'Ivoire, thèse de doctorat de pharmacie. Université de Cocody, Abidjan.
- Zogba, G. G. (2005). Les représentations sociales de l'ulcère de buruli: cas de la sous-préfecture de Taabo, Mémoire de DEA, Université de Cocody Abidjan.

V. Articles, Bulletins, Revues et Séminaires

- Agbo, K. et al. (1990). “Parasitoses intestinales et taux de fer sérique chez les enfants de 5 à 15 ans dans les banlieues de Lomé et en milieu rural au Togo”. *Revue de médecine*, p.9-11.
- Akindès, F. (2001). “Dynamique de la politique sociale en Côte d’Ivoire”. *Politique sociale et développement*, Document du programme no.8, Institut de Recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), p.9.
- Augé, M. (1986). “L’anthropologie de la maladie”. *L’Homme*, nos 97-98, pp. 81-92.
- Augé, M. (1984). *Ordre biologique, ordre sociologique, la maladie forme élémentaire de l’événement. Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- Bibeau, G. (1978). “L’organisation ngbandi des noms de maladies”, *Anthropologie et société*, vol.2, pp83-114.
- Benoist, J. (1999). *Sciences sociales et santé au Maroc*, colloque du 2-3 déc, old.healthnet.org n°04, p.6.
- Benoist, J.(2004). “Rencontres de médecines: s’opposer ou s’ajuster”, *cultures et sociétés*, vol.5, N°2, pp.6-7.
- Bonnet, D. (1989). “Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina”, Salem Gérard; Jeannée Emile, *Urbanisation et santé dans le tiers monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Orstom, Paris, Collection colloques et séminaires, pp.339-342.
- Bonnet, D. (1994). *Les croyances relatives à l’identité: le cas de l’épilepsie au Burkina-Faso*, S.I.: Orstom, multigr., 23p.
- Bonnet, D. (1999). “La taxinomie des maladies en Anthropologie: aperçu historique et critique” *Sciences sociales et santé* vol. 17, n°2, pp.5-21.

- Bonnet, D. (2004). “Drépanocytose et ethnicité”, Lainé, A. (éd). La Drépanocytose: regard croisé sur une maladie orpheline. Paris, Karthala (Homme et sociétés), pp.45-73.
- Bougerol, C. (1984). “La lavandière et la bilharziose à la Guadeloupe: je sais bien mais quand même” les études rurales N°93/94 (janv-jun, 1984) pp.143-149.
- Bougerol, C. (1994). “Approche anthropologique de la drépanocytose chez les malades antillais”, sciences sociales et santé, vol. XII, n°3, pp.47-68.
- Boudon, R. (2007). “L’attitude” Dictionnaire de sociologie. Encyclopédia universalis et Albin Michel, Paris, pp.430-432
- Bourdieu, P. (1984). “Espace social et genèse des classes”, actes de la recherche en sciences sociales, N°52-53.
- Bulard, M. (2010). “Vents de réforme sur la protection sociale: Comment fonctionnent les systèmes de santé dans le monde ?”, Le monde diplomatique, disponible sur <http://www.monde-diplomatique.fr/2010/02/>. Page consultée le 22 03 2010.
- Brunet-Jailly, J. (1999). “Qu’attendre de la dynamique des systèmes de santé urbaine en Afrique de l’Ouest?” J. Brunet-Jailly, Santé en Capitale. La Dynamique des Systèmes de Santé des Capitales Ouest-Africaines, Abidjan, CEDA.
- Caldwell, J.C. (1999). “Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé” Revue internationale des sciences sociales, n°161 pp.371-378.
- Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) en Côte d’Ivoire. Rapport d’activité 2001-2003.
- Chippaux, J.-P. (2000). “Le rôle du Cermes dans la lutte contre les schistosomoses en Afrique de l’Ouest”. Lutte contre les schistosomoses en Afrique de l’Ouest, Communications présentées à l’atelier sur les difficultés rencontrées dans la mise en suivre des programmes de lutte contre les

schistosomoses en Afrique de l'Ouest Niamey - Cermes, 15-18 février, collection Colloques et séminaires, Paris.pp.141-175

Contandriopoulos, A.-P., et al. (1996). Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada, Volume 1, 92, Université de Montréal, Montréal.

Copplestone, J. (1991). “Qu’est-ce que la santé” Forum mondial de la santé, vol.12, pp.485-488.

De Sardan, O. J-P. (1994). “La logique de nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger”. Sciences sociales et santé, vol.12, 3, pp.15-45.

De Sardan, O. J-P. (1996). “Du village à la ville: les représentations de la maladie et les itinéraires thérapeutiques changent-ils vraiment?”, Colloque « santé en capitale » Abidjan, 12-16 février, pp.10-16.

De Sardan, O. J-P. (1999 b). “Les représentations fluides et prosaïques de weyno et yeyni”, la construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, (sous la direction de) Y. Jaffré, J.P. Olivier De Sardan, P.U.F, Paris, 1999, p 150-172.

De Suremain, C.-E. (2000a). Dynamiques de l’alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (congo), Autrepart, 15, pp.73-91.

Dédy, S. et Tapé G. (1995).Sida et procréation en Côte d’Ivoire: le cas d’Abidjan. Projet National de Lutte contre le Sida (PNLS)/ Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).56p.

Desclaux, A. (1998). “Les perceptions populaires des diarrhées infantiles: diversité et invariants” Arch Pédiatr ,5:183-9.

Djimadji, N. (1992). Concepts et pratiques des sociétés à abobo- sagbé, inades, Abidjan.

- Dorozynski, A. et Lantieri, M.F. (1993). “Malaria, la reine des maladies, la résurgence des maladies parasitaires”, Sciences et Vie, pp.30-33.
- Dossou-yovo, J. et al. (2001). “Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citoyens de Bouake, côte d’ivoire”, Med. Trop., n°61, pp.495-499.
- Engels, D. (2000). “Revue générale sur les schistosomoses et la morbidité bilharzienne”. Lutte contre les schistosomoses en Afrique de l'Ouest, Communications présentées à l'atelier sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre les schistosomoses en Afrique de l'Ouest, Niamey-Cermes, 15-18 février, collection Colloques et séminaires, Paris.
- Ernould, J-C. (2000). “Importance du comportement humain dans la transmission des schistosomoses”. La lutte contre les schistosomoses en Afrique de l'Ouest. Communications présentées à l'atelier sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre les schistosomoses en Afrique de l'Ouest Niamey - Cernes, 15-18 février 2000, Collection colloques et séminaires, Paris, Editions IRD, pp.31-42.
- Fassin, D. (1997). “L’internationalisation de la santé: Entre culturalisme et universalisme”. Esprit, N° 229.
- Faye, O. et al. (1998). “Les parasitoses intestinales dans le bassin du fleuve Sénégal: Résultats d’enquêtes effectuées en milieu rural”, Médecine d'Afrique Noire, 45 (8/9).
- Gbe, k. et al. (1999). “Manifestations oculaires de l'onchocercose de forêt en côte d’ivoire: résultats préliminaires d’une étude ophtalmologique et parasitologique”. Société d'Ophtalmologie Rhône-Alpes. vol.99, pp.17-25
- Gentilini, M. (1993). Déclaration d’Alma ata, éd médecine tropicale 5e éd, Paris, Flammarion, p.90.

- Goffman, E. (1973). “Les rituels de la vie quotidienne”, Les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues, Paris, Armand Colin, pp.142-144.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological experience.* New York, Cambridge University press, 242p.
- Gruénais, M.-É. (1990). “Le Malade et sa famille: une étude de cas à Brazzaville”. Sociétés, développement et santé, Fassin D. et Y. Jaffre (coordin.), Universités Francophones, UREF, ELLIPSES/AUPELF, Paris, pp.227-242.
- Guiblehon, B. (2008). “Système magico-thérapeutique”, Séminaire destiné aux étudiants de maîtrise en Santé, Université de Bouaké (Côte d’Ivoire).
- Hagenbucher, S. F. (1992). *Santé et rédemption par les génies au Congo*, publisud.
- Helman, C. G. (2000). *Culture, Health and Illness*, Fourth Edition, Oxford: Butterworth.
- Héritier, F. (1984). “Stérilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique”, *Le sens du mal*, éd des archives contemporaines, Paris, pp.123-154.
- Herzlich, C. (1984). “Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social”, *Le sens du mal*, Paris, éd des archives contemporaines, pp. 189-216.
- Jaffré, Y. (1999a). “Conclusion.” *La construction sociale des maladies*. Un texte publié dans l’ouvrage sous la direction de Yannick jaffré et Jean-Pierre Olivier De Sardan, pp.359-370. Paris: Les Presses universitaires de France, 376 pp. Collection: Les champs de la santé, édition électronique.
- Khlat, M. (2002). “La santé: anciennes et nouvelles maladies” *La population du monde, enjeux et problèmes*. 2e éd., Paris, INED, pp.497-525.

- Kibadi, K.A. (2004). “Enquête, connaissance attitudes et pratiques de la population de Songololo (RDC) sur l’ulcère de buruli”, Bulletin de société de pathologies exotiques, vol.97 n°4 pp91-102.
- Koné, M. (1998). Approche qualitative du problème de l’équité dans l’accès aux soins, Bulletin du GIDDIS-CI, n°16.
- Lahire, B. (2007). “Socialisation”. Dictionnaire de sociologie. Encyclopédia universalis et Albin Michel, Paris, , pp.430-432
- Laplantine, F. (1989). “Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie: de quelques recherches menées dans la France contemporaines réexaminées à la lumière d’une expérience brésilienne” Les représentations sociales, sous la dir. de F jodelet, Paris, puf, pp.277-298
- Le feuvre, N. (2001). “La féminisation de la profession de médecin : voie de recomposition ou de transformation du « genre »”. Femme et homme dans le champ de la santé, approche sociologique, Paris, édition ENSP, pp197-254.
- M’bokolo, E., (1984). “Histoire des maladies, histoire de la maladie: l’Afrique”, Le sens du mal, éd des archives contemporaines Paris pp. 155-186.
- Mallart-guimera, L. (1977). “La classification évusok des maladies” Journal des africanistes, première partie, vol. 1, 9-51, deuxième partie, vol. 2, 9-47.
- Mathieu, A (2008). L’opposition villes-campagnes est-elle fatale. Afrique contemporaine, N°168, pp108-121.
- Mathieu, N.-C. (1973). “Homme-culture et femme-nature”. L’homme, xiii, 3: 101-113.
- Mathieu, N.-C. (1985a). “Critique épistémologique de la problématique des sexes dans le discours ethno-anthropologique”. Rapport pour l’UNESCO, Lisbonne.

- Mathieu, N.-C. (1985b). L'arrondissement des femmes, essai en anthropologie des sexes. Paris, Ehess.
- Mathieu, N.-C. (1991 b). "Etudes féministes et anthropologie" in p. bonte et m. izard (dir.) dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, paris, puf: 275-278.
- Mathieu, N.-C. (1991a). "Différenciation des sexes" in p. bonte et m. izard (dir.), dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, paris, puf, pp. 660-664.
- MAP International, Bilan des activités 2005 et perspectives en Côte d'Ivoire. MAP international/ALM. Réunion annuelle de l'OMS sur l'ulcère de Buruli, Genève, Suisse, 15-17 Mars 2006.
- Mauss, M. (1950). "Les techniques du corps". Sociologie et anthropologie, paris, puf, pp.363-386.
- Mbula, W. et al. (1993). "Les aspects épidémiologiques de la fièvre typhoïde à Kinshasa: à propos de 208 observations" Médecine d'Afrique noire, 40 (11).
- Mead, M. (1948). Male and female, a study of the sexes in a changing world, New York, William morrow.
- Meadwell, H. (2002). La théorie du choix rationnel et ses critiques sociologie et sociétés, vol. 34, N° 1, pp.117-124.
- Memel Fotê, H. (1999). La modernité de la médecine en côte d'ivoire? Revue internationale des sciences sociales, N°161, pp379-392.
- Michel, A. (1974b). Activité professionnelle de la femme et vie conjugale. Paris, CNRS.
- Montastruc, J.L. et al. (1997). Pharmacovigilance de l'automédication. Thérapie. 105-10, P.52.
- N'Guessan, F. K. (1978). "Pour une anthropologie médicale Africaine." Annales de l'Université d'Abidjan, Série F: Ethnosociologie. Volume 7, pp. 91-102.

- Nicolas, j.-p. et al. (1994). “Démarche ethnopharmacologique: de l’importance de l’étude des classifications indigènes au retour de l’information vers les populations concernées. communication colloque international: la pharmacopée arabo-islamique hier et aujourd’hui. rabat, 30 avril–3 mai.
- Nzeyimana, I. et al. (2006). Nosologie populaire des maladies infantiles dans l’Ouest de la Côte-d’Ivoire. Implications pour le paludisme, *Bull Soc Pathol Exot*, 99, 2, 129-134.
- Pawlowski, et al. (1993). Infestation et anémie ankylostomiennes: méthodologie de la lutte. Genève; Organisation mondiale de la Santé;98p.
- Prost, A. (1995). “De la maladie à la santé: individu, société, environnement et culture”. *Cahier santé, OMS, Genève* 5-331-3.
- Raynold, P. et Daveluy, C. (1986). La planification de la santé: concepts-méthodes, stratégies, éd arc, Paris, pp17-24.
- Reveyrund, O. (1983). “Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles”.Premier colloque national d’anthropologie médicale. *Chronique scientifique* (paris, 28-30 Novembre 1983).
- Rogeaux, O. (1991). “Fièvre typhoïde”. *Développement et santé. N°91*.
- Roquet, E. (1999). L’usage de l’alcool au sein de groupes de sans-abri, *sciences sociales et santé*, vol.17, n°2.
- Saillant, F. (1989). “Les thérapies douces au Québec: l’émergence d’une nouvelle culture thérapeutique” BAUHERZ Georges et coll. (éd.), *Comprendre le recours aux médecines parallèles*, Colloque international de Bruxelles. Bruxelles, C.R.I.O.C, 315p.
- Saillant, F. (1999). “Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique”, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23 n° 2, pp.15-39. Numéro intitulé: Soins, corps, altérité. Québec: Département d’anthropologie de l’Université Laval.

- Simmel, G. (2006) Comment les formes sociales se maintiennent?, Le problème de la sociologie et autres textes, Paris, édition du Sandre, pp.42-92.
- Sindzingre, N. (1984). “La nécessité du sens: l’explication de l’infortune chez les Senufo Fodonon” Le sens du mal, éd des archives contemporaines. Paris, pp. 93-122.
- Sindzingre N. et Zempleni A. (1981). “Modèles et pragmatique activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire”. Social Science and Medicine, n°15, pp.279-293.
- Takezawa, S. (2001). “Madame Germaine Dieterlen, messagère d'une culture africaine pour l'autre bout du monde ”. Journal des africanistes, vol.71, N 71-1, p191-194.
- Tetart, G. (2007). “Interdit” Dictionnaire de sociologie, encyclopédiauniversalis. Paris, Albin Michel, pp.430-432.
- Tursz, A. (1999). “Utilisation et perception des systèmes de santé par les enfants et leurs familles”. Revue d’épidémiologie et de santé publique, n°47, Paris, Masson.
- Vidal, L. (1996). Le silence et le sens: essai d’une anthropologie du sida en Afrique. Paris, Anthropos.
- Vidal, L. et al. (1995). “Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du SIDA à Abidjan (Côte d’Ivoire): Quelques éléments de réflexion”. Delaunay et al. Le sida en Afrique: recherches en sciences de l’homme et de la société, ANRS, ORSTOM, pp.153-159.
- Lucas, V. et al. (1997). Structures sociales, emploi et santé.Credes/ GEOS, Univ. Montpellier III.
- Ministère de la santé publique. Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins (2001). Stratégie nationale d’amélioration de la qualité dans les établissements de soins.

Ministère de la santé publique, (1995). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005.

Ministère de la santé publique, (2008). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013.

Ministère de la santé publique, Manuelle des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact, édition 2000.

Ministère délégué auprès du ministre de la solidarité chargé de la santé, Rapport sur la situation sanitaire des années 1999-2000

VI. Dictionnaires

Boudon, R. et Bourricaud, F. (1982). Dictionnaire critique de la sociologie, Paris, puf, p.287.

Dictionnaire encyclopédique, (1987). Larousse, Paris.

Michel, A. et Encyclopédie Universalis (2007). Dictionnaire de sociologie. Paris, 915p.

VII. Documents électroniques

ADRAO, (1999). Rapport annuel, Points saillants des activités. Disponible sur www.warda.org/publications/RA1998/6adventices.pdf. Page consultée le 27 09 2009.

Allou, K. R. (2007). Histoire de l'Afrique de l'ouest: Côte d'Ivoire, peuples et civilisations, Eclairage sur l'histoire précoloniale des Baoulé de Côte d'Ivoire. Disponible sur <http://www.histoire-afrique.org/article194.html?artsuite=1> Page consultée le 22.10.2008.

Anonyme (2008). "La perception de la notion de maladie variable selon le statut social". Les dossiers thématiques de l'IRD disponible

sur <http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/virales/etat/etat03.htm> consultée le 18 15 2009.

Anonyme, Diguettes et moustiques en Afrique de l'Ouest “La riziculture irriguée favoriserait-elle le paludisme?”. Consortium "Santé" disponible sur <http://www.warda.org/research/health/Diguemou.htm> page consultée le 13 11 2008.

Anonyme. Questions et réponses, pauvreté et maladies. Disponible sur www.who.int/features/qa/58/fr/index.html consulté le 29 07 2009.

Anonyme, “simulie”. Microsoft Encarta 2009 [DVD]. Microsoft Corporation, 2008.

Anonyme, “anophèle”. Microsoft Encarta 2009 [DVD]. Microsoft Corporation 2008.

Anonyme, “paludisme”. Microsoft Encarta 2009 [DVD]. Microsoft Corporation, 2008.

Anonyme, “Sensation (philosophie)”. Microsoft Encarta 2009 [DVD]. Microsoft Corporation, 2008.

Bargès, A. (1996). “Entre conformisme et changements: le monde de la lèpre au Mali”. Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical, Jean Benoist 1996, version numérique disponible sur <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue> consulté le 10-05 2008.

Bargès, A. (2004). “Discerner, éviter ou ingérer le trouble. L'aliment comme enjeu sanitaire, individuel et collectif”. XVIIème congrès de l'AISLF. Tours juillet 2004. CR 17, Sociologie et anthropologie de l'alimentation. Lemangeur-ocha.com. Page consultée le 05-08 2008.

Benoist J. (1957). Kirdi au bout du monde, version numérique disponible sur <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>. Page consultée le 18 05 2009.

- Benoist, J. (1996a). Soigner au pluriel: Essais sur le pluralisme médical, version numérique disponible sur <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/> Page consultée le 10 12 2009.
- Benoist, J. (1996b). “Prendre soins”. Les classiques des sciences sociales. Version numérique disponible sur <http://classiques.uqac.ca/>. Page consultée le 15 12 2009.
- Benoist, J. (1998). “les médecines douces.”, Passions ordinaires: du match de football au concours de dictée, Paris, Bayard, pp. 8-9
- Benoist, J. (1998). La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture, produit en version numérique disponible sur <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/> consulté le 22 11 2009.
- Benoist, J. (2007). Logique de la stigmatisation, éthique de la désstigmatisation. Version numérique disponible sur <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/> page consultée le 18 05 2009.
- De Sardan, O. J-P. (1995). “La politique du terrain” Enquête, les terrains de l’enquête, en ligne disponible sur [url:http://enquête.revue.org/document263.html](http://enquête.revue.org/document263.html). Consulté le 27 Août 2007.
- De Suremain, C.-E. et al. (2000b). “Les relations de genre à l’épreuve de la maladie de l’enfant. Exemples boliviens et péruviens”, recherches féministes, 13 (1), pp.27-46. Disponiblesur<http://id.erudit.org/iderudit/058069ar> page consultée le 15 11 2008.
- Fay, C. et Pamanta, O. (1994a). Systèmes de production et d’activités: Le Massina, Paris, Karthala, pp.363-383. Disponible sur horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/.../010012626.pdf. Page consultée le 22 10 2009.
- Frédéric, M. L. M. (non daté). Santé et maladie, de l’expérience à l’analyse socio-anthropologique (esquisse de réflexion pour une présentation muséale). Disponible sur www.meb.u-

bordeaux2.fr/docs/exposante.pdf Page consultée le 15 11 2009.

Goubert, J.-P. (1984). “Équipement hydraulique et pratiques sanitaires dans la France du XIXe siècle”. Études rurales, 93-94 - Les hommes et l'eau. Disponible sur <http://etudesrurales.revues.org/document862.html>. Page Consultée le 14 06 2009.

Gruénais, M-E. (1986). “Pour une étude des systèmes familiaux en milieu urbain”, journées d'étude sur brazzaville, actes du colloque orstom-ageco, Brazzaville, 25-28 avril 1986, pp.599-611

IRIN Côte D'ivoire (2009). Recrudescence de l'onchocercose dans les zones forestières de l'Afrique de l'ouest. Disponible sur www.irinnews.org/ReportFrench.aspx?ReportId=76005. Page consulté le 22 12 2009.

Koffi, N. M. et al. (2003). “pourquoi un diplôme de gestion de projets de santé en côte d'ivoire ?”, Société française de santé publique, n°15, p79-88 disponible sur http://www.cairn.info/article.php?id_revue=spub&id_numpublie=spub_031&id_article=spub_031_0079 page consultée le 18 09 2009.

Kouadio, R. (2008). “Médecine traditionnelle chinoise - les acteurs veulent un cadre réglementaire et formalisé” [archive] » sur [Frat. Mat. info.com](http://Frat.Mat.info.com), 2008. Page consultée le 27 mars 2009.

Kouakou Bah, J.-P. (2009). Culture et santé en Côte d'Ivoire : analyse transculturelle des objets de santé infantile liés à la maladie de l'oiseau, disponible sur www.contrepointphilosophique.ch page consultée le 10 mai 2010.

Marcellini, A. et al. (2000). Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine, Corps et culture [En ligne], Numéro 5 |, URL : <http://corpsetculture.revues.org/710> Consulté le 14 juin 2009.

- M'Boukou, S. (2008). Trajectoires du soin en Afrique, Le Portique [En ligne], 4-2007 | Soin et éducation (II), Contextes. Disponible sur URL:<http://leportique.revues.org/index944.html> page consulté le 14 juin 2009.
- Menan, E.I.H. et al. (1997). “Helminthiases intestinales: résultats de cinq années de coprologie parasitaire a l’institut pasteur de Cocody (Abidjan - cote d’ivoire)”. Médecine d'Afrique Noire: 44 (7) pp. 415-419. Disponible sur www.santetropicale.com/resume/74407.pdf. Page consultée le 15 09 2009.
- N’dri-Yoman, T. (2008). Comment se soigne-t-on aujourd’hui en Côte d’Ivoire. Disponible sur https://cerapinades.org/index.php?option=com_docman&task. Page consultée le 20 10 2009.
- N’dri-Yoman, T. (2010). Santé en Côte d’Ivoire, Disponible sur http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sant%C3%A9_en_C%C3%B4te_d%27Ivoire&oldid=61376726, Page consultée le 20 juillet 2010.
- N’Guessan, K. (2008). “Migrations dans les terres libérées de l’onchocercose: risques et opportunités”. Revue Grain de sel-40: Migrations interafricaines, une richesse pour le continent. Disponible sur www.interreseaux.org/spip.php?page=article_pdf&id_article=2204, consulté le 21 09 2009.
- Negura, L. (2006). L’analyse de contenu dans l’étude des représentations sociales, Sociologies [En ligne]. Disponible sur URL:<http://sociologies.revues.org/index993.html>. Page consultée le 13 octobre 2009.
- Nguimbi Mabiala, J-N. (non daté). “La perception de la maladie chez les bayoombi du Congo”. Maladies, remèdes et langues en Afrique centrale, ouvrage collectif préparé sous la direction de lolke j. van der veen. Disponible sur www.ddl.ish-

lyon.cnrs.fr/.../Van%20Der%20Veen/Van%20der%20Veen_à
%20paraître_Collectif.pdf. Consultée le 15 08 2009.

Nicolas, J.-P. et al. (non-daté). “Savoirs traditionnels et santé communautaires: la stratégie alternative de « Jardins du Monde »”. Disponible sur www.francophonie-durable.org/.../colloque-ouaga-a3-contribution-nicolas.pdf. Page consultée le 14 05 2009.

OMS, Rapport (2004). Série de rapports techniques: Schistosomiasés et géohelminthiasés: Prévention et lutte, Rapport d’un Comité d’experts. Genève. Disponible sur [www.alexandriecsm.usj.edu.lb/Document.htm&numrec=031993780917550](http://alexandriecsm.usj.edu.lb/Document.htm&numrec=031993780917550). Consulté le 22 11 2009.

OMS, Rapport (2006). Pourquoi qualifie-t-on de “négligées ” certaines maladies tropicales, disponible sur <http://www.who.int/features/qa/58/fr/print.ht> Page consultée le 15 01 2009.

OMS, Rapport (2006). Relevé épidémiologique hebdomadaire, N°16, 2006, 81, 145–164. Disponible sur <http://www.who.int/wer> consulté le 14 10 2008.

OMS, Rapport (2007). Des chiffres révèlent l’incidence des maladies tropicales négligées. Disponible sur <http://www.scidev.net/fr/sub-saharan-africa/news>. Page consultée le 16 10 2009.

OMS, Rapport (2008). “Qu’entend-t-on par maladies tropicales négligées” disponible sur <http://www.américa.gov/st/haelthfrench/2009/may/20090519134101wrybakcu0.28> page consultée le 16/10/2009.

OMS, (2008). Hidden successes emerging opportunities, succès ignorés nouvelles opportunités. Disponible sur www.who.int/neglected_diseases/ntd_report_fr2.pdf. Page consultée le 28 12 2008.

- OMS, (2009). Lutte contre la pauvreté et la maladie : donner de l'espoir aux mères et aux enfants, accent particulier: ulcère de Buruli, trypanosomiase humaine africaine, leishmaniose et pian. Sommet africain sur les maladies tropicales négligées, Palais des Congrès, Cotonou, Bénin, 30 mars-3 avril disponible sur www.mpl.ird.fr/.../SommetAfricainMaladiesTropicalesNegligees.pdf. Page consultée le 18 09 2009.
- OMS, (2007). Département des maladies tropicales négligées (NTD) disponible sur http://www.who.int/neglected_diseases/ page consultée le 11 10 2009.
- OMS, (2008). Rapport sur la santé dans le monde: les SSP maintenant plus que jamais.
- OMS; UNICEF; FNUAP et Banque mondiale, Rapport conjoint (1999). Réduire la mortalité maternelle, déclaration commune. Genève, pp.10-20.
- Ouattara, G. (2009). "Lutte contre le paludisme - l'école des sourds équipée en moustiquaires imprégnées [archive]" sur [frat. Mat. info.com](http://frat.mat.info.com), 2009. Page consultée le 6 avril 2009.
- Ouendo, E-M. et al. (2005). "Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)". Tropical medicine and international health, Vol.10, Pages 179-186 Blackwell Publishing Ltd.
- Poirée, J. (2006). "Les maladies de passage, Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest". Cahiers d'études africaines, 182 [En ligne]. URL: <http://etudesafricaines.revues.org/index5992.html>. Consultée le 21 septembre 2009.
- Réseau-Ivoire Net, (2007). Villes et villages de Côte d'Ivoire. La sous-préfecture de Taabo. Disponible sur www.google.ci. Page Consultée le 18 09 2009.

- Ridde, V. (2003). Entre efficacité et équité: qu'en est-il de l'initiative de Bamako? Une revue des expériences ouest-africaine. Communication réalisée aux xxvièmes journées des économistes français de la santé "santé et développement" clermont-ferrand, cerdi, 9 - 10 janvier, disponible sur www.remed.org/ridde_IB.pdf. Page consultée le 13 09 2009.
- Saloum, A. (non daté). Valeurs thérapeutiques de l'eau du fleuve Niger pour les populations Bozo et Somono des communes de Mopti et Konna. Centre de Recherche en « Anthropologie de l'Eau ». Faculté des Lettres, Langues, Arts et Sciences Humaines (FLASH), Université de Bamako, République du Mali. Disponible sur www.netwa-bamako.org/files/saloum-alidou_v2.pdf. Page consultée le 14 08 2010.
- Sery, J.-P. (Non daté). Les principaux axes de la réforme du financement en Côte d'Ivoire: le recouvrement des coûts des actes de santé et l'assurance maladie autofinancée. Disponible sur http://www.ilo.org/gimi/concertation/resource.do?page=/concertation/publications/carte/cotedivoire/_3161251463_11026.pdf. Page consultée le 26 04 2008.
- Taïeb, O. et al. (2005). "Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle". Médecine et maladies infectieuses. Disponible sur <http://france.elsevier.com/direct/MEDMAL/> consulté le 10-08-2009.
- Takezawa, S. (non daté). Deux visions du monde, deux types de relation à l'eau: Les Bozo d'Afrique de l'Ouest. Disponible sur www.eauniversiteculturelle.org/eau-et-pratiques/43?task consulté le 07-12-2009.
- Yao, F. (2008). Côte d'Ivoire / la médecine chinoise lance une offensive [archive]. Disponible sur isantenews.info, 2008. Page consultée le 27 mars 2009.

Yoda, L. A. (2005). La traduction médicale du français vers le Mooré et le
bisa, un cas de communication interculturelle au Burkina
Faso. Disponible sur
dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/arts/.../l.a.../tables
consultée le 14-09-09

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	i
Résumé.....	iii
Listes des sigles et abréviations.....	v
Table des illustrations.....	vii
Tableaux.....	viii
Cartes et Photos.....	ix
Remerciements.....	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
1. Cadre théorique de la recherche.....	1
1.1 Contexte de l'étude et constas de recherche	1
1.2 Constats de Recherche	5
1.2.1 Une diversité et une forte charge de morbidité liée aux MTN.....	5
1.2.2 La diffusion d'une C.C.C et d'une offre de soins biomédicale.....	7
1.2.3 Une réaction populaire mitigée face aux actions et offres de soins.....	11
1.3. Intérêts de l'étude	13
1. 3.1Un intérêt scientifique.....	13
1.3.2 Un intérêt pratique	13
1.4. Definition des concepts opératoires	14
1 5. Revue de la littérature.....	21
1. 5.1 Des représentations étiologiques africaines de la maladie.....	22
1.5.2 La perception de la maladie et de son antonyme la santé.....	30
1.5.3 L'itinéraire de soins.....	33
1.5.4 Des approches taxinomiques de la maladie en Afrique et leurs critiques.....	37
1.6. Problématique et objectifs de recherche.....	41
1.6.1 Questions de recherche.....	41
1.6.2 Objectifs de recherche.....	42
1.7. Thèse et hypothèses.....	42
2. CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	45
2.1 Nature de l'étude.....	45
2.2 Etapes de la recherche.....	45
2.2.1 La recherche documentaire.....	45
2.2.2 La pré-enquête.....	46
2.2.3 L'enquête de base.....	46
2.2.4 Le dépouillement des données de primaire.....	47
2.3 Lieux de collecte de l'information.....	47
2.3.1 La délimitation du champ de l'étude.....	47
2.3.2 La sous-préfecture de Taabo.....	48
2.3.2.1 L'historique	48
2.3.2.2 L'environnement physique.....	50
2.3.2.3 Le puzzle humain.....	50
2.3.2.4 Les infrastructures de développement.....	51
2.3.2.4.1 Les services administratifs.....	51
2.3.2.4.2 Les équipements Sanitaires.....	52
2.3.2.4.3 Les équipements scolaires	53
2.3.2.4.4 Les activités socioéconomiques.....	53
2.3.2.4.5 Les transports, l'infrastructure routière et les autres commodités de vi.....	55

2.3.3 Monographie des localités d'enquête.....	56
2.3.3.1 La localité de Taabo cité.....	56
2.3.3.2 Le village de Kôkôtikouamékro.....	58
2.3.3.3 La localité d'Ahondo.....	59
2.3.3.4 Le village de Sahoua.....	60
2.3.3.5 La localité de Léléblé	60
2.3.3.6 Le village d'Amani menou.....	61
2.3.3.7 La localité de Sokrogbo.....	62
2.3.3.8 Le village d'Ahouati	63
2.3.3.9 Le village de Kotiéssou	64
2.3.3.10 La localité de N'dènou.....	64
2.3.3.11 La localité de Taabo-village	65
2.3.3.12 La localité de Tokohiri.....	66
2.3.3.13 Le village d'Aheremou II.....	67
2.3.4 Les croyances religieuses	69
2.4. L'échantillonnage	69
2.4.1 Le choix de la population cible.....	69
2.4.2 L'unité de sondage	70
2.4.3 Le critère d'inclusion	70
2.4.4 Le mode d'échantillonnage	70
2.4.5 La taille de l'échantillon.....	71
2.5 Les techniques de collecte de l'information	75
2.5.1 La technique documentaire	75
2.5.2 Le questionnaire	76
2.5.3 Les guides d'entretien semi-dirigés	76
2.5.3.1 L'entretien adressé aux infirmiers; ASC; instituteurs et guérisseurs.....	77
2.5.3.2 Le guide d'entretien adressé aux malades	77
2.5.3.3 Le guide d'entretien adressé aux individus en charge du malade.....	77
2.5.4 Le focus group.....	78
2.5.5 L'observation directe	74
2.6 Les methodes d analyse des donnees qualitatives.....	79
2.6.1 L'ancrage theorique de l etude	79
2.6.2 L'analyse comparative	83
2.7 Les difficultés de l'étude	83
2.8 Le plan de restitution des résultats de l'étude.....	85

Première partie: Les MTN: Morbidité, approche scientifique et Construction communautaire.....88

CHAPITRE I: Morbidité et représentations biomédicales des MTN.....	89
Introduction	89
1.1 L'onchocercose.....	90
1.1.1 Généralités	90
1.1.2 La morbidité « onchocerquienne » ivoirienne.....	90
1.1.3 Les vecteurs et le mode de transmission	92
1.1.3.1 Les vecteurs.....	92

1.1.3.2 Le mode de transmission.....	92
1.1.4 Les signes cliniques	93
1.1.4.1 Les nodules	94
1.1.4.2 La dermatite onchocerquienne	94
1.1.5 Les complications médicales et l'impact social.....	95
1.2 La schistosomiasis urogénitale.....	96
1.2.1 Généralités.....	96
1.2.2 La morbidité schistosomienne ivoirienne	96
1.2.3 Etiologie et mode de transmission	98
1.2.4 La symptomatologie	99
1.2.5 L'impact médicosocial	100
1.3 Les géohelminthiases	101
1.3.1 Généralités.....	101
1.3.2. Etiologie et mode de contamination	101
1.3.2.1 Les nématodes à voie d'infestation buccale	101
1.3.2.2 Les nématodes à voie d'infestation transcutanée	102
1.3.3 La Symptomatologie.....	102
1.3.4 L'Impact médicosocial	103
1.3.4.1 L'Ascariase	103
1.3.4.2 L'ankylostomiase	104
1.3.4.3 La Trichocéphalose.....	105
1.4 L'ulcère de buruli	105
1.4.1 Généralités	105
1.4.2 Evolution en Côte d'Ivoire	107
1.4.3 Etiologie et mode de transmission	107
1.4.4 Symptomatologie	108
1.4.5 L'Impact médicosocial	109
1.5 Le paludisme.....	110
1.5.1 Généralités	110
1.5.2 La morbidité palustre ivoirienne	110
1.5.3 L'Etiologie et le mode de transmission.....	111
1.5.3.1 Les différents types de parasites palustres	112
1.5.4 La Symptomatologie	113
1.5.5 L'Impact médicosocial	114
1.6 La fièvre typhoïde	114
1.6.1 Généralités	114
1.6.2 La morbidité ivoirienne	115
1.6.3 L'Etiologie et le mode de contamination	115
1.6.4 La Symptomatologie	115
1.6.5 L'Impact médicosocial.....	116
1.7 La filariose lymphatique	117
1.7.1 Généralités	117
1.7.2 L'Etiologie et le mode de transmission.....	118
1.7.3 La symptomatologie.....	118
1.7.4 Les complications médicales et l'impact social	119
Conclusion partielle.....	120

CHAPITRE II: construction communautaire des MTN.....122

Introduction	122
2.1 Vision du monde et notion de maladie dans les communautés cibles de l'enquête qualitative.....	123
2.1.1 Chez les Ivoiriens	123
2.1.2 Chez les Moose	125
2.1.3 Chez les Bozo	126
2.2 Approche ethnolinguistique de la dénomination des MTN à Taabo	128
2.2.1 Le processus sémiologique	128
2.2.1.1 Les nosographies en rapport avec la symptomatologie.....	130
2.2.1.2 Les nosographies par analogie	132
2.2.1.3 Les dénominations qualifiantes	133
2.3 Les représentations étiologiques	135
2.3.1 Les entités d'origine « <i>prosaïques</i> »	135
2.3.1.1 Le paludisme	136
2.3.1.2 La bilharziose urinaire	137
2.3.1.3 Les verminoses intestinales	139
2.3.1.4 La fièvre typhoïde	140
2.3.1.5 L'onchocercose	141
2.3.2 L'étiologie magico-religieuse	141
2.3.2.1 La bilharziose urinaire.....	142
2.3.2.2 La filariose lymphatique	143
2.3.2.3 L'ulcère de buruli	144
2.4 L'identification des manifestations physiologiques des MTN	145
2.4.1 La bilharziose urinaire	145
2.4.2 L'onchocercose	145
2.4.3 La filariose lymphatique	145
2.4.4 Les géohelminthiases.....	146
2.4.5 L'ulcère de buruli	146
2.4.6 La fièvre Typhoïde	146
2.4.7 Le paludisme	147
Conclusion partielle.....	147

Chapitre III: La diversification des constructions dénominatives et des schèmes causaux.....149

Introduction	149
3.1 Le pluralisme des champs lexicaux ethnolinguistiques	150
3.1.1 Une ébauche d'explication de la diversification du lexique dénominatif	152
3.1.2 Les difficultés de la correspondance entre entités nosologiques biomédicales et constructions sémantiques vernaculaires.....	153
3.2 La variation des catégories étiologiques: <i>Le cas de l'ulcère de buruli</i>	158
3.3 De la confusion entre pathologies.....	160
3.4 Tabous et totémismes autochtones et leurs implications sanitaires	164
3.4.1 Du totémisme alimentaire végétal	164
3.4.2 Des animaux affiliés	165
3.4.3 Des sanctions sanitaires à la non-observance des interdits	166

3.4.4 Transgression et sanction sanitaire humaine dans l'étiologie sociale : <i>Le cas de l'ulcère de buruli</i>	167
Conclusion partielle	171

Deuxième partie: Perception et déterminants de la gravité de la maladie.....173

Chapitre iv: la perception populaire de la gravité des MTN	174
Introduction	174
4.1 Identification et perception des maladies récurrentes	175
4.1.1 Identification des maladies récurrentes dans la population globale	175
4.1.2 Identification des maladies récurrentes par zone	178
4.1.3 La situation morbide dans « l'axe amont-aval du barrage »	180
4.1.4 Analyse du différentiel de fréquence des problèmes de santé entre zone	181
4.2 La perception des maladies récurrentes	188
4.3 Hiérarchisation des maladies récurrentes selon la perception de leur gravité	189
4.4 La perception de la gravité des maladies à l'étude	191
4.4.1 Analyse comparative des données des Tableaux 9 et Figure 9	192
4.4.2 Analyse du différentiel de perception de la gravité des MTN	193
4.4.3 Négation sociale et instrumentalisation de la maladie: le cas de la bilharziose...	
4.5 Des catégories sociodémographiques influençant la perception des MTN	196
4.5.1 Le rapport âge/ perception des MTN	196
4.5.2 Le rapport zone d'habitation/ perception des MTN.....	198
4.5.3 Le rapport perception des MTN / groupe d'appartenance ethnique.....	200
4.5.4 Le rapport niveau d'instruction/perception des MTN	201
4.6 Interprétation des écarts	202
Conclusion partielle	204
 Chapitre v : Attitude populaire face à la causalité et aux complications cliniques des MTN	 207
Introduction	207
5.1 La connaissance du mode de transmission.....	208
5.1.1 Dans la population globale	209
5.1.2 Le rapport mode de transmission/zone d'habitation	211
5.1.3 Le rapport groupe d'appartenance ethnique/mode de transmission	214
5.1.4 Le rapport niveau d'instruction/mode de transmission	217
5.2 La connaissance des complications physiopathologiques des MTN	220
5.2.1 Dans la population globale	220
5.2.2 Par zone d'habitation.....	222
5.2.3 Le rapport niveau d'instruction des enquêtés/connaissance des conséquences médicales des MTN.....	223
5.2.4 Le rapport groupe d'appartenance ethnique/connaissance des conséquences médicales des maladies à l'étude	225
5.3 Interprétation des données statistiques observées	228
5.3.1 Les facteurs majorant	228
5.3.1.1 L'endémicité	228
5.3.1.2 La communication pour un changement de comportement (C.C.C).....	231

5.3.2 Les facteurs minorant	232
Conclusion partielle.....	233

Chapitre vi : la construction sociale de la gravité des MTN236

Introduction	236
6.1 Les déterminants liés aux effets post-morbidité et aux caractéristiques intrinsèques de la maladie.....	237
6.1.1 L'impact médical handicapant	238
6.1.1.1 La débilité ou état d'affaiblissement physique.....	238
6.1.1.2 L'invalidité physique	239
6.1.2 Le « régime » de la létalité.....	244
6.1.3 La contagiosité.....	244
6.1.4 La douleur physique.....	245
6.1.5 La chronicité.....	245
6.2 L'accessibilité aux soins biomédicaux	248
Conclusion partielle.....	251

Troisième partie : Ressources médicamenteuses, Pratiques de soins et stratégies d'utilisation des catégories thérapeutiques.....254

Chapitre VII: Attitude face à la morbidité redoutée255

Introduction	255
7.1 Considérations générales sur le médicament et sur les professions médicales et pharmaceutiques en Côte d'Ivoire	256
7.1.1 Qu'est-ce que le médicament?	256
7.1.1.1 Le médicament traditionnel.....	257
7.1.1.2. La spécialité pharmaceutique	260
7.1.2 La profession de médecin	261
7.1.3 Le monopole pharmaceutique	262
7.2 Ressources de soins usitées face à la maladie redoutée.....	263
7.2.1 Fréquence d'utilisation des ressources de soins disponibles face à la maladie redoutée dans la population globale.....	264
7.2.2 De la compréhension de ces résultats.....	266
7.2.3 Le rapport zone d'habitation/choix des pratiques de soins	266
7.2.4 Le rapport âge/pratiques de soins.....	268
7.2.5 Rapport groupes d'appartenance ethnique/pratiques thérapeutiques.....	270
7.2.6 Le rapport niveau d'instruction / ressources de soins	271
7.3 Interprétation des données statistiques.....	273
7.3.1 Le faible poids des caractéristiques sociodémographiques.....	274
7.3.2 Des comportements thérapeutiques migrants	276
7.4 Les sources d'approvisionnement en médicaments	278
7.4.1 Les repères « officiels »	278
7.4.2 Les repères « non-officiels ».....	279
Conclusion partielle	283

Chapitre viii: Stratégies communautaires de prise en charge des maladies à l'étude en rapport avec les catégories locales de soins.....	285
Introduction.....	285
8.1 Modèles communautaires de classification des MTN face aux offres de soins.....	287
8.1.1 Le modèle classificatoire autochtone Baoulé.....	287
8.1.2 Le modèle de classification Dida	288
8.1.3 Le modèle classificatoire allogène burkinabé.....	288
8.1.4 Le modèle classificatoire allogène malien.....	289
8.2 Cas pratique: <i>traçage duparcours de soins des malades d'ulcère de buruli</i>	291
8.2.1 La première étape: l'étape des « pratiques domestiques profanes »	292
8.2.2 La deuxième étape: celle des soins savants biomédicaux ou traditionnels.....	295
8.2.2.1 De quelques pratiques phytothérapeutiques.....	295
8.2.2.2 L'antibiothérapie.....	297
8.2.3 Le retour aux « pratiques domestiques profanes».....	300
8.3 Anthropologie comparée des pratiques de soins: Les difficultés de la co-thérapeutique	304
Conclusion partielle.....	306
Chapitre ix : les déterminants sociaux des options thérapeutiques	309
Introduction.....	309
9.1 Les motivations populaires des choix entre catégories de soins	310
9.1.1 La perception de la maladie	310
9.1.2 La qualité des soins	312
9.1.3 Le poids des représentations étiologiques.....	314
9.1.4 Les interactions parentales	317
9.1.5 L'accessibilité du recours thérapeutique	319
9.2 La tarification des soins.....	320
9.2.1 Dans les structures modernes de soins.....	320
9.2.1.1 Répartition géographique des structures modernes de soins	323
9.2.1.2 Moyens et conditions de mobilité	325
9.2.1.3 La politique nationale de lutte contre l'ulcère de buruli et ses implications dans la prise en charge régionale de la maladie.....	327
9.2.2 De la tarification des prestations tradithérapeutiques	332
9.3 La faiblesse des moyens de lutte et de quelques propositions pour une intervention plus efficaces sur les MTN	334
9.3.1 La faiblesse des moyens de lutte contre les MTN.....	334
9.3.2 Quelques propositions pour une intervention plus efficaces sur les MTN.....	338
Conclusion partielle	339
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	341
BIBLIOGRAPHIE	361
TABLE DES MATIÈRES.....	385
ANNEXES.....	393

ANNEXES

Les focus-group

F-G1: Focus group adressé aux chefferies traditionnelles autochtones

Localité.....

I.La création du village

- 1-Quel est le nom du village ?
- 2- Quelle est la signification de ce nom ?
- 3- Comment le village a-t-il été créé ?

II- L'organisation sociopolitique

- 4-Comment devient-on chef dans votre village ?
- 5-Comment les notables sont-ils choisis ?
- 6-Comment les décisions sont-elles prises ?
- 7-Quelles sont les sanctions qui sont prévues en cas de transgressions des règles ?
- 8-Quel est le mécanisme de contrôle des décisions ?

III-Les activités socio-économiques

- 9-Quelles sont les cultures pérennes dominantes ?
- 10-Quels sont les groupes sociaux dominants qui pratiquent ces cultures pérennes ?
- 11-Quelles sont les cultures vivrières dominantes ?
- 12-Quelles sont les groupes dominants qui pratiquent ces cultures vivrières ?
- 13-Quelles sont les autres activités socioéconomiques dominantes du village ?

IV- L'environnement socioculturel

- 14-Comment est organisé le système de parenté ?
- 15-Comment se font les alliances matrimoniales ?
- 16-Quels est le processus d'éducation chez les garçons ? (socialisation /initiation)
- 17- Quels est le processus d'éducation chez les filles ? (socialisation /initiation)
- 18-Quelles est le religion traditionnelles dans le communauté ?
- 19-Quelles sont les religions nouvelles implantées et quelles sont les plus fréquentées par les communautés ?
- 20-Quels sont les groupements associatifs existants dans le village ?
- 21-Quel est le plus influent ?

V- Les infrastructures socio-économiques

- 22-Combien d'écoles (publiques confessionnelles) compte le village ?

23-Quel type de formation sanitaire existe dans le village ?

24-Quels sont les points d'eau existant dans le village et quelles sont leurs fonctions sociales respectives ?

VI- Le vécu de la maladie

25-Quelles sont les maladies fréquentes que vous rencontrez dans votre village ?

26-Parmi ces maladies fréquentes, quelles sont celles que vous considérez comme graves dans votre localité ?

27-Pourquoi

28-Quelles sont celles que vous considérez comme moins graves ?

29- Pourquoi ?

30-Voici une liste de maladies : L'onchocercose, la filariose lymphatique, les verminoses intestinales, la bilharziose urinaire, l'ulcère de buruli, le paludisme, la fièvre typhoïde. Quelles sont celles qui sont graves et pourquoi?

31-Quelles sont les noms et les significations de ces maladies dans votre langue ?

32-Quelles sont les signes de manifestation de chacune de ces maladies ?

33-Quelles sont les causes de ces différentes maladies et comment se transmettent-elles ?

34-Quelles sont les pratiques médicales que vous utilisez pour traiter ces maladies ?

F-G 2 : Focus group adressé aux chefferies traditionnelles allochtones et allogènes

I- L'organisation sociopolitique

1-A quel groupe culturel appartient votre communauté ?

2-Comment devient-on chef dans votre communauté ?

3-Comment les notables sont-ils choisis ?

4-Comment les décisions sont-elles prises ?

5-Quelles sont les sanctions qui sont prévues en cas de transgressions des règles ?

6-Quel est le mécanisme de contrôle des décisions ?

7-Quel est la nature de vos rapports avec les autochtones ?

8- Comment expliquez-vous ce type de rapport entre vous et les autochtones ?

II. L'environnement socioculturel

9-Comment est organisé le système de parenté ?

10-Comment se font les alliances matrimoniales ?

11- Quels est le processus d'éducation chez les garçons ? (socialisation /initiation)

- 12- Quels est le processus d'éducation chez les filles ? (socialisation /initiation)
- 13-Quelles est la religion traditionnelles dans la communauté ?
- 14-Quelles sont les religions nouvelles implantées et quelles sont les plus fréquentées par les communautés ?
- 15-Quels sont les groupements associatifs existants dans le village ?
- 16-Quel est le plus influent

VI- Le vécu de la maladie

- 17-Quelles sont les maladies fréquentes que vous rencontrez dans votre communauté ?
Parmi ces maladies fréquentes, quelles sont celles sont considérées comme graves dans votre communauté?
- 18-Pourquoi ?
- 19-Parmi ces maladies, quelles sont celles que vous considérez comme moins graves ?
- 20-Pourquoi ?
- 21- Voici une liste de maladies : L'onchocercose, la filariose lymphatique, les verminoses intestinales, la bilharziose urinaire, l'ulcère de buruli, le paludisme, la fièvre typhoïde. Quelles sont celles qui sont graves et pourquoi?
- 22-Quelles sont les noms et les significations de ces maladies dans votre langue ?
- 23-Quelles sont les signes de manifestation de chacune de ces maladies ?
- 24-Quelles sont les causes de ces différentes maladies et comment se transmettent-elles ?
- 25-Quelles sont les pratiques médicales que vous utilisez pour traiter ces maladies ?

Les guides d'entretien

G1 : Guide d'entretien adressé aux agents de santé communautaire

I. La connaissance des maladies négligées

- 1- quelles sont dans votre localité les maladies les plus fréquentes ?
- 2-Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent plus graves et ?pourquoi?
- 3-Quels sont les signes de manifestation de ces maladies ?
- 4-Quelles sont leurs causes ?
- 5-Quel est leur mode de transmission ?

II. La méthode de travail

- 6-À quel moment distribuez-vous les médicaments dans le cadre du projet de lutte contre les maladies négligées ?

- 7-Quels sont les points de distribution des médicaments ?
- 8-Comment faites-vous pour que les médicaments soient toujours disponibles ?
- 9-Quels médicaments vendez-vous en dehors des médicaments du projet de lutte contre les maladies négligées ?
- 10-Comment sensibilisez-vous les populations ?
- 11-À quels moments faites-vous la sensibilisation ?
- 12- Où faites-vous la sensibilisation ?

III. Le rapport avec la population

- 13- Qu'est-ce que la population vous reproche dans le cadre de votre travail ?
- 14- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec la population ?
- 15- Quelles suggestions faites-vous pour surmonter ces difficultés ?

G2Guide d'entretien adressé aux tradipraticiens

I. La connaissance des maladies négligées

- 1- quelles sont dans votre localité les maladies les plus fréquentes ?
- 2-Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent plus graves et pourquoi ?
- 3-Quels sont les signes de manifestation de ces maladies ?
- 4-Quelles sont leurs causes ?
- 5-Quel est leur mode de transmission ?

II. La méthode de travail

- 6- Quels sont vos jours de consultations et à quel endroit les faites-vous ?
- 7- Combien coûte une consultation chez vous ?
- 8-Quelles sont vos techniques de consultations ?
- 9-Les techniques de consultation varient-elles ?
- 10- Quels sont les différents traitements que vous administrez aux malades ?
- 11- Quel est le coût d'un traitement chez vous ?
- 12-Ce coût varie-t-il selon les cas de maladie ?
- 13-Quels sont les interdits qui accompagnent vos traitements ?
- 14-Sensibilisez-vous la population contre la maladie, si oui comment, ou, et quels moments ?

III. Le rapport avec la population

- 15- Quels sont vos rapports avec la population ?

- 16- Quelles sont les difficultés vous rencontrez avec la population dans le cadre vos de activités de soins ?
- 17-Quelles sont vos suggestions pour surmonter ces difficultés ?

G3 : Guide d’entretien adressé aux infirmiers

I. La connaissance des maladies négligées

- 1- Quelles sont dans votre localité les maladies les plus fréquentes ?
- 2-Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent les graves et pourquoi ?
- 3- Quels sont les signes de manifestation de ces maladies graves ?
- 4-Quelles sont leurs causes ?
- 5-Quel est leur mode de transmission ?

II. La méthode de travail

- 6- Comment sensibilisez-vous la population ?
- 7-À quels moments faites-vous la sensibilisation ?
- 8-Où faites-vous la sensibilisation ?

III. Le rapport avec la population

- 9-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les populations ?
- 10-Quelles suggestions faites-vous pour surmonter ces difficultés ?

G4 : Guide d’entretien adressé aux instituteurs

I. La connaissance des maladies négligées

- 1- Quelles sont dans votre localité les maladies les plus fréquentes ?
- 2-Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent les graves et pourquoi ?
- 3- Quels sont les signes de manifestation de ces maladies graves ?
- 4-Quelles sont leurs causes ?
- 5-Quel est leur mode de transmission

II. La méthode de travail

- 6- À quel moment distribuez-vous les médicaments du projet de lutte contre les MTN ?
- 7- Quel sont les points de distribution de ces médicaments ?
- 8- Comment faites-vous pour que les médicaments soient toujours disponibles ?
- 9-Comment sensibilisez-vous les élèves ?

10-À moments faites-vous la sensibilisation ?

11- Où faites-vous la sensibilisation ?

III. Le rapport avec les élèves

12- Qu'est-ce que les élèves vous reprochent dans votre méthode de distribution des médicaments ?

13-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les élèves?

14-Quelles suggestions faites-vous pour surmonter ces difficultés ?

G5: Guide d'entretien adressé aux guérisseurs de l'ulcère de buruli

I. Identification de l'enquêté

1- Quelle est votre spécialité en tant que guérisseur ?

2- Depuis quand est-vous guérisseur ?

3- Comment êtes-vous devenu guérisseur ?

4- Quelles sont les autres maladies que vous guérissez à part l'ulcère de buruli et pourquoi ?

II. La méthode de travail

5-Quels sont vos jours de consultation et pourquoi ?

6-Quelles sont les causes de l'ulcère de buruli ?

7-Comment cette maladie se transmet-t-elle et pourquoi?

8-Comment traitez-vous cette maladie ?

9-De qui avez-vous hérité ce médicament ?

10-Combien coûte votre traitement contre l'ulcère de buruli ?

11-Comment paie-t-on le traitement ?

12-Ce traitement varie-t-il en fonction de l'âge, du sexe... ?

13-Lorsque les usagers n'ont les moyens de vous payer, les traitez-vous quand même ?

15- Que pensez-vous du traitement biomédical ?

III. Les rapports avec la population

14- Quels sont vos rapports avec la population ?

15- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos activités de soins ?

16-Comment surmontez-vous ces difficultés ?

G6: Guide d'entretien adressé à l'IDE responsable du pavillon de lutte contre l'ulcère de buruli

I. Fonctionnement du pavillon

- 1- Depuis quand ce pavillon existe-t-il ?
- 2- Quels sont les différents problèmes de santé dont vous vous occupez ?
- 3- De combien de personnes se compose le personnel et pourquoi ?

II. La maladie

- 4- Qu'est-ce que l'ulcère de buruli ?
- 5- Quelles sont ses causes, mode de transmission et méthodes d'évitement ?
- 6- Comment se manifeste-il ?

III. La méthode de traitement

- 7- Comment traitez-vous cette maladie ?
- 8- Y a-t-il une manière différente de le traiter ? Si oui lesquelles ?
- 9- Que pensez-vous des thérapies traditionnelles locales contre l'ulcère de buruli ?
- 10- Qu'est-ce qui explique selon vous les rechutes et la persistance des formes ulcérées ?

IV. Des rapports avec les populations

- 11- Quels sont vos rapports avec la population ?
- 12- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- 13- Quelles suggestions faites-vous pour surmonter ces difficultés ?

G7: Guide d'entretien adressé aux malades ou personnes en charge des enfants malades d'ulcère de buruli

I. Identification de l'enquêté

- 1- sexe
- 2- lieu de résidence
- 3- lien de parenté avec le malade
- 4- Pourquoi est-ce vous qui êtes à son chevet ?

II. Connaissance de la maladie

- 5- De quelle maladie souffre votre (enfant, sœur, frère,...) ?
- 6- Depuis quand êtes-vous malade ?

7-Comment nommez-vous cette maladie dans votre langue ?

8-Que signifie ce nom ?

9- Quelles en sont les causes, mode de transmission, et méthode de traitement ?

10- Pourquoi avez-vous attendu que la maladie en soit à ce niveau d'évolution avant de vous rendre au pavillon ?

III. Perception du traitement

11- Quelles sont les différents types de traitements que vous avez pratiqués avant de vous rendre au pavillon? Pourquoi ?

12-Que pensez-vous du traitement que vous pratiquez en ce moment (au pavillon sous-entendu) ?

13-Pourquoi ?

14-Connaissiez-vous d'autres catégories de traitement de cette maladie ? Si oui lesquelles et que pensez-vous de leur efficacité thérapeutique ?

15-Combien payez-vous les soins que vous suivez en ce moment ?

16-Que pensez-vous de cette tarification ?

17-Quelles sont vos suggestions en vue de l'amélioration de la qualité des soins dispensés par le pavillon ?

Le questionnaire

I. Identification de l'enquêté(e)

1. Zone d'habitation: Urbaine.....Rurale

2. Localité:

3. Situation géographique du barrage : Amont.....Hauteur..... aval.....

4. Sexe: Masculin..... Féminin.....

5. Age:

6. Niveau d'étude:.....

7. Si Ménage, activité socio-économique

8. Si Ménage, situation matrimoniale

9. Groupe d'appartenance ethnique:

10. Si autochtone préciser le groupe:

11. Si allogène préciser la nationalité : Burkinabé.....Malien..... Guinéen.....

Autre nationalité

12. Religion: AnimisteChrétien (ne)Musulman (e)..... Autre (à préciser)

II. Perception des maladies négligées

13. Quelles sont les maladies fréquentes dans votre localité ?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Problème de peau
Problème de respiration
Autres

14. Quelles sont selon vous, celles qui sont graves ?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Problème de peau
Problème de respiration
Autres

15. Pourquoi ?

16. Quelles sont selon vous, celles qui sont moins graves ?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Problème de peau
Problème de respiration

Autres

17. Pourquoi ?

18. Laquelle de ces maladies redoutez-vous les plus ?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Problème de peau
Problème de respiration
Autres

19. Pourquoi ?

20. Voici une liste de maladies, Quelles sont selon vous celles qui sont graves ?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Aucune

21. Pourquoi ?

III. Attitudes face aux maladies négligées

22. Parmi ces maladies citées, laquelle ou lesquelles avez-vous déjà contractée (es)?

Bilharziose
Onchocercose
Filariose
Verminose intestinale
Ulcère de buruli
Fièvre typhoïde
Paludisme
Diarrhée
Problème de peau
Problème de respiration
Autres

23. Combien de fois avez-vous eu cette maladie ?

24. Comment ces maladies citées se transmettent-elles ?
25. Selon vous, quelles sont les conséquences liées à ces maladies citées ?
26. Quel remède utilisez-vous quand vous contractez cette maladie que vous redoutez ?
- Jamais eu la maladie
 - Produit pharmaceutiques
 - Plantes médicinales
 - Plantes médicinales et pharmaceutiques
 - Autre (à préciser)
27. Auprès de quelle institution vous procurez-vous les médicaments ?
- Pharmacie
 - Dispensaire
 - Pharmacie ambulante
 - Tradipraticien
 - Produit chinois
 - Autre (à préciser)
28. Comment faites-vous pour éviter cette maladie que vous redoutez ?
29. Parlez-vous des dangers de la maladie que vous redoutez à vos enfants / ami(e)s ?
- Oui
 - Non
30. Comment sensibilisez-vous les membres de votre, ...maladie que vous redoutez?

IV. rapport avec les éducateurs sanitaires / instituteurs

31. Existe-t-il un instituteur ... / agent de santé communautaire dans votre village ?
- Oui
 - Non
 - NSP
32. Si oui, quelle est la nature de vos rapports avec cet instituteur / agent de santé communautaire?
- Rapport harmonieux
 - Rapport conflictuel
 - Autre à préciser
33. Que reprochez-vous à l'instituteur / l'agent de santé méthode de travail ?
34. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer sa méthode de travail ?

35. Que pensez-vous du prix des ...projet de lutte contre les maladies négligées ?

Pas cher

Cher

Très cher

Autre à préciser

36. Si Ménage, que reprochez-vous au centre de santé concernant la lutte contre les maladies négligées ?

37. Si Ménage, quelles suggestions faites-vous pour améliorer la méthode de lutte ?

Si enfant, rapport avec les parents (enfant non scolarisés)

38. Informez-vous vos parents en cas de maladies ?

Oui

Non

39. Quelle personne s'occupe de votre santé en cas de maladies ?

Père

Mère

Autre à préciser