CHAPITRE 5

Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en développement

YANNICK JAFFRÉ

L'anthropologie sociale, en utilisant de manière méthodique des « variations d'échelles », permettant de produire des connaissances par des modifications raisonnées de la « focale » de l'étude (Revel, 1996), révèle la façon dont des faits morbides sont imbriqués dans de plus vastes systèmes sociaux et comment, du plus simple au plus complexe, la récurrence de pratiques apparemment modestes configure de larges paysages sanitaires (Polgar, 1962).

L'usage de ce « regard éloigné » permet de souligner de fortes corrélations entre les caractéristiques des contextes culturels, sociaux, économiques et les prévalences des pathologies infectieuses. Les causes « constitutantes » de la maladie ne se limitent donc pas à une unique définition médicale.

C'est pourquoi il importe — complémentairement aux données « dures » des sciences fondamentales et à d'indispensables propositions thérapeutiques — de rendre compte des pathologies infectieuses du point de vue du « tout social » et, surtout, de tirer les conséquences opérationnelles de cette perspective anthropologique.

1 | Des maladies de la pauvreté ?

Il n'est pas inutile de rappeler que, pour la plupart, les pathologies infectieuses se déploient dans des contextes de grande pauvreté. Ainsi, le continent africain, particulièrement touché par ce type d'affections, compte 29 pays parmi les 35 pays considérés comme étant « à faible développement humain », dont les 22 derniers de la liste (Banque mondiale, 2000).

Certes, ces chiffres ne peuvent entièrement résumer une vitalité humaine et culturelle difficilement quantifiable. En ces pays, l'âpreté des conditions de vie oblige à une inventivité s'exprimant notamment dans le partage du travail et la gestion des activités informelles.

Mais ce continent, où le contexte géographique lie un milieu naturel propice au développement de nombreux micro-organismes à des données humaines complexes et difficilement maîtrisables — urbanisation rapide, inadaptation des habitats urbains aux climats et aux structures familiales, complexe gestion des déchets (Prost, 1989) —, conjugue bien des difficultés.

En Afrique subsaharienne — et pour nous limiter à quelques larges indicateurs — le taux moyen d'analphabétisme oscille entre 20 et 50 % et les taux nets de scolarisation des filles sont les plus faibles du monde (Lange, 1998), alors que plusieurs études soulignent que le niveau d'éducation des femmes entraîne une baisse de la mortalité périnatale et infantile (Caldwell *et al.*, 1991 ; Frost

et al., 2005) et une meilleure compréhension des propositions sanitaires (Barrett *et al.*, 1996).

Par ailleurs, la disponibilité en eau potable et les structures d'assainissement sont largement insuffisantes, et l'accès aux services de santé reste incertain pour le plus grand nombre.

Cet ensemble de relations politiques, économiques, sociales et culturelles — que certains regroupent sous le terme « d'écologie politique de la maladie » (*political ecology of disease*) (Turshen, 1984) — compose une totalité complexe constituant le socle sur lequel vont se développer les pathologies. Fort simplement, pour être des affections médicalement définies, le trachome, la tuberculose, les diarrhées, les dermatoses ou les infections respiratoires aiguës, n'en sont pas moins — et d'une certaine manière avant tout — des maladies de la pauvreté et des révélateurs d'inégalités (Amat-Roze, 1993).

Cette question liant le politique aux états de santé parcourt maintenant un monde largement ouvert. Par exemple, « l'épidémie (VIH) n'aurait pas existé à Haïti, (si ce pays) n'était pas pris dans un immense réseau de relations tant économiques que sexuelles avec les États-Unis. Pour preuve, la comparaison avec Cuba. En 1986, sur un million de tests, on y trouve seulement un taux de séropositivité de 0,01 %. En Haïti, en 1986 également (...), on trouve respectivement des taux de 12, 13 et 9 %. Les chiffres sont éloquentes » (Héritier, 1996 : 7). Et l'histoire se conjugue au présent, puisque — autre exemple lié ici à la constitution d'un nouvel État — on observe actuellement, qu'environ « 10 % des détenus russes souffrent de tuberculose ; plus d'un quart d'entre eux sont porteurs d'une souche résistante à plusieurs antibiotiques » (Farmer, 2004).

Les maladies infectieuses résultent donc largement des formes de la coexistence des hommes et du dialogue que ceux-ci entretiennent avec un milieu qu'ils transforment progressivement. Le changement des écosystèmes, les modifications des rapports sociaux, et la crise des États construisent les contextes variables de l'émergence et de la diffusion de ces maladies.

Par exemple, la diffusion des schistosomias est, en partie, liée à la réalisation d'ouvrages hydrauliques (Heyneman, 1971 ; Scudder, 1973). Les migrations vers les milieux urbains — en imposant des périodes de célibats et en réduisant le contrôle social — favorisent l'expansion des MST et du sida (Verhagen *et al.*, 1972 ; Larson, 1989) et ces déplacements peuvent influencer négativement sur le taux d'immunisation (Kiros *et al.*, 2004). Dans des situations extrêmes, le typhus exanthématique a fait 27 000 victimes dans les camps de réfugiés au Burundi entre octobre 1996 et mai 1997, et « la réactualisation de la trypanosomiose humaine africaine est un indicateur de ces crises politiques

chroniques qui ont des effets déstabilisateurs dans tous les domaines. Il ne peut y avoir de santé publique sans paix » (Amat-Roze, 2000 : 33).

Ces quelques remarques — ainsi que des recherches d'épidémiologie historique montrant que la baisse importante de la mortalité enregistrée depuis deux siècles grâce au recul des principales maladies infectieuses, notamment de la tuberculose, a eu lieu avant la mise au point de thérapies efficaces (McKeown, 1979 ; Barnes, 1995) — incitent à souligner **l'importance de réponses globales en termes d'aide au développement**.

On promeut la santé, réduisant ainsi d'autant le risque, en améliorant une délivrance cohérente des « biens publics » (agriculture, habitat, éducation, administration) qui en sont les principaux déterminants.

De même, en aval, il importe de **lutter contre les dispositifs accroissant les inégalités**, notamment dans l'accès aux traitements (Castro *et al.*, 2005 ; Farmer, 2003). Qu'il suffise ici d'évoquer l'importance de l'assouplissement des règles du brevet des médicaments.

Utilisons une première variation d'échelle et illustrons, par une pratique hospitalière, ces questions liant l'économie au risque infectieux :

« Mélanger des maladies cancéreuses avec des maladies infectieuses, ce n'est pas l'idéal, mais il se trouve que pour des raisons de disponibilité des lits et pour des raisons financières, on a été obligé d'aller à ça, tout en faisant quand même attention à certaines pathologies (...). C'est un gros problème qui nous préoccupe parce qu'il y a d'autres infections qui peuvent être transmises facilement à des gens fragiles, les diabétiques, les cancéreux et les sujets VIH. . . » (propos recueillis au Mali, auprès d'un médecin, chef de service).

Dans des mondes où l'État — ou un collectif construit et régi par une réglementation stable s'appliquant à tous — ne peut assurer un minimum de protections sociales, l'individu n'est aidé qu'en fonction de sa participation directe à des communautés « naturelles » — famille, voisinage, collèges. . . — exerçant une fonction de « protection rapprochée » (Jaffré, 2002).

Les conséquences pratiques de cette situation sont importantes : les possibilités de traitements reposent, le plus souvent, sur une entraide familiale qu'il faut solliciter pour chaque épisode pathologique. Cet aspect dramatiquement aléatoire des prises en charge et de l'observance du traitement ainsi que l'obligation pécuniaire d'user préférentiellement de « pharmacies par terre » où les logiques de production (souvent illicite), d'achat et d'utilisation des produits correspondent à un dramatique « *merchandising* » (usage des produits en fonction de la couleur des gélules, de l'effet immédiatement « visible » du « médicament », etc.),

construisent le lit des arrivées tardives dans les services de santé, des échecs thérapeutiques et des résistances médicamenteuses (Fassin, 1985 ; Jaffré, 1999).

« C'était une femme qui avait une tuberculose. Nous avons commencé son traitement, et puis son mari a décidé que c'était trop long et l'a ramenée au village. . . Nous ne savons pas où elle est maintenant. . . » (propos recueillis en Guinée auprès d'un infirmier dans un service de pneumophthysiologie).

Autrement et plus largement dit, les pathologies infectieuses révèlent une crise du sous-développement, et, au plus intime de la souffrance, cette confrontation des possibilités techniques offertes par les civilisations industrielles avec celles dites du « Sud » constitue une intolérable misère.

« Je suis toujours touché. Le problème c'est la prise en charge. Le traitement commence, et il n'y a pas de régularité, ça fait mal. On ne peut pas dire au malade qu'il va guérir. On ne peut faire que ce que nous pouvons. À longueur de journées, des diagnostics sont posés, mais l'ordonnance ne peut être achetée. Je me sens impuissant, on a fait l'essentiel, mais pas l'utile. » (Infirmier et interne maliens, Jaffré, 2002).

Notre monde juxte et inclut maintenant ces pratiques. Plus encore, la persistance d'échanges économiques inégaux et les tendances démographiques soulignent combien « il est vain de conserver l'illusion que le mur de la prospérité et de la puissance technique protégera les peuples nantis, que les révoltes de la misère resteront tenues à l'extérieur » (Balandier, 2003). Conclusion claire : **la principale réponse à ce problème médical est sociale**. Elle concerne notamment la question de l'existence et de l'efficacité de l'État et de la persistance de zones géographiques non administrées.

C'est pourquoi, à minima, l'aide aux pays en développement peut être considérée comme une sorte d'indispensable « contrat d'assurance » ; idéalement comme la mise en œuvre d'une « politique de l'espérance » ne caractérisant pas des continents uniquement par des manques — de capital, d'équipement, de cadres, d'emplois, d'esprit d'entreprise, etc. — mais soulignant que pour les pays du tiers monde « le besoin de ne pas être la *copie pauvre* des sociétés actuellement équipées est aussi impérieux que le besoin de mieux être (Balandier, 2003 *op. cit.* : 136). Concrètement, **il importe plus de codéfinir et coproduire des actions sanitaires que de les initier — voire les imposer — de « l'extérieur », selon des modèles abstraits.**

2 | Les distances et les raisons des risques ?

Les distances du risque et de la sécurité ne sont donc pas celles du géomètre. Elles correspondent à l'emprise de l'homme sur le monde et à une imbrication de relations sanitaires, politiques et commerciales.

Cette question est ancienne (Bourdelaïs *et al.*, 1987 ; Bardet *et al.*, 1988), et si des frontières ont pu protéger des États forts, certaines — en Europe de manière systématique depuis le XVII^e siècle — furent affirmées pour lutter contre les épidémies (Panzac, 1985 et 1986).

Cette « économie monde » et ces mouvements des sociétés sont maintenant régis par la vitesse. Ils se déploient sur des circuits de quelques jours, dessinant des paysages épidémiologiques en fonction des migrations, des échanges économiques, des pèlerinages religieux ou des trajets touristiques.

Pour pallier ces éventuelles menaces, des réponses sanitaires « ciblent » spécifiquement les risques liés à ces diverses pratiques sociales : examens de santé des migrants, médecine des voyages, conseils diffusés par les religieux, juridictions luttant contre un certain tourisme sexuel, etc.

Ce travail sanitaire « polymorphe » est efficace et nécessaire. Insuffisant cependant, puisqu'en ce domaine, une fois de plus, les actions de prévention ne peuvent se réduire à leur unique définition médicale. Quel que soit le domaine considéré, si les effets morbides sont objectifs et épidémiologiques, les raisons des conduites à risque sont largement sociales. On ne pourra donc progresser significativement dans la prévention des pathologies infectieuses sans analyser les logiques comportementales des acteurs singuliers ou institutionnels concernés.

Trois modestes exemples peuvent illustrer ces remarques. Au plus large, il peut s'agir des contradictions d'un État où la révélation de données sanitaires concernant la prévalence du HIV ou de la persistance d'épidémie de choléra, s'opposerait à la préservation d'une indispensable manne touristique. Le risque sanitaire est, en ce cas, préféré à de prévisibles difficultés économiques (Dozon *et al.*, 1989). Au plus singulier, un grand nombre d'accès palustres, au retour de vacances de voyageurs africains résidant en France, s'explique par l'obligation où se trouvent ces migrants, durant leur séjour dans leur pays d'origine, de partager avec leur famille le traitement préventif qui leur fut remis à leur départ. Au plus intime du débat avec soi, faut-il rappeler l'importance des aspects religieux pour ce qui concerne la prévention des IST et du sida (Dialmy, 2001) ?

Il résulte de ces brèves remarques une **deuxième conclusion : les contraintes économiques et politiques, les règles familiales ainsi que les normes religieuses déterminent les conduites sanitaires et construisent les soubassements du risque infectieux**. C'est pourquoi, on ne pourra le réduire sans inclure dans la définition des mesures de santé publique une réflexion portant sur les normes sociales et les logiques comportementales des populations concernées.

Il ne s'agit donc pas d'effectuer quelques rapides « enquêtes de situations » pour accompagner des projets, par ailleurs déjà rédigés et financés, comme le proposent la plupart des organisations internationales, mais de comprendre scientifiquement comment les nouvelles actions de santé vont prendre place et sens dans des ensembles socio-historiques précis.

N'oublions pas que certaines normes de conduites — sans doute volontairement politisées — ont incité certains États du Nigeria à refuser aux autorités sanitaires de vacciner les enfants contre la poliomyélite, obligeant l'OMS à une nouvelle campagne de masse de vaccination dans 21 pays et à 25 millions de dollars de dépenses supplémentaires.

3 | Améliorer concrètement la prévention et la prise en charge des pathologies infectieuses

La question sanitaire est donc incluse dans celle, beaucoup plus générale, du fonctionnement d'États capables d'assurer des conditions de vie décentes, une réglementation et un système de protection sociale à leurs citoyens (Castel, 2003).

Mais il faut agir, sans attendre que toutes ces conditions soient réunies pour se préoccuper de prévention et de soins.

Cependant, pressés par une réelle urgence et une légitime volonté d'être immédiatement utiles, les projets de développement — et particulièrement de développement sanitaire — veulent trop souvent transformer des mondes qu'ils n'ont pris le temps ni d'étudier ni de comprendre (Olivier de Sardan, 1997). De là bien des errances, difficultés, et dépenses inutiles.

Certes, on ne peut régir simplement des conduites sanitaires ou des sociétés humaines. Cependant, six vastes principes « de base » doivent être respectés pour construire des stratégies de prévention adaptées à des contextes sociaux complexes.

3.1 Parler le même langage et instaurer des dialogues entre populations et équipes sanitaires

Si les populations n'ont pas toujours — loin s'en faut — « sanitaire­ment raison » d'agir comme elles le font, elles n'agissent cependant pas sans diverses « raisons ».

Une première manière de comprendre les conduites des populations consiste à appréhender leurs modes d'interprétations des pathologies.

En effet, l'échange d'informations sanitaires implique toujours une traduction entre un vocabulaire technique médical utilisé par le médecin et un ensemble de représentations profanes de la maladie permettant au patient de présenter sa demande de soin (Good *et al.*, 1980 et 1981). Cette différence de systèmes de références est à l'origine de bien des difficultés d'intercompréhension entre les équipes soignantes et les populations. Ceci d'autant plus que dans nombre de pays, la langue scientifique — le plus souvent l'anglais ou le français — diffère de celle utilisée quotidiennement par le plus grand nombre. Dans ce cas, le dialogue sanitaire impose de multiples interprétations et adaptations entre des termes présentés, par exemple, dans une langue africaine et d'autres dans un langage scientifique articulé en langue française. Ce dialogue peut être alors décrit comme la confrontation de deux codes opérant des classifications différentes des pathologies (Kleinman, 1986).

Certaines maladies distinguées par le discours médical peuvent être conçues par les populations comme ne constituant qu'une seule entité morbide. Réciproquement, divers signes cliniques définissant un seul syndrome médical peuvent être distingués par les populations comme autant de maladies différentes.

Par exemple dans les langues mandingues (parlées en Afrique de l'Ouest par environ 20 millions de personnes), le terme *sayi* recouvre un ensemble de maladies (hépatite, cancer du foie, paludisme, HIV, etc.) susceptibles de s'exprimer par un ictère (Jaffré, 1999b). Dès lors, le traitement proposé pour traiter une pathologie précise peut éventuellement être transféré à toute autre maladie ayant des symptômes apparemment semblables. De même, toute impression d'amélioration « traditionnellement » obtenue, peut être interprétée comme attestant une réelle compétence pour traiter certaines maladies :

« Le sayi jaune peut être traité rapidement. Mais d'autres sayi sont plus difficiles à soigner. Les gens ne viennent pas se faire soigner au dispensaire, ils se soignent au village, ils disent qu'il n'y a pas de médicament « chez les blancs » (Aide-soignant, Mali).

Faute d'analyser scientifiquement ces interprétations profanes de la maladie et des traitements, entre les équipes sanitaires et les populations, les confusions sont plus la règle que l'exception. Qu'il suffise d'évoquer le trachome uniquement perçu en son stade ultime de trichiasis, le sida, « nouvelle maladie » s'exprimant sous l'aspect d'autres maladies, ou la tuberculose souvent confondue en son début avec une simple toux. Or, **les populations ne peuvent s'attacher à prévenir que ce qu'elles nomment et comprennent.**

C'est pourquoi, éduquer à la santé implique, comme préalable, de faire exister socialement des maladies médicalement identifiées, avant de tenter d'y lier une conduite préventive ou l'offre d'un traitement.

Si l'on peut se « soumettre » ou « profiter » quasi mécaniquement d'une campagne de vaccination, adhérer à l'acte d'immunisation implique de savoir quelle pathologie est « visée », de croire en sa propre vulnérabilité, de comprendre de la gravité de la maladie, et d'être persuadé de l'efficacité de l'acte préventif (Hanks, 1955).

L'instauration de ce dialogue éducatif est une lourde tâche, et l'Afrique compte, par exemple, huit cents langues. Mais, « pas moyen de dialoguer sans se comprendre », et une équipe de santé ne peut espérer instaurer un réel échange avec les populations sans inclure ce travail « d'ethnolinguistique appliquée » dans ses activités (Whiteford, 1997 ; Jaffré *et al.*, 1999 ; Manhart *et al.*, 2000).

3.2 Analyser le risque et proposer des solutions concrètes et adaptées

Mais il ne s'agit pas uniquement d'information, de compréhension et de volonté individuelle. Connaître les mesures préventives ne signifie pas automatiquement les accepter ni pouvoir les mettre en œuvre. L'adoption de nouvelles conduites implique toujours une négociation invisible entre diverses contraintes (économiques, culturelles, familiales, etc.) et des représentations de la maladie.

Par exemple, dans le domaine de la dermatologie et notamment de la gale, dialoguer avec les populations implique d'articuler une conception normative de l'hygiène (promouvoir les hygiènes, lutter contre la promiscuité, ...) avec une attitude compréhensive des conduites et des modes de vie locaux : anthropologie du corps et « manières de lit », modalités culturelles de la honte et de la pudeur, etc. (Green, 1992). De même, bien des interruptions de traitements (TBC, HIV) s'expliquent parce qu'une stigmatisation sociale incite à une dissimulation de son état et donc à s'éloigner des services de santé dès lors que la douleur

n'empêche plus un vivre en commun (Goldin, 1994). Enfin, de manière plus prosaïque, à la prévention de la bilharziose s'oppose la nécessité de cultiver du riz, et l'usage des moustiquaires est limité par la chaleur régnant dans les nouveaux logements urbains aux toits de tôles inadaptés aux contextes tropicaux (Jaffré, 2002d).

Bref, dans la plupart des cas, le risque correspond à une tentative de concilier des injonctions — sanitaires, économiques, affectives, etc. — contradictoires. Et c'est pourquoi, plutôt que de définir des « populations à risque », il importe de comprendre quels agencements peuvent construire des « contextes à risque » et conduire — voire obliger — certaines populations à devenir « à risque ».

Par ailleurs, ce type d'analyse des conduites des acteurs en fonction des contraintes adverses qu'ils ont à concilier est indispensable si l'on souhaite lier des programmes de santé à des actions collectives « de base » comme l'assainissement ou l'hydraulique villageoise. En effet, et pour ne prendre qu'un exemple, la gestion des points d'eau ne se limite aucunement à des questions techniques, mais engage particulièrement les équilibres entre les divers pouvoirs locaux : qui assure le paiement de l'eau ? Qui profite de ces nouvelles ressources financières ? À qui appartiennent les installations et qui doit les entretenir ?

Les luttes politiques locales autour de ces questions entravent souvent l'utilisation des nouveaux équipements. C'est pourquoi les équipes de santé ne peuvent se limiter à une seule approche technique et négliger les modalités de l'appropriation sociale des nouvelles technologies. Un seul chiffre pour s'en convaincre : au Mali environ 30 % des installations d'hydraulique villageoise sont en panne après une année d'installation (Bierschenk *et al.*, 1998 ; Olivier de Sardan, 2000).

C'est pourquoi, l'action sanitaire doit inclure un travail de description des contextes d'intervention, associant des études permettant une quantification des comportements, avec d'autres portant sur les significations que leur accordent leurs auteurs.

Ces études complémentaires décrivant à la fois des risques « objectifs » et leurs interprétations sociales doivent permettre de proposer des modifications comportementales ayant une efficacité épidémiologique mais aussi un sens pour les populations.

3.3 Proposer des solutions réalistes et intégrer les programmes

Mais — sous peine de faire porter la culpabilité de conduites à risque à ceux qui sont déjà les plus démunis — il ne peut uniquement s'agir d'une pratique langagière naïvement nommée « sensibilisation ». Il faut proposer des solutions concrètes.

Pour cela, de nombreuses actions de santé se présentent sous la forme de « projets » utiles, mais malheureusement aussi nombreux que « verticaux » (ciblés sur une pathologie ou une seule action). Ces programmes — qui parfois, malgré leur volonté d'aider, désorganisent le fonctionnement quotidien du système de santé — confrontent les populations à la question de la possibilité concrète de leur application et de la synthèse de leurs diverses propositions (Jaffré *et al.*, 2002).

Par exemple, il n'est pas rare que les recommandations sanitaires soient inapplicables (laver son visage et ses mains régulièrement là où l'eau est rare, utiliser des moustiquaires là où on dort à une dizaine par chambre...), ou que des femmes, tentant d'effectuer des synthèses entre les messages partiels dont elles sont les « cibles », pensent être vaccinées contre le paludisme, ou craignent d'être « stérilisées » par des antigènes.

Bien des échecs des actions de santé s'expliquent autant par les dysfonctionnements internes des « projets » sanitaires que par ce que l'on présuppose d'une ignorance des populations.

En fait, plus que de récurrentes et naïves « sensibilisations », il importe de penser les rapports entre des savoirs technico-scientifiques, standardisés, uniformisés et formalisés avec des savoirs techniques populaires, localisés, « contextualisés » et empiriques. Une fois de plus, la description anthropologique doit accompagner l'action sanitaire.

Mais, plus encore, il faut, autant que possible, « **intégrer** » les programmes de lutte et d'éducation, y compris scolaire, contre les maladies infectieuses afin d'éviter la redondance — voire la discordance — des moyens humains et matériels et les incohérences dans les informations diffusées. N'oublions pas que la vaccination contre la rougeole est la première action de prévention de la cécité, qu'un travail d'hygiène agit autant contre les maladies diarrhéiques, le trachome et certaines dermatoses...

3.4 Améliorer les interactions entre les soignants et les populations

Les dysfonctionnements techniques et « relationnels » dans les services de santé sont malheureusement attestés par de nombreuses observations. Au cœur de l'acte thérapeutique, d'indispensables actes médicaux ne sont pas réalisés comme ils le devraient. Les normes et les conduites prescrites ne sont qu'inégalement mises en œuvre.

Le plus souvent il ne s'agit pas, ou tout au moins pas uniquement, d'incompétences techniques. Plutôt d'une dissociation de l'acte technique de la « volonté sociale » qui devrait en guider l'accomplissement. L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale et la déontologie n'oriente pas l'acte de soin. Autrement dit, « on ne fait pas ce que l'on sait devoir faire pour le bien du patient » (Jaffré *et al.*, 1993 ; Jewkes *et al.*, 1998).

Plus que les normes officielles, les services fonctionnent selon un ensemble de « normes pratiques ». Au plus banal, de multiples « tiraillements » entre des tâches à accomplir (nettoyages, soins du corps, etc.) et leurs connotations sociales conduisent à des écarts entre les fonctions officiellement définies et les pratiques réellement effectuées. Par ailleurs l'autorité statutaire est souvent mise à mal par les prérogatives que confèrent traditionnellement l'âge et l'alliance (Jaffré *et al.*, *op. cit.*, 2002).

En fait, loin des organigrammes officiels, le véritable pouvoir est souvent hétéronome aux services et, plus qu'une réelle gestion, l'économie informelle de la corruption régit ces services de santé (Olivier de Sardan, 1999). Ces multiples dysfonctionnements sociaux ont, à l'évidence, de nombreuses conséquences sanitaires tant pour ce qui concerne l'accès aux services de santé que la qualité des soins.

Ils concernent aussi la mise en œuvre d'une hygiène hospitalière qui ne se limite aucunement à identifier des micro-organismes pathogènes et à codifier des gestes et des procédures techniques : faire correctement des gestes techniques implique, en amont, une « éthique » professionnelle et les moyens de l'appliquer. . . (Jaffré, 2002b).

Les habituels « séminaires » aussi bavards qu'inefficaces, ou de vastes réformes qui ne sont souvent que « de papier » ne peuvent modifier ces conduites fluides, largement partagées, ressenties comme légitimes et vécues par les personnels comme des sortes de « réflexes socioprofessionnels ».

C'est donc au sein des services et au cœur des pratiques quotidiennes de soins, qu'il faut aider à l'instauration de travaux de réflexion sur les normes pratiques de l'accomplissement du travail de soins.

Pour les personnels de santé, des pratiques « d'auto-audit » ouvrent un regard critique sur leurs interactions avec les usagers et permettent de comprendre les contraintes et logiques comportementales des malades (Jaffré, 2002c).

Seul ce travail opiniâtre, lent et modeste — et peu valorisé par les bailleurs de fonds — peut permettre d'instaurer d'indispensables cultures de service. Cette étape ne peut être « sautée » : c'est en améliorant l'offre de santé que l'on peut espérer réduire et maîtriser le risque infectieux.

3.5 Aider à l'émergence de systèmes de protection sociale

Dans les pays du Nord, l'État assure une structure assurantielle ayant principalement la forme d'un service public mettant à la disposition du plus grand nombre des biens essentiels qui ne peuvent être pris en charge par des intérêts privés (Ewald, 1986).

Pour assurer une équité des soins, la question se pose de savoir quel mode de protection sociale mettre en œuvre dans les pays en voie de développement, et de nombreuses expériences — allant de mutuelles à des systèmes de santé communautaire — sont mises en place, souvent à une échelle locale (Brunet-Jailly, 1997 ; Criel, 2002).

Cette dimension économique est fondamentale. Certes parce qu'elle peut apporter une certaine pérennité dans les actions de santé et de prévention. Mais aussi puisque pour « que l'individu puisse réellement faire des projets, passer des contrats fiables, il doit pouvoir prendre appui sur un socle de ressources objectives. Pour pouvoir se projeter dans le futur, il faut disposer au présent d'un minimum de sécurité » (Castel, *op. cit.*, 2003 : 76).

Même dans des situations de pauvreté, l'amélioration de l'offre de santé devrait inciter les populations à transférer à la santé des ressources souvent affectées à des cérémonies sociales (obsèques, baptêmes, dot). Il s'agit donc autant de supports pécuniaires et matériels que de qualité ressentie des soins, et donc de reconnaissance et de dignité à retrouver dans les centres de santé. Prévenir le risque infectieux est aussi une question d'économie morale (Sen, 1987 ; Kessel, 2003).

3.6 Former les personnels de santé : articuler le social et le médical

Outre de vastes opérations de développement, quelques actions peuvent aider à réduire et contrôler le risque infectieux : faciliter un accès rapide aux services de santé, délivrer une information compréhensible et adaptée aux possibilités des populations, améliorer l'observance des traitements, vacciner au quotidien.

Concrètement, la réalisation de ces objectifs repose sur le travail quotidien des personnels de santé. C'est pourquoi, on ne peut espérer progresser dans la prise en charge et la prévention des pathologies infectieuses sans améliorer leur formation.

Leur cursus doit inclure une véritable réflexion sur l'importance sanitaire des déterminants sociaux et des systèmes d'interprétation du mal, une interrogation sur les contraintes sociales pesant sur le suivi des traitements, les logiques des conduites populaires d'hygiène, les modalités du dialogue avec les populations.

Il ne s'agit donc pas d'ajouter un cours de sciences sociales à l'apprentissage des disciplines proprement médicales, mais de souligner combien cette réflexion anthropologique et l'attention portée aux logiques populaires sont indispensables à la prévention et au contrôle des risques infectieux.

4 | Conséquences : trois orientations opérationnelles

1. L'ouverture de l'approche anthropologique permet de souligner **les différences entre la mise en œuvre d'indispensables programmes de lutte contre des maladies spécifiques et l'élaboration de politiques de développement ayant parmi leurs objectifs, et comme constante préoccupation, la prévention des pathologies infectieuses.**

Les premiers sont « verticaux », souvent liés à des financements ponctuels, et se présentent comme des réponses à des problèmes sanitaires précis. Dans bien des cas, cette volontaire limitation est indispensable, et la focalisation sur un seul objectif confère une certaine efficacité à ces « projets ».

Mais, bien qu'utiles, ces actions « ciblées » et ces programmes monothématiques ne peuvent construire un développement durable.

La durée des bénéfices induits (c'est-à-dire, la baisse du taux de couverture vaccinale après des opérations « commando »), les effets pervers « collatéraux » sur les autres actions ou sur le fonctionnement quotidien des services (c'est-à-dire le « vidage » des services au profit des programmes les plus offrants, la marginalisation des structures nationales), les difficultés d'une prise en charge locale des actions entreprises (c'est-à-dire, l'impossible « dévolution » nationale d'actions coûteuses et régionales), l'incompréhension de multiples propositions préventives par les populations, doivent aussi être évoquées et analysées.

C'est pourquoi, il importe de compléter ce type de projets par un travail plus régulier de développement sanitaire s'inscrivant dans l'histoire des pays concernés et prenant en compte leurs contraintes sociales (possibilités économiques, état du système de santé, migration, urbanisation, éducation, opérations agricoles, etc.).

Les résultats de ces opérations « jouant » sur la connexion des divers secteurs du développement sont difficilement évaluables, et leurs actions semblent souvent « décalées » par rapport à de stricts objectifs sanitaires. Et pourtant : « *development projects of dam construction, land reclamation, road construction, and resettlement in Third World countries have probably done more to spread infectious diseases such as trypanosomiasis, schistosomiasis, and malaria than any other single factor* » (Inhorn et al., 1990).

Rien n'est simple en cette approche. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les relations entre les transformations sociales et les améliorations sanitaires ne sont ni toujours « positives » ni obligatoirement linéaires : certaines pathologies infectieuses sont « favorisées » par des actions de développement notamment hydro-agricoles améliorant en revanche la production agricole et ainsi la nutrition ; d'autres accompagnent de manière complexe des mutations sociales ; d'autres encore régressent dès lors que sont améliorées des conditions d'hygiène (trachome).

La connaissance de la complexité de ces processus a incité à une vigilance et un suivi des effets sanitaires induits par certaines actions de développement.

Mais, forts des connaissances acquises, **il importe de compléter un dispositif de « veille sanitaire » par des actions et des travaux pluridisciplinaires d'analyse sanitaire, permettant une étude des effets globaux liés au changement social, ainsi qu'une réflexion sur des « problèmes de santé » actuels « à venir », autant que sur la prise en charge de pathologies spécifiques.**

2. À juste raison, de nombreux programmes sanitaires tentent de modifier positivement les comportements des populations. Utilisant diverses approches s'appuyant sur les conceptions locales (*health belief model*), la

promotion d'idées ou d'objets (*social marketing*), ou les « médias » locaux (*folk media approach*), ces actions s'adressent et s'appuient sur différents groupes sociaux : enfants (Koopman *et al.*, 2004), grands-parents (Aubel *et al.*, 2004) écoles (Markham *et al.*, 2003). . .

Avouons-le, en ce domaine de l'éducation à la santé, la réussite semble autant liée à l'enthousiasme des animateurs, à des disponibilités économiques et à la vulnérabilité des pathologies qu'à une méthode précise. De plus, l'évaluation de ces actions est difficile et reste à faire (Loevinsohn, 1990). Mais, puisque les « messages sanitaires » associés à d'autres comme la presse, l'école, la publicité, construisent une opinion publique spécifique, et un « agir communicationnel » (Habermas, 1987) modifiant les rapports à soi, à l'autre et à la santé, il reste qu'il importe d'améliorer les connaissances des populations quant au maintien de leur santé et aux conduites à mettre en œuvre pour prévenir les risques.

Ce travail ne peut se présenter que sous la forme d'**un dialogue constant**, permettant de comprendre et d'évaluer comment coexistent et se combinent, dans les divers langages du présent d'une société, un ensemble de pratiques empiriques et de « savoirs » populaires avec des connaissances techniques médicales.

Concrètement, **l'appui à l'éducation « de base » — notamment des femmes — par l'école, la formation sanitaire des enseignants, les politiques d'alphabétisation (en français et dans les langues vernaculaires), est essentiel à la lutte contre les pathologies infectieuses.**

3. Prévenir, informer, soigner, accompagner le malade. . . L'ensemble de ces tâches repose sur les principaux acteurs et « facteurs modifiables » (*enabling factor*) du système sanitaire que sont les personnels de santé.

Dans les pays en développement, quelques expériences d'amélioration des relations entre soignants et malades ont été tentées (Reddy, 1998 ; Jaffré *op. cit.*, 2002c). Mais cet indispensable travail devrait être accompli à une plus large échelle, et permettre d'inclure, dans la **formation initiale, des étudiants en médecine et paramédicaux**, une approche des diverses contraintes des populations, de leur mode d'interprétation de la maladie, de leurs conceptions du risque et de la prévention, de leurs modes d'évaluation de la qualité des soins. . .

Cette inclusion d'une préoccupation sociale dans leur identité professionnelle est essentielle pour améliorer l'offre de santé et transformer positivement les conduites des personnels envers les patients.

Lutter contre les pathologies infectieuses ne peut se faire sans les populations, et, outre leurs compétences techniques, les personnels de santé se présentent aussi comme des « passeurs » de modernité. Leur formation doit permettre de faire que **tout contact avec un service de santé soit l'occasion d'un réel dialogue éducatif avec les populations.**

Références bibliographiques

- Amat-Roze JM. (1993). Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique subsaharienne. *Soc Sci Med*, **10** (36) : 1247-1256.
- Amat-Roze JM. (2003). Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque, La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis. *Afrique contemporaine*, numéro spécial, **195** : 24-35.
- Aubel J., Touré I., Diagne M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices : the guardians of tradition are not averse to change. *Social Science and Medicine*, **59** : 945-959.
- Balandier G. (2003). *Civilisés, dit-on*. Paris, PUF.
- Banque mondiale (2000). *Rapport sur le développement dans le monde 1999-2000*. Washington, Banque Mondiale.
- Bardet JP., Bourdelais P., Guillaume P., Lebrun F., Quétel C. (1988). *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIX^e-XX^e siècle*. Paris, Fayard.
- Barnes D. (1995). *The making of a social disease, tuberculosis in nineteenth-century France*. Berkeley, University of California Press.
- Barrett H., Browne A. (1996). Health, hygiene and maternal education : evidence from the Gambia. *Social Science and Medicine*, **43** : 1579-1590.
- Bierschenk T., Olivier de Sardan JP. (1998). *Les pouvoirs au village*. Paris, Karthala.
- Bourdelais P., Raulot JY. (1987). *Une peur bleue, histoire du choléra en France, 1832-1854*. Paris, Payot.
- Brunet-Jailly J. (2003). *Innover dans les systèmes de santé. Expériences en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- Caldwell JC., Caldwell P. (1991). *The roles of women, families and communities in preventing illness and providing health services in developing countries. Paper presented at the workshop on the policy and planning implications of the epidemiologic transition*. Washington DC, National Academy of Sciences.

- Castel R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris, Seuil.
- Castro A., Singer M. (2005). *Hunhealthy health policy, a critical anthropological examination*. USA, Alta Mira Press.
- Criel B., Noumou Barry A., Roenne Von F. (2002). *Le projet Prima en Guinée-Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*. Anvers, Institut de Médecine Tropicale
- Dialmy A. (2001). Anthropologie des MST-sida au Maroc. Existe-t-il une politique de santé sexuelle. In : *Systèmes et politiques de santé*, Hours B. (ed.). Paris, Karthala, 301-328.
- Dozon JP., Fassin D. (1989). Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, **7** : 21-36.
- Ewald F. (1986). *L'État providence*. Paris, Grasset.
- Fassin D. (1985). Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'Études Africaines*, **98** : 161-177.
- Farmer P. (2003). *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. (2004). Tuberculose résistante dans les prisons russes. *Le Monde Diplomatique*, février-mars 2004, 53-59.
- Frost MB., Forsteb R., Haasc DW. (2005). Maternal education and child nutritional status in Bolivia : finding the links. *Social Science and Medicine*, **60** : 395-407.
- Goldin CS. (1994). Stigmatization and AIDS : critical issues in public health. *Social Science and Medicine*, **39** : 1359-1366.
- Good B., Del Vecchio-Good MJ. (1980). The meaning of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical practice. In : *The relevance of social science for medicine*, Eisenberg L., Kleinman A. (eds.). Pays Bas, Reidel Publishing Co, 165-196.
- Good B., Del Vecchio-Good MJ. (1981). The semantic of medical discourse. In : *Sciences and Culture, sociology of the sciences*, Mendelsohn E., Elkana Y. (eds.). Vol. 5, Pays Bas, Reidel Publishing Co, 177-212.
- Green EC. (1992). Sexually Transmitted Diseases, ethnomedicine and health policy in Africa. *Social Science and Medicine*, **35** (2) : 121-130.
- Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Fayard, Paris.

- Hanks CM. (1955). Diphtheria immunization in Thai community. *In : Health Culture and community*, Paul D. (ed.). New York, Russel Sage Foundation, 155-185.
- Heyneman D. (1971). Mis-aid to the Third World : disease repercussions caused by ecological ignorance. *Can. J Public Health*, **62** : 303-313.
- Héritier F. (1996). Préface. *In : Sida en Haïti, la victime accusée*. Farmer P. (ed.). Paris, Médecine du monde, Karthala.
- Inhorn MC., Brown PJ. (1990). The anthropology of infectious disease. *Annual Review of anthropology*, **19** : 89-117.
- Jaffré Y. (1999). Pharmacie citadine, pharmacie « per terra ». Bologne, *Africa e mediterraneo*, **99** (1) : 31-36.
- Jaffré Y., Sayi B. (1999). *In : La construction sociale des maladies*, Jaffré Y., Olivier de Sardan JP. (eds.). Paris, PUF, 155-169.
- Jaffré Y. (2002). Trop proche ou trop lointain, la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service de médecine au Mali. *IRD, Santé Publique et Sciences Sociales*, **8** et **9** : 119-144.
- Jaffré Y. (2003a). Le rapport à l'autre dans des services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey). *Journal Inter. de bioéthique*, **14** (1-2) : 101-119.
- Jaffré Y. (2003b). Anthropologie et hygiène hospitalière. *In : Les maladies de passage*, Bonnet D. et Jaffré Y. (eds.). Paris, Karthala, 341-373.
- Jaffré Y. (2003c). Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, **28** : 95-110.
- Jaffré Y. (2003d). Les apports de l'anthropologie à la lutte contre le paludisme, Le Pharo, Marseille. *Revue Médecine tropicale*, **63** (3) : 276-281.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan JP. (1999). *La construction sociale des maladies*. Paris, PUF.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan JP. (2003). *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- Jaffré Y., Prual A. (1993). « Le corps des sages-femmes » entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé*, **11** (2) : 63-80.
- Jewkes R., Naeemah A., Zodumo M. (1998). Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, **47** (11) : 1781-1785.

- Kessel AS. (2003). Public health ethics : teaching survey and critical review. *Social Science & Medicine*, **56** : 1439-1445.
- Kleinman A. (1986). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In : *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective*, Currer C., Stacey M. (eds.). London, Breg, pp. 29-47.
- Kiros GE., White MJ. (2004). Migration, community context and child immunization in Ethiopia. *Social Science and Medicine*, **59** : 2603-2616.
- Koopman HM., Baarsa RM., Chaplinb J., Zwindermanc KH. (2004). Illness through the eyes of the child : the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, **55** : 363-370.
- Lange MF. (1998). *L'école et les filles en Afrique, scolarisation sous conditions*. Paris, Karthala.
- Larson A. (1989). Social context of human immunodeficiency virus transmission in Africa : historical and cultural bases of East and Central African sexual relations. *Rev Infect Dis*, **11** : 716-731.
- Loevinsohn BP. (1990). Health education interventions in developing countries : a methodological review of published articles. *Inter. Journal of Epidemiology*, **19** (4) : 788-794.
- Markham WA., Aveyardb P. (2003). A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice. *Social Science & Medicine*, **56** : 1209-1220.
- Manhart LE., Dialmy A., Ryan CA., Mahjour J. (2000). Sexually transmitted diseases in Morocco : gender influences on prevention and health care seeking behaviour. *Social Science and Medicine*, **50** : 1369-1383.
- McKeown T. (1979). *The role of medicine : dream, mirage or nemesis ?*, 2nd edition. Oxford, Basil Blackwell.
- Olivier de Sardan JP. (1997). *Anthropologie et développement, essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, Karthala.
- Olivier de Sardan JP. (1999). A moral economy of corruption in Africa ? *The journal of modern African Studies*, **37** (1) : 25-52.
- Olivier de Sardan JP. (2000). La gestion communautaire sert-elle l'intérêt public ? Le cas de l'hydraulique villageoise au Niger. *Politique Africaine*, **80** : 153-168.
- Panzac D. (1985). *La peste dans l'Empire ottoman 1700-1850*. Louvain, Ed. Peeters.

- Panzac D. (1986). *Quarantaines et lazarets, l'Europe et la peste d'Orient*. Aix-en-Provence, Edisud.
- Polgar S. (1962). Health and human behavior : areas of interest common to the social and medical sciences. *Current Anthropology*, **3** (2) : 159-205.
- Prost A. (1989). Environnement, comportements et épidémiologie des maladies. In : *La santé en pays tropicaux*, Rougemont A., Brunet-Jailly J. (eds.). Paris, Doin éditeurs, 65-90.
- Reddy P., Meyer-Weitz A., Van der Borne B., Kok G., Weijs W. (1998). The learning curve : health education in STI clinics in South Africa. *Social Science and Medicine*, **47** : 1445-1453.
- Revel J. (1996). Micro-analyse et construction du social. In : *Jeux d'échelles, la micro-analyse à l'expérience*, J. Revel (ed.). Paris, Hautes Études, Gallimard, Le Seuil, 15-36.
- Scudder T. (1973). The human ecology of big projects : river basin development and resettlement. *Annu Rev Anthropol*, **2** : 45-61.
- Sen A. (1987). *On Ethics and Economics*. Oxford, Blackwell Publishers.
- Turshen M. (1984). *The political ecology of disease in Tanzania*. New Brunswick, NJ, Rutgers Univ. Press.
- Verhagen AR., Gemert W. (1972). Social and epidemiological determinants of gonorrhoea in East African country. *Br. J. Vener. Dis*, **48** : 277-286.
- Whiteford LM. (1997). The ethnoecology of Dengue fever. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, **11**, Knowledge and practice in international Health, 202-223.