

## **Multiplicité et complexité du recours aux soins en milieu rural sénégalais.**

### **Une analyse à partir des histoires des maladies des personnes décédées à Mlomp.**

Géraldine Duthé

Institut National d'Études Démographiques / Muséum National d'Histoire Naturelle

*Working paper*  
- 23/05/2006-

Au Sénégal, la population de Mlomp fait l'objet d'un suivi démographique et sanitaire depuis 1985. Pour déterminer les causes de décès, des autopsies verbales sont réalisées auprès des proches des personnes décédées. Malgré un contexte sanitaire local assez privilégié, la mortalité a augmenté dans les années 1990. Les logiques de recours aux soins sont fondamentales dans la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires mais aussi les maladies chroniques. Les histoires des maladies recueillies dans le questionnaire post-mortem sont riches d'informations concernant le recours aux soins. Complétées par des entretiens réalisés au sein de la population, elles permettent de mettre en lumière la diversité et la complexité des comportements dans ce domaine. L'âge, la situation économique, sociale et familiale, les symptômes, la durée de la maladie, les relations entretenues avec les différents acteurs de santé, tous ces facteurs jouent sur le fait de (se) soigner ou non, sur l'orientation du type de médecine moderne et/ou traditionnelle choisi, de soigner à domicile ou de consulter.

## **1. Introduction**

Depuis son recensement initial en 1985, la population de Mlomp fait l'objet d'enquêtes annuelles (Pison *et al.*, 2001). À chaque passage, les événements démographiques survenus dans l'année sont enregistrés : naissances, décès, unions, migrations. Chaque décès donne lieu à un questionnaire post-mortem qui consiste à recueillir des informations sur les circonstances du décès en interrogeant les proches de la personne défunte. Grâce à ces enquêtes dites d'autopsie verbale, les causes de décès sont déterminées par un médecin qui dispose également d'informations médicales provenant du dispensaire et de la maternité du village.

Mlomp est une agglomération villageoise située en zone rurale au Sud-Ouest du Sénégal. Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, la population suivie est de 8 008 personnes vivant dans des ménages regroupés en concessions familiales basées sur le système patrilinéaire. L'eau est puisée et il n'y a pas d'électricité. Principalement d'ethnie diola<sup>1</sup>, les habitants sont majoritairement de

---

<sup>1</sup> ou Joola.

religion animiste, beaucoup sont aussi de confession catholique. La population parle le diola et ceux qui ont été scolarisés ou ont migré en ville parlent également le français.

Le climat de la région de Mlomp est subtropical et est caractérisé par l'alternance d'une saison des pluies et d'une saison sèche. La culture du riz représente la principale culture vivrière de la population. Les habitants, ne disposant pas de culture rentière, partent travailler ailleurs pour gagner de l'argent. Les jeunes femmes vont travailler comme domestiques en milieu urbain avant de se marier. Les hommes sont souvent récolteurs de vin de palme ou pêcheurs et quittent le village durant la saison sèche. Du fait d'un calendrier des naissances relativement tardif et par la suite espacé, la fécondité des femmes est assez basse à Mlomp, autour de 4 enfants par femme sur les 20 années du suivi 1985-2004.

Une analyse rétrospective a montré une forte diminution de la mortalité avant 5 ans au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Cette baisse coïncide avec le développement des infrastructures sanitaires dans la zone dans les années 1960 (Pison *et al.*, 1993), principalement un dispensaire et une maternité. Localement, les infrastructures sanitaires sont donc plutôt bien développées pour une zone rurale même si le médecin le plus proche travaille à 10 km à l'hôpital d'Oussouye et l'hôpital qui dispose d'une salle d'opération se situe à 50 km à Ziguinchor. Au dispensaire, les consultations sont quotidiennes. L'infirmière y organise des séances mensuelles de vaccinations et de pesée des enfants. Ainsi, les enfants de Mlomp sont quasiment tous vaccinés contre les maladies recommandées par les autorités sanitaires, ce qui est assez exceptionnel<sup>2</sup>. Toutes les femmes de Mlomp accouchent à la maternité villageoise<sup>3</sup> et s'y rendent en consultations prénatales (Pison *et al.*, 1990).

Mais depuis 1985, la mortalité a évolué : elle a augmenté dans les années 1990 chez les enfants et elle a progressé tout au long du suivi chez les adultes. Cette dégradation laisse supposer que les progrès réalisés dans le dispositif sanitaire sont nécessaires mais pas encore suffisants pour la poursuite d'une baisse ; et qu'ils ont été remis en cause par des facteurs exogènes à ce dispositif. L'étude des causes de décès telles qu'elles ont été diagnostiquées au cours du suivi montre plusieurs phénomènes (Duthé, 2006) : (i) le taux de mortalité palustre avant 5 ans a augmenté à partir des années 1990. Cette hausse est due à l'apparition et au développement de résistance du parasite en cause - le *Plasmodium falciparum* -, au traitement habituellement donné, la chloroquine qui était jusque-là un médicament simple, bon marché et efficace ; (ii) les maladies infectieuses et parasitaires restent importantes malgré la vaccination des enfants, et constituent aussi un poids non négligeable dans la mortalité adulte ; (iii) les maladies non transmissibles telles que les maladies de l'appareil circulatoire ou les tumeurs sont prépondérantes dans la mortalité adulte ; (iv) un nombre important de causes ne sont pas clairement déterminées par manque d'information, surtout aux âges élevés où la cause « vieillesse » est souvent diagnostiquée.

Le contexte de chimiorésistance accentue l'intérêt qu'il faut porter aux logiques de prévention et de recours aux soins pour lutter contre le paludisme. Mais cet intérêt n'est pas exclusif aux jeunes enfants et au paludisme. Beaucoup d'autres maladies qui touchent les enfants mais aussi les adultes ont une évolution qui est en partie déterminée par la rapidité du diagnostic et leur prise en charge (infections intestinales, tuberculoses, maladies cardiovasculaires, pneumonies, etc.). Malgré les efforts fournis par le dispensaire pour minimiser les frais et le coût des soins, l'aspect financier reste un souci permanent pour les habitants du village. En outre, la consultation auprès d'une institution sanitaire moderne n'est pas l'unique réponse à

---

<sup>2</sup> En 1999, seulement 42 % des enfants sénégalais âgés de 12 à 23 ans - 30 % avant le premier anniversaire - répondent à ces critères (Sow *et al.*, 1999).

<sup>3</sup> Dans le pays, seulement 33 % des naissances en milieu rural entre 1991 et 1996 ont eu lieu dans un établissement sanitaire mais c'est le cas de 72 % des naissances de mères diolas (Ndiaye *et al.*, 1997).

un épisode morbide : la fabrication de remèdes traditionnels, l'automédication, la consultation auprès d'un guérisseur ou l'absence de recours sont aussi des comportements observés.

L'objectif des autopsies verbales réalisées dans le cadre du suivi est de rassembler un maximum d'informations sur les événements antérieurs au décès (histoire de la maladie et symptomatologie) pour pouvoir déterminer la cause du décès. Dans la première partie du questionnaire, on invite le répondant, par une question ouverte, à raconter ce qui s'est passé avant la mort en précisant les soins que le malade a reçus. Ces récits constituent une source extrêmement riche d'informations sur les modes de recours aux soins. Pour savoir comment les gens se soignent, nous avons analysé plus d'une centaine d'histoires de maladies<sup>4</sup>. Nous disposons ainsi d'un matériau original pour une étude qualitative sachant que son usage premier n'est pas celui pour lequel nous l'exploitons ici. La source d'informations est donc biaisée puisqu'elle repose sur l'histoire médicale des personnes décédées et n'inclut pas celle des malades qui ont survécu. Aussi, l'analyse de ces histoires a été complétée par celle d'entretiens<sup>5</sup> menés auprès de la population sur le recours aux soins. Dans un premier temps, l'étude des représentations de la maladie et de la mort nous permettront de comprendre la diversité des différentes stratégies possibles.

## 2. Représentations de la maladie et de la mort

### 2.1. Le relatif désintérêt pour la cause biomédicale

- *Pour comprendre, il faut être instruit*

Dans la plupart des cas rapportés dans le cadre des autopsies verbales, si le malade a été conduit au dispensaire ou à l'hôpital avant le décès, les proches ne connaissent pas le diagnostic de l'infirmière ou du médecin. De façon générale, rares sont celles et ceux qui en mentionnent un. Quand les malades ou leurs proches sont informés par les médecins des diagnostics - ce qui est loin d'être toujours le cas -, les personnes non instruites ont du mal à comprendre le discours des médecins. Ainsi, l'exemple de cette femme qui mentionne que sa mère décédée avait de la tension tout en précisant qu'elle ne sait pas ce que cela signifie :

« Elle était malade depuis longtemps. Au dispensaire, on lui disait qu'elle avait une grande tension mais je ne sais pas ce que cela veut dire. D'autre part, elle avait une plaie au pied qui tantôt guérissait, tantôt réapparaissait. Alors cette année, quand la plaie est apparue, elle a coïncidé avec sa maladie qu'ils disent tension » (autopsie verbale, Mlomp).

- *La désignation des maux*

À ce manque d'instruction, s'ajoute le problème de la traduction puisque tout le monde ne parle pas le français qui est la langue officielle. Certains mots ne trouvent pas d'équivalence en diola ou alors une équivalence peu précise, ce qui peut entraîner des confusions et une incompréhension du diagnostic (Jaffré, 1990). En outre, dans le terme français de maladie, il faut tenir compte des trois sens bien distingués en anglais : *illness* (les symptômes ressentis par le malade), *disease* (l'affection médicalement définie) et *sickness* (le statut de malade dans la société) (Fassin, 1990). En milieu traditionnel africain, la maladie au sens *disease* n'est pas utilisée, ce qui pose un problème fondamental de traduction et explique l'éventuel désintérêt pour la cause biomédicale.

---

<sup>4</sup> 104 histoires de décès recensés en février 2002, survenus entre février 2001 et février 2002.

<sup>5</sup> Enquête qualitative réalisée en septembre 2003 auprès de 28 femmes et de 10 hommes de Mlomp ayant en charge des jeunes enfants, ainsi que d'un guérisseur sur le thème du recours aux soins et du paludisme (connaissance et perception de la maladie, comportements de prévention et recours aux soins).

- *Cause biomédicale et cause de la maladie*

La connaissance de la cause biomédicale n'est pas toujours considérée comme essentielle. Un diagnostic donné à une maladie n'a en effet pas forcément de sens. Ainsi, l'exemple rapporté par Doris Bonnet qui s'est intéressée aux maladies de l'enfant en pays mossi au Burkina Faso : « Il ne s'agit pas, alors, de déterminer avant tout quelle maladie nominativement a l'enfant, mais de connaître, d'identifier l'agent qui a provoqué cette maladie. D'où l'incompréhension de certains médecins occidentaux qui pensent rassurer la mère de l'enfant en lui disant "votre enfant a telle maladie" "oui, mais pourquoi ?" répond la mère toujours aussi inquiète » (1988, p.77). La réalité biologique de la maladie de l'enfant ne correspond pas à la réalité sociale de l'enfant atteint, dans le cas par exemple où sa maladie est interprétée comme un trouble relevant du magique ou du religieux (Fassin, 1990). Il faut ainsi s'intéresser aux croyances traditionnelles pour essayer de discerner quelles sont les interprétations possibles de la maladie au sens non biomédical. C'est en effet le « piège médical », celui de « vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales. Or les catégories populaires et les catégories biomédicales ne sont pas superposables » (Olivier de Sardan, 1999a).

## 2.2. Étude des représentations

- *Représentation traditionnelle de la maladie et de la mort*

À Mlomp, différentes croyances se combinent comme ont déjà pu l'observer Louis-Vincent Thomas (1965) et Jacqueline Trincaz (1981). Elles ne se substituent pas et complexifient les systèmes de représentations et d'interprétations. Le fait d'être catholique n'est en effet pas contradictoire avec le fait de pratiquer un animisme coutumier. Les croyances traditionnelles sont importantes pour comprendre l'organisation de la société diola et les comportements des individus qui la composent, quelle que soit leur confession religieuse.

Bien que les représentations ne soient pas homogènes - elles sont au contraire multiples au sein d'une société -, elles restent marquées par les croyances véhiculées par les aînés. D'après Christian-Sina Diatta (1996), traditionnellement, deux éléments régissent l'univers : l'esprit et la force. Cette force vitale circule entre tous les éléments de l'univers qui constitue le cosmos. L'homme a une double nature, puisqu'il possède à la fois la force – qui relève de l'ordre du concret et du visible – et l'esprit – qui est du domaine de l'invisible et dote l'homme de la connaissance. Chaque personne a son double vivant dans le monde animal, son totem. Leur destin est solidaire. L'homme est ainsi relié à l'univers, ce qui donne un sens à sa vie, parce qu'ayant une responsabilité vis-à-vis de la nature, sa conduite interagit sur elle. L'homme est libre et maître de ses actes mais il apporte à la société dans laquelle il vit sa propre force qui n'est qu'une infime parcelle de la force divine, il contribue ainsi à la force du groupe (Diatta, 1996). Il n'y a donc pas de contradiction entre le fait de reconnaître une origine biomédicale à une maladie et celui d'en chercher la racine dans un domaine tout autre, qui relève de la circulation des forces entre chaque élément de la nature et d'un déséquilibre à un instant donné de sa répartition. Différents événements peuvent apporter malheur, maladie ou mort à un individu.

- *La maladie provoquée par un agent extérieur*

Une maladie peut avoir une origine maléfique, dans un contexte particulier. Par exemple, selon la façon dont elle se manifeste et si l'entourage, ou un des aînés, l'interprète comme tel. Dans ce cas, elle correspond souvent à l'un de ces quatre types d'agression que l'on retrouve généralement en Afrique de l'Ouest dans les groupes ethniques soudano-sahéliens : « la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque d'un sorcier » (Fassin, 1990). Il est ainsi possible de « capturer » une âme, les sorciers en ont le

pouvoir. Mais le caractère maléfique n'est pas non plus toujours invoqué. Au cours d'un entretien, cet homme apporte une explication fataliste au décès précoce de certains enfants :

« ... Quelquefois aussi des petits enfants qui retournent comme on dit, c'est les enfants qui viennent et dont l'âme repart » (entretien, Mlomp).

Les fétiches<sup>6</sup> et les sacrifices peuvent remédier à des problèmes de santé qui seraient liés à un totem fragile ou à un mauvais sort. Une femme explique ainsi le décès de son petit-fils, en invoquant la fragilité de son totem, elle précise d'ailleurs à la fin de son histoire que cet enfant n'avait pas eu un développement psychomoteur normal, puisqu'il ne marchait toujours pas à l'âge de 2 ans :

« Depuis sa naissance, l'enfant était toujours malade. Il a été soigné à Ziguinchor, sa ville natale. Puis ses parents l'ont amené au village natal de sa mère pour des soins traditionnels. Cela n'a pas non plus apporté grand chose. Ils l'ont amené ici [à Mlomp] car les guérisseurs ont dit que c'était son totem qui était fragile et c'est pourquoi il était malade. En effet, nous avons fait des sacrifices et il a été guéri. Quatre mois plus tard, un jour en revenant des rizières, nous l'avons trouvé malade avec une bosse au sternum. Il pleurait beaucoup. On l'amène au dispensaire où ils nous disent d'aller à l'hôpital de Ziguinchor où il est mort 3 jours après. À l'âge de 2 ans, cet enfant ne savait toujours pas marcher » (autopsie verbale, Mlomp).

Du point de vue du guérisseur, les enfants peuvent en effet mourir après avoir rencontré des mauvais esprits :

« [Si des enfants meurent,] c'est parce que les petits enfants peuvent rencontrer les mauvais esprits la nuit. D'autres naissent avec la maladie. [Les guérir], c'est possible, il y a un remède qu'on peut mettre dans l'eau et l'enfant prend un bain dedans. Sinon faire des amulettes qu'on attache au niveau de la taille qui vont empêcher les mauvais esprits de l'approcher. Si l'enfant naît avec la maladie c'est que ça vient de la maman. Une malformation ou elle n'est pas bien soignée. Mais on peut trouver des médicaments » (entretien avec un guérisseur, Mlomp).

L'origine de la maladie peut donc être liée à un agent extérieur à la personne. Dans le cas d'un enfant malade, le guérisseur évoque la transmission de la mère à son enfant, c'est la mère qui devient responsable de la maladie. La notion de faute peut être mise en avant par certains, d'où l'importance du contexte social et familial dans le développement d'une interprétation magique.

- *La maladie-châtiment : une punition sociale ?*

De nombreuses règles régissent les rites et événements de la communauté. Par exemple, la cérémonie de circoncision-initiation des hommes, le *bukut*, est rigoureusement interdite aux femmes. À l'opposé, tout ce qui a trait à la grossesse et à la maternité relève du domaine exclusivement féminin. La transgression de ces tabous est durement sanctionnée. La maladie peut être considérée comme une punition au fait d'avoir bravé un interdit<sup>7</sup>. Le contexte dans lequel se produit ce type d'événement est primordial pour comprendre pourquoi on impute

---

<sup>6</sup> Pour qu'ils intercèdent en leur faveur, les Diola font des libations et prient les fétiches (Thomas, 1959 et 1994).

<sup>7</sup> Sur les conséquences de la transgression d'un interdit, voir les études sur le *kañalen*, rite accompli par les femmes diolas en cas de stérilité ou de décès répétés d'enfants en bas âge. Les transgressions peuvent avoir des conséquences dramatiques – la répudiation ou même la mort - et se répercuter sur les enfants (Journet, 1994 ; Fassin, 1987).

dans tel cas et pas dans tel autre un caractère punitif à la maladie. Si l'entourage – ou au moins un individu charismatique de cet entourage – l'interprète comme tel, il n'agira pas forcément pour aider la personne malade. À Mlomp, la belle-sœur d'une femme (en réalité, la femme de son cousin paternel) décédée à l'âge de 30 ans évoque comme motif de sa maladie et de son décès, la transgression d'un interdit, celui pour une femme d'assister à une circoncision :

« Tout a commencé à Kaolack. Elle avait une forte fièvre et même des frissons. Les fièvres ont commencé un mois avant le décès. Tout le corps s'est enflé sauf la tête. Elle a été hospitalisée à Kaolack et là-bas on n'a pas pu diagnostiquer sa maladie. Alors on l'a ramenée au village au bout de deux semaines d'hospitalisation. Elle a transgressé des interdits en assistant à une circoncision. Donc les gens pensent que c'est à cause de cela qu'elle souffrait. Elle est arrivée ici très fatiguée avec l'état de la route et elle est devenue plus agonisante. Malgré son état, elle a continué à prendre les médicaments qu'on lui avait prescrits de Kaolack et quelques racines recommandées par les guérisseurs. Pendant deux jours, elle ne pouvait plus marcher, le ventre était tellement enflé qu'on aurait dit une femme enceinte. Elle ne mangeait pas mais buvait un tout petit peu. Elle est morte le 3<sup>ème</sup> jour » (autopsie verbale, Mlomp).

La maladie qui constitue le châtiment est justifiée par le fait qu'à l'hôpital de Kaolack, les médecins n'ont pas pu diagnostiquer son problème de santé. La médecine allopathique étant impuissante face à son mal, elle a été retirée de l'hôpital pour revenir dans le village d'origine de son père et y mourir. L'interprétation des symptômes est aussi très évocatrice de la transgression de tabou puisque la femme avait un ventre enflé comme celui d'une femme enceinte. Il s'avère que cette femme avait divorcé quelques années auparavant après avoir eu successivement deux enfants décédés en bas âge. Elle était donc dans une situation sociale délicate, liée au fait qu'elle n'avait pas « réussi » à garder ses enfants vivants et qu'elle était divorcée, ce qui est un statut très mal considéré chez les Diola. À la suite de son divorce, elle était partie travailler dans sa ville natale<sup>8</sup> mais ne s'était pas remariée. Il existe un lien fort entre l'acte qu'on lui prête – celui de la transgression d'un tabou – et sa situation sociale.

- *Multiplicité des représentations*

La maladie ne correspond donc pas seulement à un dysfonctionnement de l'organisme. Il faut considérer l'interprétation qu'ont les individus de la maladie, du point de vue du malade lui-même mais également des proches et de la façon dont ils perçoivent l'origine de celle-ci. Nombre de changements s'opèrent actuellement dans les sociétés africaines, révélées par l'étude des relations entre les classes sociales, les hommes et les femmes, les jeunes et les anciennes générations (Attané, 2003). Le statut social, le sexe, le statut matrimonial, l'âge, l'instruction sont autant de facteurs qui jouent sur les représentations de la maladie et de la mort et laissent entrevoir une diversité du recours aux soins. Ces éléments permettent de mieux comprendre les différentes stratégies de recours aux soins qui relèvent des interprétations – sociales, religieuses ou magiques – données à l'événement maladie ainsi que des attributs des différentes médecines disponibles.

---

<sup>8</sup> Mlomp est la ville natale de son père, là où il y a la concession de sa famille paternelle.

### 3. Multiplicité et complexité du recours aux soins

#### 3.1. Entre médecine allopathique et médecine traditionnelle

- *Diversité des types de recours dans les histoires des maladies*

Généralement, la médecine traditionnelle s'appuie sur un modèle alliant à la thérapeutique des éléments explicatifs d'ordre symbolique, religieux et social. Aussi, les « infirmiers et guérisseurs n'entretiennent pas de rapports concurrentiels, soit parce que leurs compétences ne concernent pas les mêmes maux, soit parce que la demande des malades à leur égard n'est pas de même nature » (Bonnet, 1990). Une femme pourra par exemple consulter auprès d'un guérisseur pour un problème de stérilité et auprès du dispensaire pour des maux de tête. S'il existe en effet une certaine complémentarité entre ces deux types de médecines, les entretiens menés auprès des habitants ainsi que les récits des maladies ayant conduit au décès recueillis dans les autopsies verbales suggèrent aussi des cas de concurrence. Différentes stratégies pour se soigner, s'orientant tantôt vers la médecine traditionnelle, tantôt vers la médecine allopathique, sont possibles. Les histoires des maladies que nous exploitons permettent d'identifier les types de soins utilisés lors du parcours thérapeutique de chacune des personnes malades avant la survenue du décès en distinguant d'une part la médecine traditionnelle (consultation auprès d'un guérisseur ou d'un marabout, remèdes préparés à domicile...) et d'autre part la médecine allopathique (consultation auprès d'un agent de santé, d'une infirmière ou d'un médecin, hospitalisation, maternité, automédication...) (tableau 1).

Tableau 1. Types de soins qui ont précédé les décès recensés lors de l'enquête 2002

Types de soins allopathique/traditionnel	Décès survenus avant 5 ans	Décès survenus entre 5 et 59 ans	Décès survenus à partir de 60 ans
allopathique	13	5	8
<i>dont maternité</i>	5	-	-
traditionnel	2	2	14
allopathique et traditionnel	4	11	24
<i>dont allopathique en 1<sup>er</sup> recours</i>	1	4	7
<i>traditionnel en 1<sup>er</sup> recours</i>	2	4	4
<i>simultané ou pas d'information</i>	1	3	13
pas de soins	1	1	12
ne sait pas	1	1	1
accident	-	2	2
ensemble	21	22	61

Source : histoires de la maladie ayant conduit au décès, autopsies verbales, Mlomp, février 2002.

- *Des enfants aux vieillards : des logiques de soins différentes*

L'âge est un facteur déterminant du type de soins adopté (tableau 1). Selon que le malade est un enfant, un jeune, un adulte ou encore une personne âgée, les décisions en matière de traitements sont différentes et dépendent tantôt des parents, tantôt de ego ou de son conjoint, tantôt des enfants. Les évolutions sociales qui se sont opérées dans le village avec le développement de la mobilité des personnes, de la scolarisation, du travail des jeunes femmes, impliquent forcément des différenciations entre les générations. En effet, la majorité des enfants de moins de 5 ans (13 sur 21) ont été exclusivement soignés par la médecine allopathique : soit parce que le nouveau-né est décédé en maternité ; soit parce que l'enfant a été amené au dispensaire ou à l'hôpital. Pour les adultes, la multiplicité du type de soins, à la

fois traditionnel et allopathique, concerne la moitié des cas. Pour les décès survenus à partir de 60 ans, l'usage exclusif de la médecine traditionnelle n'est pas non plus négligeable, ainsi que les cas de personnes qui n'ont pas été soignées avant le décès. Nous pouvons dégager plusieurs facteurs incitatifs ou répulsifs amenant les individus (ou leurs proches) à privilégier l'une ou l'autre des médecines, à recourir aux deux soit de manière simultanée, soit l'une après l'autre ou encore à ne pas se soigner. Avant la consultation auprès d'une infirmière, d'un médecin, d'un guérisseur ou d'un marabout, le soin à domicile avec des médicaments allopathiques ou des remèdes traditionnels est très fréquent.

### 3.2. Les premiers soins portés à domicile

- *L'automédication : rapidité du recours ou recours inadapté ?*

Nous avons relevé au cours des entretiens mais aussi à la lecture des histoires des maladies ayant conduit au décès, des comportements fréquents d'automédication. Ils ont été largement encouragés par le programme de chloroquinisation de 1975 à 1993 : durant ces deux décennies, on a demandé aux habitants de Mlomp d'acheter de la chloroquine, de conserver des comprimés à domicile et d'en prendre régulièrement à l'hivernage. Aujourd'hui, le dispensaire recommande de n'en prendre qu'en cas de survenue de symptômes qui évoquent le paludisme. Beaucoup de personnes possèdent des médicaments sous forme de comprimés ou de sirop du type paracétamol, aspirine ou chloroquine à domicile. Dans les entretiens, la plupart des mères ont déclaré que si leur enfant était malade le soir, après la fermeture du dispensaire, et qu'elles avaient des comprimés, elles en donnaient un à l'enfant pour la nuit et s'il n'y avait pas d'amélioration le lendemain matin, elles se rendaient au dispensaire.

La plupart les utilisent en cas de problème de santé, quel qu'il soit. Les médicaments peuvent aussi être achetés en dehors du dispensaire, dans les boutiques du village dont certaines vendent des médicaments comme du paracétamol, ainsi que des comprimés à base d'aspirine et de caféine agissant contre tout type de maux. Les médicaments peuvent aussi être achetés ailleurs, comme l'explique cette femme :

« Dès que je sens que je ne me sens pas bien, si j'en ai chez moi, je prends des comprimés pour pouvoir empêcher la maladie de m'atteindre. J'ai des comprimés de préventifs [contre le paludisme], des boîtes de comprimés, des paquets que j'achète au bac [en passant par la Gambie] quand je reviens de Dakar. J'achète des médicaments pour les dents, le ventre, la tête, pour quand tu as mal partout » (entretien, Mlomp).

Le traitement peut donc parfois être inadapté à la maladie et dans ce cas induire un retard de recours aux infrastructures sanitaires. La tante adoptive d'un enfant décédé à l'âge de deux ans raconte qu'elle a en premier lieu donné un « restant de comprimé » à l'enfant qui avait de la fièvre :

« Tout a commencé par une petite fièvre. Alors je lui ai donné un restant de comprimé que j'avais gardé ici. Il se portait mieux mais arrivé à la nuit, le corps était chaud. Je l'ai amené au dispensaire » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans ce second extrait, la famille a donné des médicaments contre les maux de ventre à un malade agonisant :

« À mon arrivée, je l'ai trouvé couché à plat ventre sur le lit en gémissant. J'ai essayé de lui demander ce qu'il avait mais il n'a pas pu me répondre. Il se tordait de douleur. J'ai fait venir ses frères. L'un d'eux lui a remis du médicament contre des maux de ventre. Il a beaucoup vomi et vers le petit matin, il est tombé dans le grand coma. Nous l'avons amené au dispensaire et



la Sœur nous a conduits à [l'hôpital d']Oussouye » (autopsie verbale, Mlomp).

Aussi, administrer un médicament à un malade dès l'apparition des symptômes est assez fréquent, surtout si on en dispose déjà chez soi. De l'aspirine calme en effet des douleurs et des fièvres, la chloroquine est aussi bénéfique dans le cas d'un accès paludéen mais le paludisme n'est pas une maladie très spécifique et donc fréquemment diagnostiquée à tort. D'autre part, les cachets et les sirops sont souvent conservés s'ils n'ont pas été entièrement consommés suite à une prescription antérieure sans que l'on sache vraiment quelle est leur action spécifique (généralement, les comprimés sont achetés à l'unité mis dans des petits sachets transparents et donc sans leur boîte ni leur notice), quand ils ont été achetés, ni dans quelles conditions ils ont été conservés<sup>9</sup>. Lors de la survenue d'une maladie ou de symptômes chez un individu, la famille ou l'un des proches, pourra administrer en premier lieu ces médicaments afin d'éviter des frais supplémentaires, en pensant que cela sera efficace puisque cela l'a déjà été et que cela ne peut pas être nocif.

- *Préparation de remèdes à domicile pour les maladies populaires connues et reconnues*

D'autres personnes préféreront prendre ou administrer des remèdes à base de plantes, traitements considérés comme étant plus naturels et permettant d'éviter de prendre des comprimés ou de recevoir des piqûres si elles se rendent au dispensaire. L'adoption d'un traitement plutôt qu'un autre dépend beaucoup des symptômes que présente le malade. Pour des symptômes classiques comme une diarrhée ou de la fièvre chez un enfant, les mères administrent en premier lieu un remède traditionnel qu'elles préparent à base de plantes que l'on trouve facilement dans la nature comme des feuilles de manguier ou de citronnier et qui est donc gratuit. Le *ejuusa*<sup>10</sup> signifie un mauvais état de santé caractérisé par des symptômes généraux (corps chaud, frissons, vomissements, maux de ventre ou diarrhées) dont les causes sont vagues et multiples selon les personnes (les moustiques, l'air, le mauvais vent...). Ainsi, l'exemple de ces deux mères qui soignent leurs jeunes enfants à partir de remèdes préparés à domicile :

« Mon enfant avait une fièvre moyenne et continue. Elle faisait aussi de la diarrhée. Et ses selles étaient toutes vertes avec de la mousse. Elle a refusé de téter. Elle pleurait beaucoup. Nous lui avons remis du médicament traditionnel très efficace pour ce genre de maladie des enfants » (autopsie verbale, Mlomp).

« Mon fils a débuté par un petit *palu* durant plus de 3 jours. (...) Jusque-là, je le soignais avec des herbes et des feuilles très efficaces pour le paludisme » (autopsie verbale, Mlomp).

*Ejuusa* est traduit par *palu*, abréviation d'usage pour parler du paludisme mais il s'agit d'une traduction inadéquate entre la maladie au sens *disease* en français et la maladie au sens *illness* en diola. L'analyse des entretiens révèle aussi un important recours aux remèdes traditionnels préparés à domicile dans le cas d'un *ejuusa* ou d'un *palu*, ce qui est souvent clairement énoncé :

« Des fois, j'utilise des plantes traditionnelles à bouillir si c'est *ejuusa* et si ça ne va pas mieux, je me rends au dispensaire » (entretien, Mlomp).

---

<sup>9</sup> C'est surtout vrai pour les sirops. Les comprimés ne sont pas altérés par des températures de moins de 40°C, mais certaines pièces peuvent dépasser régulièrement ce seuil, comme la cuisine par exemple.

<sup>10</sup> Prononcer « édiussa ».

Dans les autopsies verbales, on demande aux interviewés s'ils connaissent la cause du décès. Parmi la faible proportion des décès pour lesquels les proches mentionnent explicitement une cause, le *païs* est la seconde maladie la plus fréquemment désignée. La symptomatologie du *païs* présente souvent jaunisse et oedèmes et évoque des maladies de type hépatique comme la cirrhose du foie ou l'hépatite. Différents extraits de récits recueillis à l'occasion des autopsies verbales montrent que les habitants utilisent des remèdes traditionnels pour soigner le *païs*, comme cette femme qui a soigné sa mère :

« Ma mère est morte subitement. Elle a eu une forte fièvre de 3 jours accompagnée de vomissements et de maux de tête. Elle a eu aussi des maux de ventre pendant 4 ou 5 jours. Trois jours avant sa mort, elle a eu des gonflements au niveau du bas ventre puis elle a eu des problèmes urinaires. Mais bien avant tout cela, 3 mois durant, elle avait des maux de poitrine et de côtes. On la soignait traditionnellement car pour nous c'était le *païs* » (autopsie verbale, Mlomp).

Faire référence au *païs* n'est pas réservé aux adultes. Au cours des entretiens, certaines femmes l'ont mentionné parmi les maladies qui pouvaient tuer les enfants du village, s'apparentant alors à la fièvre jaune. Citer cette dernière maladie est probablement lié à la vaccination systématique des enfants qui leur permet de retenir que c'est une maladie dangereuse et mortelle.

Que ce soit pour le *païs* ou le *ejuuusa*, on retrouve ici un comportement classique à savoir celui d'associer une thérapie traditionnelle à une maladie dite traditionnelle : le cognitif et le pragmatique sont en adéquation. C'est notamment le cas pour les « entités nosologiques populaires internes » définies par Jean-Pierre Olivier de Sardan comme étant « le produit de cette logique de nomination, qui, par la grâce d'un nom, doté d'un noyau minimal de représentations partagées, transforme une succession ou une simultanéité mystérieuse de symptômes issues de l'intérieur du corps, sans autre signification première que la douleur ou l'inquiétude qu'ils suscitent, en une maladie familière, ayant l'évidence d'une chose existante, avec laquelle parents ou voisins ont eu eux aussi affaire, et à laquelle est associé tout un cortège de traitements socialement attestés ». Ce sont pour la plupart des maladies identifiées par un nom spécifique, revêtant un caractère congénital sans lien avec le surnaturel et très communes. Étant populaires, des traitements populaires y sont associés, souvent à base de plantes, constitués par la famille ou l'entourage (Olivier de Sardan, 1999b).

- *Minimisation du coût des soins*

Enfin, soigner à domicile offre un intérêt crucial : celui de minimiser le coût des soins. Les remèdes préparés à domicile à base de plante ont l'avantage d'être gratuits. L'automédication revient aussi moins cher puisque l'on utilise des médicaments que l'on a déjà achetés, on évite donc de gâcher. Si les symptômes disparaissent par la suite, cela évite de payer une consultation. L'argument financier n'est pas mentionné dans les histoires des maladies mais il est fondamental dans le fait de choisir de préparer soi-même ses remèdes ou de recourir à l'automédication (Diallo, 2003). D'après les propos recueillis auprès des femmes au cours des entretiens, le coût représente un obstacle important pour s'adresser directement et immédiatement aux infrastructures sanitaires modernes. Il se passe généralement un délai d'une demi-journée à une journée entière entre un premier traitement à domicile et la consultation au dispensaire si elles n'observent pas d'amélioration. Si la situation s'aggrave, la plupart d'entre elles s'y rendront néanmoins plus tôt :

« Quand mon corps, ça ne va pas, je cherche un peu de feuilles pour bouillir, boire et me baigner avec de l'eau chaude, si ça ne va pas mieux, je vais chercher des médicaments chez la Sœur (...). Pour mon enfant, dès que je

vois qu'il est malade, je fais d'abord le remède traditionnel avec les feuilles et après je l'emmène directement à l'hôpital [dispensaire] si ça ne va pas mieux » (entretien, Mlomp).

### 3.3. Recourir ou non à la médecine allopathique

- *Le suivi des jeunes enfants*

Les femmes qui se rendent aux consultations prénatales continuent généralement à fréquenter les mêmes institutions médicales pour les problèmes de santé de leurs enfants en bas âge (Bonnet, 1990 ; Guillaume et Rey, 1988). La particularité de Mlomp tient beaucoup au suivi sanitaire des femmes dès qu'elles sont enceintes. Par la suite, les enfants vont aux séances de vaccinations et de pesée organisées par le dispensaire. Les informations supplémentaires recueillies à partir des autopsies verbales (tableau 1) ou des entretiens permettent de confirmer cette idée. Les femmes ont adopté ce comportement de façon assez générale, même lorsqu'elles n'ont pas d'argent. C'est notamment le cas de cette mère de onze enfants, qui raconte ses difficultés à trouver de l'argent pour aller au dispensaire :

« Si j'ai de l'argent, je vais à l'hôpital [dispensaire], sinon non. Pour mes enfants, j'ai des fois des problèmes pour avoir de l'argent, dans ce cas, je cours à gauche à droite pour trouver de l'argent. Les femmes qui font le jardin [du maraîchage] arrivent à avoir un peu de sous, mais moi comme je suis malade, je n'y ai pas participé cette année et je n'ai pas d'argent. Mon mari ne bouge pas, je lui demande de l'argent, des fois il dit oui mais des fois il dit qu'il n'en a pas. Mes enfants ne travaillent pas, mes filles font le travail de la maison, ne partent pas en migration donc elles ne gagnent pas d'argent (...). Les enfants, s'ils sont malades, je les emmène directement à l'hôpital parce que les enfants c'est fragile, tu ne sais pas où ça lui fait mal ni ce qu'il a parce qu'il ne parle pas » (entretien, Mlomp).

Cet homme qui se soigne en premier lieu par un remède qu'il se prépare à base de feuilles agit également différemment pour les enfants qu'il a en charge, que ce soit les siens ou ceux qui lui ont été confiés :

« Si je ne me sens pas bien, je vais couper des feuilles que je fais bouillir, que j'inhale, je me lave et je dors. Si ça ne va toujours pas mieux, je vais à l'hôpital [au dispensaire]. Je n'ai pas de médicaments dans la maison. (...) Pour les enfants, personnellement, je me dépêche et tout de suite je vais à l'hôpital, je ne cherche pas à leur donner des feuilles ou des plantes, je n'hésite pas » (entretien, Mlomp).

Pour les enfants, les séances de vaccination apparaissent efficaces pour la quasi-totalité des habitants. Ils sont généralement convaincus que les vacciner leur offre une protection. La piqûre faite à cette occasion est un symbole à la fois de la douleur et de la peur mais aussi d'efficacité puisqu'on injecte le produit directement dans le corps à travers la peau. Pour le patient adulte, cela suppose une certaine soumission parce qu'il faut se laisser faire (les piqûres de quinine pour le traitement classique du paludisme sont assez douloureuses) et donc avoir une certaine confiance en la personne qui pique.

- *La dimension affective dans le recours à la médecine allopathique*

La relation médecin-malade joue un rôle essentiel dans le recours aux soins. Cette relation se réalise dans une interaction entre deux personnes qui se situent dans un contexte psychologique et social donné et dépend du type de maladie, aiguë ou chronique. Il existe une pluralité des modes de relation entre la personne qui soigne et celle qui est soignée

(coopération, confiance, domination, conflit) (Adam et Herzlich, 1994). De façon générale, lorsqu'il y a eu recours à la médecine allopathique, le dispensaire – et surtout l'infirmière qui y travaille – joue un rôle essentiel dans la prise en charge du malade. Ouvert depuis 1961, même les adultes qui ont aujourd'hui la quarantaine connaissent cette infrastructure, comme en témoigne cet homme âgé de 42 ans qui consulte régulièrement au dispensaire :

« Il existe depuis qu'on est né et on a l'habitude d'aller au dispensaire »  
(entretien, Mlomp).

Cette infrastructure est d'ailleurs très souvent assimilée à l'infirmière, ce qui conforte l'importance d'un lien social entre le patient et le soignant. Ainsi, plutôt que de se rendre au dispensaire ou de voir l'infirmière, les habitants du village vont voir « la Sœur », elle est plus souvent dénommée par sa position sociale dans le village en tant que religieuse ou par son prénom que par sa profession. Sur les 56 décès où le malade a été vu au dispensaire ou à la maternité, l'infirmière est explicitement désignée dans 22 récits où elle intervient activement, tantôt en soignant elle-même ses patients au dispensaire ou à domicile, tantôt en les évacuant ou en les orientant vers les hôpitaux d'Oussouye ou de Ziguinchor. Cette femme raconte comment l'infirmière a pris en charge son mari, le conduisant à l'hôpital, puis le traitant à domicile :

« La maladie a attaqué mon mari depuis l'année passée. (...) On l'emmène au dispensaire et le lendemain, la Sœur l'a conduit à Ziguinchor où il est resté une semaine. Puis il est revenu. Néanmoins, il sentait des fois des douleurs. (...) Il a été hospitalisé à Oussouye durant 3 mois sans amélioration. Finalement, nous avons demandé sa libération et la Sœur l'a traité à domicile jusqu'à sa mort » (autopsie verbale, Mlomp).

À l'inverse, ne pas recourir à l'infrastructure sanitaire locale n'est pas toujours justifié par des raisons objectives sur l'efficacité des traitements mais par des raisons subjectives voire affectives, comme le montrent les deux exemples suivants qui font intervenir l'aspect relationnel avec l'infirmière du dispensaire dans le refus de se rendre au dispensaire. Dans le cas suivant, la femme malade n'a pas voulu aller au dispensaire parce qu'elle ne s'entendait pas avec l'infirmière :

« Elle ne voulait jamais se rendre au dispensaire, elle était en mauvais terme avec la Sœur. Donc, on la soignait traditionnellement » (autopsie verbale, Mlomp).

D'autres personnes ont peur du jugement que pourrait émettre l'infirmière du fait d'avoir attendu ou traité le malade traditionnellement, en craignant d'être considérés comme responsables de la dégradation de la maladie. Ainsi, cette femme tarde à amener sa mère (une femme très âgée) au dispensaire :

« Elle avait le *païs* interne et externe. Nous avons eu peur de l'amener au dispensaire. Elle suivait un traitement du *païs* traditionnel. Au début ça allait bien car elle se sentait mieux. Mais on ne sait pas comment elle a pu rechuter d'une façon rapide et terrible. Ne sachant plus quoi faire, on a été obligé de l'amener au dispensaire dans un état très critique » (autopsie verbale, Mlomp).

- *Les conditions de consultation et la proximité de l'entourage familial*

Enfin, la démarche clinique classique lors d'une consultation passe par l'examen du corps. La quantité de patients, surtout en saison des pluies à cause de la morbidité palustre, qui se rendent au dispensaire dans une journée qui est aussi remplie par les visites à domicile, les

évacuations vers l'hôpital, les séances de vaccination et de pesée, auxquelles s'ajoutent encore les consultations prénatales et les accouchements, ne permettent pas toujours à l'infirmière de pouvoir ausculter méticuleusement tous ses patients et leur apporter l'attention nécessaire. Cette situation n'est malheureusement pas spécifique à Mlomp, puisqu'on la retrouve dans d'autres centres de santé, de manière encore plus aiguë en milieu urbain (Fassin, 1992 ; Konan *et al.*, 2005). Les patients peuvent alors ne pas se sentir en situation d'intimité, surtout dans des locaux qui s'y prêtent mal (portes ouvertes, circulation des individus entre les pièces, interruption des consultations par une tierce personne...).

Dans cette même logique, s'adresser aux infrastructures sanitaires modernes suppose une possibilité de quitter son domicile pour être hospitalisé et cela représente un autre frein important. L'hôpital est un lieu considéré comme particulièrement froid où il n'existe pas vraiment de relation personnelle entre le patient et le médecin et où les individus sont coupés de leur milieu familial et social. Cela pose des problèmes à la fois de soutien familial mais également d'organisation pratique comme la nécessité d'avoir un parent qui apporte les repas à l'hôpital par exemple. Ces motifs sont clairement énoncés par Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan qui qualifient les systèmes de soins en milieu urbain d'Afrique de l'Ouest de « médecine inhospitalière » (2003). Mais l'importance du recours aux soins allopathiques et la relation qui existe entre l'infirmière et ses patients laissent penser que le dispensaire de Mlomp est plus « hospitalier ».

### 3.4. Consulter un guérisseur

- *Le choix du soignant*

Parallèlement, la consultation auprès d'un guérisseur reste très souvent sollicitée. Les médecins traditionnels ont certaines compétences reconnues par les services de santé comme la bonne connaissance des plantes et de leurs vertus. L'offre importante qui existe dans la médecine traditionnelle permet aux malades ou à leurs proches de choisir parmi les guérisseurs qui exercent au village ou dans la région celui en lequel ils ont confiance, ce qui est donc complètement différent par rapport au nombre très restreint de personnes auxquelles on peut se référer dans les institutions sanitaires.

- *Pour comprendre pourquoi on souffre*

Le manque d'instruction, le problème linguistique, le manque de relations entre le corps médical et le patient ou sa famille rendent difficile la compréhension de la maladie au sens biomédical. Or, comprendre sa maladie et pouvoir la nommer, c'est déjà « aller mieux » et cela permet d'avoir une meilleure observance thérapeutique (Héraud, 2003). La visite chez le guérisseur est souvent motivée par le désir de comprendre l'origine de la maladie. Ainsi, cette femme va consulter un guérisseur pour tenter d'expliquer ce qui lui arrive:

« Si je ne comprends pas la maladie, je vais aussi voir le guérisseur quand je ne me sens pas bien, pour voir s'il peut me dire quelque chose sur ma vie, sur moi, qu'il me dise quelque chose » (entretien, Mlomp).

On retrouve ici une différence entre la médecine allopathique et la médecine traditionnelle où le patient et son médecin dialoguent et cherchent à comprendre l'origine de cette maladie qui n'est pas biomédicale, comme le présente un des guérisseurs de Mlomp :

« C'est à cause des mauvais esprits que les gens sont malades et le médicament traditionnel est fait pour chasser le mauvais esprit qui habite le corps du malade » (entretien avec un guérisseur, Mlomp).

Ces rôles différents attribués à l'une ou l'autre des médecines sont selon les cas complémentaires ou concurrentiels. La première peut apaiser les souffrances physiques tandis

que la seconde apporte une explication à ces souffrances et essaie de supprimer la cause originelle du mal. Mais lorsqu'il s'agit de passer de l'une à l'autre avec interruption des traitements, elles peuvent devenir concurrentielles.

### 3.5. Les recours multiples

- *Recours successifs et recherche de la guérison*

Lorsqu'il y a mixité des recours aux soins, celle-ci est fréquemment liée à un souci d'efficacité des traitements<sup>11</sup>, soit on recourt aux deux modes simultanément de façon à optimiser les chances de guérir, soit on les essaie l'un après l'autre en fonction de l'amélioration ou non de l'état de santé. Cette femme raconte comment son fils a été soigné en premier lieu à domicile avec des remèdes traditionnels pendant trois jours, puis par un marabout pendant deux semaines, et enfin au dispensaire :

« Mon fils a débuté par un petit *palu* durant plus de 3 jours. (...) Jusque-là, je le soignais avec des herbes et des feuilles très efficaces pour le *palu*. Mais comme le *palu* persistait encore, je l'ai amené chez le marabout de *Kañut*, où il est resté en traitement durant 2 semaines. Au début, ça semblait marcher et brusquement la situation a pris une autre tournure. J'étais obligée de le retirer et de l'amener au dispensaire. Il a été hospitalisé et malgré tout ce que la Sœur a fait pour lui, il n'y a pas eu d'amélioration, j'ai compris que c'était trop tard » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans ce témoignage, la famille a jugé inefficace le traitement ordonné au dispensaire au bout de quelques jours et s'est ensuite tournée vers les remèdes traditionnels :

« Ils l'ont reconduit au dispensaire avec une chaise roulante parce qu'il ne pouvait plus se tenir debout. Il a reçu de nouveau des traitements et est revenu chez lui. Sa famille a jugé inutile de le ramener au dispensaire le troisième jour, les traitements restant inefficaces. Ils l'ont donc soigné avec un traitement traditionnel. Son état s'est aggravé le quatrième jour et il est décédé au matin du cinquième » (autopsie verbale, Mlomp).

Du point de vue des personnes, ces comportements sont rationnels et basés sur la perception de l'efficacité du traitement. De la même façon, Didier Fassin observe un cumul de pratiques où « tout l'éventail symbolique et thérapeutique est mis à contribution pour la recherche de la meilleure efficacité. Aucune contradiction n'est perçue entre les différents registres auxquels il fait appel : la logique est celle de la guérison » (1992, p. 115). Malheureusement, ce phénomène induit des retards dans le recours aux soins et une plausible mauvaise observance des traitements, qu'ils soient traditionnels ou allopathiques.

- *Les relations de pouvoir au sein de l'entourage*

Mais certaines personnes ne veulent pas cumuler les deux modes thérapeutiques, comme cette mère qui refuse d'emmener son enfant au dispensaire parce qu'elle lui avait donné initialement un remède traditionnel :

« Nous lui avons remis du médicament traditionnel (...). Mon mari me dit d'aller au dispensaire avec l'enfant, j'ai refusé car je ne voulais pas mélanger les deux produits. Vers le soir, l'enfant est tombé dans un coma. Ils m'ont

---

<sup>11</sup> Il faut rappeler que l'issue de toutes ces histoires est fatale et suppose donc pour la plupart un échec de traitement.

forcé pour l’emmener au dispensaire mais elle est morte avant d’arriver »  
(autopsie verbale, Mlomp).

Dans ce récit, il y a eu un désaccord entre la mère et le père de l’enfant sur le soin à lui donner : la femme s’est opposée à la volonté de son mari. Dans un autre cas, ce sera le mari qui ne donnera pas d’argent à sa femme qui ne pourra pas se rendre au dispensaire. Dans tel autre encore, une tante amènera le malade voir un guérisseur réputé. Au sein de l’entourage du malade, on trouvera ainsi des individus qui ne sont pas du même avis sur le type de traitement à administrer. Aussi, les logiques de pouvoirs au sein de la famille restreinte, de la concession, de la famille élargie qui habite au village mais aussi celle qui habite ailleurs ou en milieu urbain, peuvent intervenir sur la façon de soigner une personne souffrante.

- *Un élément décisif et fluctuant : l’argent*

Le parcours adopté peut être différent à deux moments pour une maladie présentant les mêmes symptômes, comment le rapporte Didier Fassin dans l’exemple d’une femme qui ne soigne pas son second enfant de la même façon que l’aîné alors qu’ils ont sensiblement les mêmes symptômes pour des raisons extérieures en lien avec sa situation sociale (1992). Il existe une grande complexité dans le recours aux soins : les symptômes, les croyances, les décisions au sein de l’entourage, l’âge, et bien sûr l’argent que nous avons déjà mentionné à plusieurs reprises :

« Si j’ai des comprimés, je les bois pour voir ce qui se passe, si je n’ai rien, je cherche des feuilles traditionnelles que je fais bouillir et que je bois. Si j’ai de l’argent, je vais à l’hôpital [dispensaire] mais si je n’en ai pas, je n’y vais pas parce qu’il faut payer quelque chose. Je me rends aussi chez le guérisseur, quand je suis malade. Mais si je n’ai plus d’argent, j’arrête de me soigner, que ce soit traditionnel ou moderne. En ce moment, je suis malade, je suis allée à la case de santé, au dispensaire, voir le médecin à Oussouye qui m’a fait des analyses et des ordonnances, j’ai été à Ziguinchor et j’étais toujours malade. Finalement, je vais chez le guérisseur régulièrement et je prends des remèdes traditionnels » (entretien, Mlomp).

L’argent est d’ailleurs un problème crucial lorsqu’il s’agit d’une consultation, d’un déplacement ou d’une hospitalisation, d’où la mobilisation importante des proches et de la famille dans les soins.

- *Mobilité du malade et mobilisation des proches*

Certains récits révèlent des mobilités du malade parfois très importantes. Chaque type de recours peut amener un déplacement : à partir du dispensaire de Mlomp, on peut être transféré vers les hôpitaux d’Oussouye ou de Ziguinchor ; on peut aussi se rendre à Dakar ou à Banjul (capitale de la Gambie). Même le recours aux soins traditionnel peut être un motif de migration, par exemple pour aller consulter un guérisseur. Plus le nombre d’institutions ou de personnes sollicitées est grand, plus la mobilité risque d’être importante. Cet homme est déplacé quatre fois durant sa maladie :

« Mon petit frère était malade depuis le bois sacré lors du *bukut* [cérémonie de circoncision-initiation]. À ce moment-là, il disait qu’il avait des maux de poitrine. Des fois, il se couchait 3 journées successives. À notre sortie, il a quitté le village aussitôt pour aller voir son docteur à Richard Toll [au nord du Sénégal] là où il travaillait. On lui a dit qu’il avait le cancer du foie. Entre temps, ça n’a pas marché du tout. On m’en informe et je m’y rends. Deux jours après mon arrivée, il est transféré sur Dakar à l’hôpital où il a fait 3 mois sans succès. Finalement, on l’a libéré car ils savaient que c’était foutu.

Je l'ai amené dans le département de Bignona [même région que Mlomp mais en haute Casamance] où j'ai fait une semaine puis je me suis rendu compte que ça ne valait pas la peine. J'ai décidé de revenir. Le soir où nous sommes arrivés, il est mort » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans les déplacements, le réseau familial est généralement engagé, il peut être sollicité ou à l'origine d'une décision. Un tel part chez son fils qui habite en ville, une telle chez son frère qui la prend en charge parce qu'il est infirmier. Dans la plupart des cas, la famille et les proches soutiennent et prennent en charge le malade en dehors du système de santé (Adam et Herzlich, 1994). Le rôle de la famille joue beaucoup dans la solidarité économique et sociale, même si, dans les relations entre ses membres selon le sexe, l'âge, la génération, la situation économique, les formes d'entraide sont plus complexes qu'elles n'y paraissent (Attané, 2003). Malgré tout, une personne meurt rarement seule. Dans la mesure du possible, elle mourra d'ailleurs chez elle.

## **4. Arrêt et absence de recours**

### **4.1. Mourir chez soi**

Le recours aux infrastructures sanitaires peut en effet être interrompu en fin de vie parce qu'il n'est plus utile, et pour que le malade puisse mourir chez lui. Lorsque le malade lui-même ou ses proches comprennent que la mort est inéluctable, il est le plus souvent ramené dans son village natal pour y mourir<sup>12</sup>. Dans certains cas, il continue de suivre ses traitements traditionnels ou allopathiques, plus dans l'objectif d'apaiser ses souffrances que de guérir. Même si la personne n'a pas été suivie durant sa maladie parce qu'elle est en migration ou s'est installée ailleurs, dans la mesure du possible, elle reviendra au village pour mourir. Un grand nombre d'histoires se terminent en effet par un retour au domicile avant le décès :

« Mon père était malade depuis 1997 (...). Je l'amenais au dispensaire et même à l'hôpital, mais il n'y a presque pas eu d'amélioration (...). J'ai été obligé de l'amener à Oussouye où il a été hospitalisé durant 5 mois. En fin de compte, je savais qu'il n'allait pas se remettre. Je le ramène à la maison alors Dieu a écouté ses prières et mis fin à ses souffrances en l'appelant » (autopsie verbale, Mlomp).

### **4.2. Les individus qui constituent un poids pour leur entourage**

- *La mort des « vieux »*

Dans certaines situations, le malade n'est pas du tout, ou peu, soigné. C'est principalement le cas des personnes âgées qui meurent parce qu'elles sont vieilles même si elles pourraient être soignées. Leur mort est dans l'ordre naturel des choses. En effet, les personnes âgées ont accepté l'idée de mourir (ou leur proches l'ont accepté pour elles) à la différence des adultes plus jeunes qui essaieront de lutter contre (Herzlich, 1969). Dans les récits rapportés par les proches, on retrouve d'ailleurs souvent l'idée que le ou la défunte souhaitait mourir. C'est le cas lorsque ces personnes ne se sentent plus d'aucune utilité pour le groupe familial ou social ou lorsqu'elles se perçoivent et sont perçues comme une charge de travail et de fatigue supplémentaire pour les proches. Beaucoup de personnes âgées se laissent ainsi mourir en refusant tout traitement et en arrêtant de s'alimenter comme dans le récit suivant :

---

<sup>12</sup> Sauf dans le cas des femmes mariées qui resteront dans la maison de leur mari, même si celui-ci est décédé. Si la femme est divorcée ou qu'elle n'a pas de bonnes relations avec sa belle-famille, elle rentre chez ses parents. Le contexte familial est donc décisif dans la prise en charge des femmes malades.



« Ma mère est morte de vieillesse. Elle devait partir, d'ailleurs c'est ce qu'elle souhaitait, lors de son *palu* pour ne pas nous fatiguer. En effet, elle a eu une semaine de fièvre et de maux de tête. Je peux dire que c'est cela la cause du décès, à part la plaie qui se trouvait au niveau de sa cheville qui était très infectée » (autopsie verbale, Mlomp).

- *Les malades chroniques et les personnes handicapées*

Outre la vieillesse, certaines personnes sont malades ou handicapées depuis plusieurs années et elles ne reçoivent pas de traitement. Cette femme âgée de 55 ans était malade depuis dix ans et ne se soignait plus depuis longtemps :

« Ma mère est malade depuis plus de 10 ans, si bien qu'elle a quitté la maison de mon père pour rester chez son frère. Elle avait mal partout. Surtout les maux de côtes et de poitrine. Les premières années, elle se rendait au dispensaire mais plus après. Des fois, ça allait et d'autres, elle se couchait carrément. Il y a 2 ans elle est revenue chez sa sœur. À la veille du *bukut*, vers 16h elle est morte toute seule dans sa chambre alors que les gens étaient à la fête. Or, elle n'était pas plus souffrante que d'habitude, du moins n'en avait pas donné l'impression » (autopsie verbale, Mlomp).

Cet enfant était atteint de mongolisme d'après la répondante, les « gens » ont conseillé à la famille de ne pas le soigner. Ce peut être pour l'interviewé une manière de déculpabiliser sa famille, mais la société - ou certains de ces membres - est ici montrée comme approbatrice de l'absence de recours aux soins :

« L'enfant de mon grand-frère avait le mongolisme depuis sa naissance. Il tombait rarement malade. Mais cette année il a eu un gros *palu*. Ça a débuté par une fièvre très forte accompagnée de maux de tête et de vomissements. Une diarrhée a suivi durant 2 jours. Comme c'était une personne anormale, les gens nous ont conseillés de ne pas s'occuper de lui sinon quand il va mourir, il reviendra pour fatiguer ses parents. Au bout de 5 jours, il est mort » (autopsie verbale, Mlomp).

Les déficiences organiques ou mentales peuvent avoir selon l'entourage une origine magique ou maléfique qui a des conséquences sur la manière dont l'enfant ou la personne est soignée. Les individus considérés comme incurables constituent une charge pour leur entourage à la fois au niveau moral mais aussi pratique puisque les traitements médicaux coûtent chers et posent un problème crucial quand il s'agit d'une maladie longue ou chronique.

## 5. Conclusion

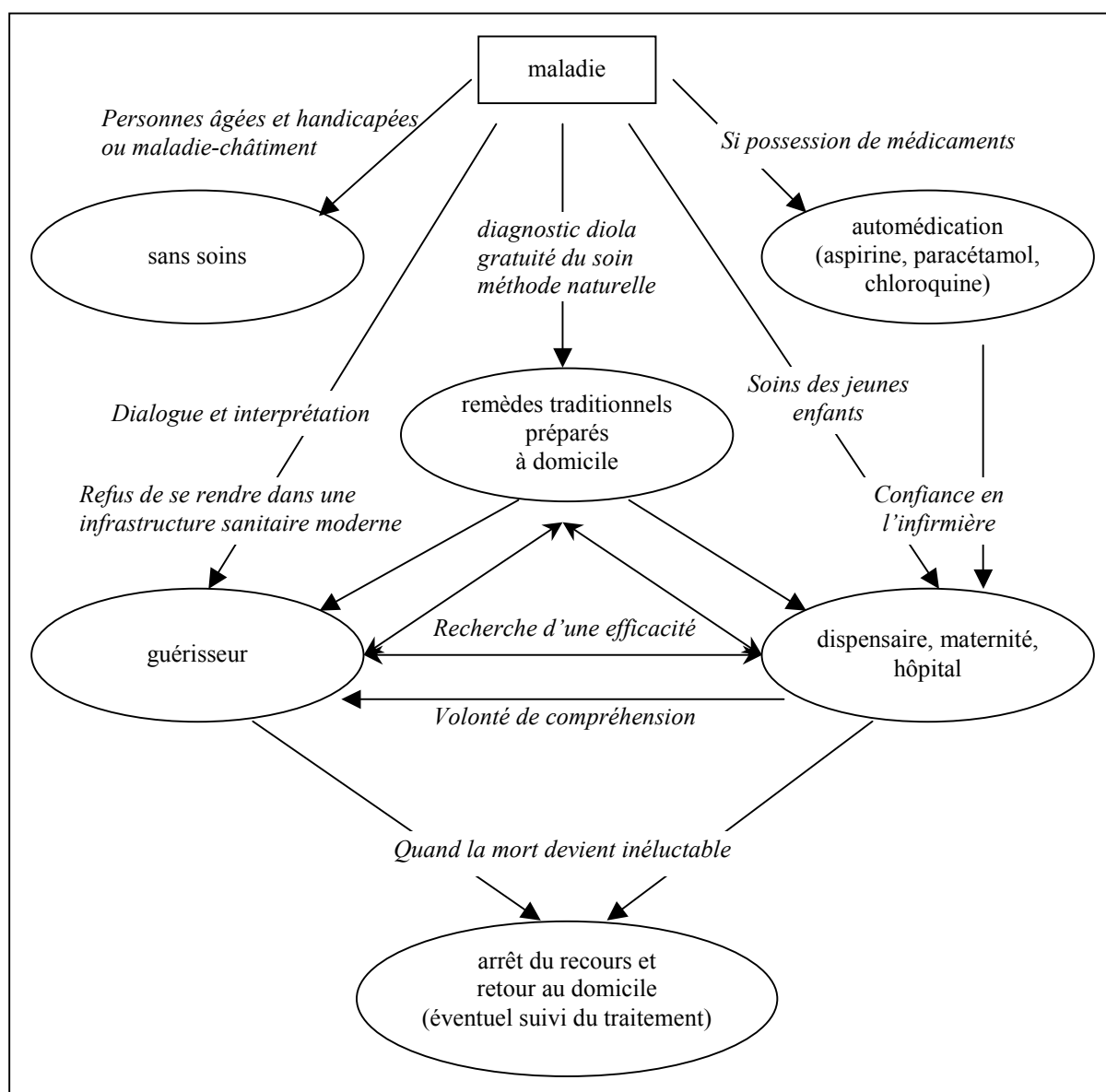
Les comportements de soins sont donc très variés : automédication, remèdes préparés à domicile, recours à la médecine allopathique ou traditionnelle, absence de recours. Nous avons identifié différents facteurs qui régissent les stratégies adoptées par les individus ou leurs proches. Ces comportements relèvent de choix mais aussi très souvent de contraintes.

Bien que la source soit biaisée par le fait que nous travaillons sur des histoires de maladie dont l'issue finale est le décès, l'analyse qualitative que nous avons présentée ici permet d'étudier les multiples facettes du recours aux soins. Elle ne suffit pas pour autant puisque certaines clés de compréhension ont été apportées par des entretiens et des informations sur la position sociale, économique et familiale du malade, essentielle dans la façon dont il se soignera ou sera soigné.

Le schéma 1 présente les différents types de parcours thérapeutiques que nous avons pu

identifier. La médecine allopathique est particulièrement sollicitée dans les problèmes de santé des nouveau-nés et des jeunes enfants. À l’opposé, les personnes âgées, celles considérées comme des vieillards qui ont perdu leur capacité physique ou psychique, ne sont pas soignées, leur mort étant « naturelle ». Dans les intermédiaires, il existe une complexité du recours aux soins qui dépend des symptômes qui se manifestent mais également de la relation que l’on entretient avec les deux types de médecine, de l’argent difficile à trouver pour payer une consultation et des médicaments, ainsi que des prises de décision au sein de l’entourage. La situation sociale et familiale de l’individu malade est essentielle pour comprendre pourquoi une maladie peut révéler autre chose qu’un dysfonctionnement de l’organisme. Ainsi, les modes de recours aux soins sont différents selon la maladie, le malade, son entourage et peuvent aussi varier dans le temps.

Schéma 1. Types de parcours thérapeutiques



Source : Mlomp, autopsies verbales 2002 et entretiens 2003.

## Bibliographie

- ADAM Philippe, HERZLICH Claudine. 1994. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan (Collection « 128 »), 128 p.
- ATTANÉ Anne. 2003. « Cérémonies familiales et mutations des rapports sociaux de sexe, d'âge et de génération. Ouahigouya et sa région, Burkina Faso ». Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, Marseille : École des hautes études en sciences sociales (EHESS).
- BONNET Doris. 1988. *Corps biologique. Corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*. Paris : Orstom, 138 p.
- BONNET Doris. 1990. « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso », in FASSIN Didier, JAFFRÉ Yannick (coord.) *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses, p. 243-258.
- DIALLO Yveline. 2003. « Pauvreté et maladie » in JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala, p. 157-216.
- DIATTA Christian-Sina. 1996. « L'esprit et la force dans la culture jola », in *Peuples du Sénégal*, Saint-Maur : Sépia, p. 11-38.
- DUTHÉ Géraldine. 2006. « La transition sanitaire en milieu rural sénégalais. Évolution de la mortalité à Mlomp depuis 1985 et influence du paludisme chimiorésistant ». Thèse de doctorat de démographie, Paris : Muséum national d'histoire naturelle.
- FASSIN Didier. 1987. « Rituels villageois, rituels urbains », *L'Homme*, 104, 27(4), p. 54-75.
- FASSIN Didier. 1990. « Maladie et médecines », in FASSIN Didier, JAFFRÉ Yannick (coord.) *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses, p. 38-49.
- FASSIN Didier. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : Puf (« Les champs de la santé »), 359 p.
- GUILLAUME Agnès, REY Sylvie. 1988. « Mortalité par diarrhée : quels recours thérapeutiques ? », *Les annales de l'IFORD*, 1, p. 89-101.
- HÉRAUD Marion. 2003. « Une approche anthropologique du diabète à Bamako, Mali : suivi du régime alimentaire, itinéraires thérapeutiques et relations soignant-soigné », Mémoire de DES Coopération et développement, Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
- HERZLICH CLaudine. 1969. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : EHESS, 210 p.
- JAFFRÉ Yannick. 1990. « Comprendre. Les mots du malades », in FASSIN Didier, JAFFRÉ Yannick (coord.) *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses, p. 126-133.
- JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.) 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala, 462 p.
- JOURNET Odile. 1994. « Demain, les femmes ? », in BARBIER-WIESSER François George (coord.) *Comprendre la Casamance. Chronique d'une intégration contrastée*. Paris : Karthala, p. 337-350.
- KONAN Bla Claire, HANE Fatoumata, DELAUNAY Karin, KADJO Modestine, NDIOR Marie-Adama, VIDAL Laurent. 2005. « L'inégale prise en compte de l'autre (exemples de la tuberculose et de la prévention) », in VIDAL Laurent, FALL Abdou Salam, GADOU Dakouri (dir.) *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*. Paris, L'Harmattan, p 101-136.
- NDIAYE Salif, AYAD Mohamed, GAYE Aliou. 1997. *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*. Dakar : Ministère de l'économie et des finances, Direction de la statistique ; Calverton : Macro international Inc.

- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre. 1999a. « Les représentations des maladies : des modules ? », in JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.) *La construction sociale des maladies*. Paris : puf, p. 15-40.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre. 1999b. « Les entités nosologiques populaires internes : quelques logiques représentationnelles », in JAFFRÉ Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.) *La construction sociale des maladies*. Paris : puf, p. 71-87.
- PISON Gilles, LEFEBVRE Monique, ENEL Catherine, TRAPE Jean-François. 1990. « L'influence des changements sanitaires sur l'évolution de la mortalité. Le cas de Mlomp (Sénégal) depuis 50 ans », Dossier et recherches n°26, Paris : Ined.
- PISON Gilles, TRAPE Jean-François, LEFEBVRE Monique, ENEL Catherine. 1993. « Rapid decline in child mortality in a rural area of Senegal », *International Journal of Epidemiology*, 22(1), p. 72-80.
- PISON Gilles, GABADINHO Alexis, ÉNEL Catherine. 2001. « Niveaux et tendances démographiques 1985-1999 : Mlomp, Sénégal », Dossiers et recherches n°103, Paris : Ined.
- SOW Boubacar, NDIAYE Salif, GAYE Aliou, SYLLA Amadou H. 1999. *Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS) 1999*. Dakar, Ministère de la santé, Direction des études, de la recherche et de la formation.
- THOMAS Louis-Vincent. 1959. « Les Diola. Essai d'analyse fonctionnelle sur une population de Basse-Casamance », Dakar : IFAN, 500 p.
- THOMAS Louis-Vincent. 1965. « L'animisme, religion caduque. Étude qualitative et quantitative sur les opinions et la pratique religieuse en Basse Casamance. Pays Diola », *Bulletin de l'IFAN*, 27B(1-2).
- THOMAS Louis-Vincent. 1994. « Les Diola d'antan. À propos des Diola "traditionnels" de Basse-Casamance », in BARBIER-WIESSER François George (coord.) *Comprendre la Casamance. Chronique d'une intégration contrastée*. Paris : Karthala, p. 71-95.
- TRINCAZ Jacqueline. 1981. *Colonisation et religions en Afrique noire. L'exemple de Ziguinchor*. Paris : L'Harmattan, 357 p.