
De l'anthropologie de la maladie à la socio-anthropologie de la santé

INAS - Rabat

4 octobre 2006

Marc-Eric Gruénais

Anthropologue

Directeur de recherche à
l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
Unité de Recherche
"Acteurs et systèmes de santé en Afrique"



Institut de recherche
pour le développement

-
1. Questions de terminologie
 2. Les conceptions populaires : dynamique des représentations
 3. La diversité des recours thérapeutiques

Questions de recherche

4. Personnels de santé et usagers
 5. Politiques de santé
-

1. Questions de terminologie

Anthropologie de la maladie vs Anthropologie médicale

- **Anthropologie de la maladie :**
 - Un questionnement autonome
 - Une analyse centrée sur les savoirs populaires et leur cohérence (représentations)
 - **Anthropologie médicale**
 - Liée à la demande médicale
 - Appliquée
-

1. Questions de terminologie

Anthropologie/ Socio-anthropologie de la santé

■ **Un questionnement**

- ❑ non limité aux conceptions et savoirs populaires sur les maladies
- ❑ S'intéressant à l'offre de soins dans les structures sanitaires
- ❑ Articulé aux questionnements de santé publique

■ **Des filiations**

- ❑ avec la *social anthropology* britannique (notamment celle de l'Ecole de Manchester)
 - ❑ Une démarche intégrant très largement les acquis de la sociologie (notamment Ecole de Chicago)
-

2. La dynamique des représentations traditionnelles

Une question récurrente des médecins aux anthropologues

- Il y a un lien entre conceptions et pratiques
 - Les conceptions populaires/traditionnelles sur la maladie sont fausses
 - Ces conceptions populaires induisent des pratiques néfastes à la santé
 - Comment combattre de telles conceptions ?
 - Appel à l'anthropologue « traducteur »/communicateur
-

2. La dynamique des représentations traditionnelles

Les réponses (décevantes) de l'anthropologue

- Les conceptions populaires ne s'inscrivent pas dans un « système » figé qui s'opposerait globalement à un savoir scientifique.
 - La traduction est impossible ; des pratiques médicales peuvent venir renforcer les conceptions populaires
 - L'intériorisation d'une bonne information n'est pas synonyme de changement de comportement
-

2. La dynamique des représentations traditionnelles

Dans les conceptions populaires

- Un symptôme
 - ne donne pas nécessairement lieu à des interprétations «sophistiquées»,
 - ni à une recherche systématique de sens (causalité) dans l'univers du monde invisible.
 - ni nécessairement à des interprétations uniques,
 - Certaines pathologies sont plus ou moins sujettes à interprétation
 - Les conceptions populaires ne sont pas des représentations traditionnelles figées
-

2. La dynamique des représentations traditionnelles

- Les interprétations populaires se construisent et se reconstruisent dans les interactions entre patients et spécialistes de la maladie
 - Un acte médical, même bien posé, peut contribuer à renforcer les conceptions populaires de la maladie
 - Les personnels de santé peuvent conseiller leurs patients à s'orienter vers des recours non médicaux
 - Nécessité de dépasser une analyse qui oppose "tradition" et "modernité"
-

2. La dynamique des représentations traditionnelles

Une bonne information n'est pas synonyme de changement de comportement

- *Le Health belief model*
 - Critique de la théorie des choix rationnels
 - La hiérarchisation des risques (le coût social d'une décision)
 - Une logique du cumul et de non contradiction
-

3. La diversité des recours thérapeutiques

- **Coût**

- Les recours "traditionnels" ne sont pas moins onéreux que les recours médicaux

- **Accessibilité**

- Les recours "traditionnels" ne sont pas nécessairement plus accessibles que les recours médicaux

- **Statut des clients**

- Les individus de tous statuts s'adressent à tous les types de recours

- **Ordre des recours**

- Les étapes ne sont pas ordonnées *a priori*
- L'hôpital n'est pas nécessairement le premier ou le dernier recours

- La déficience des services de santé peut contribuer à orienter les patients vers des recours non médicaux

Questions de recherche

4. Personnels de santé et usagers

- Initialement, un intérêt initial quasi-exclusif pour les conceptions et pratiques populaires
 - Évolution vers une approche dynamique de ces conceptions populaires qui se développent en interactions avec les savoirs médicaux
 - Préoccupation grandissante relative aux interactions entre soignants et soignés
 - Des questionnements propos de « l'agenda » du patient face aux insuccès de la pratique médicale (sida)
 - L'anthropologie sociale est « entrée » dans les structures de soins et les systèmes de santé
-

L'agenda du patient

- Les savoirs populaires
 - Les manières de dire, le rapport au corps et à la souffrance
 - Le niveau socio-économique (lettrés et analphabètes ; riches et pauvres)
 - Les enjeux sociaux autour de la maladie et du recours aux soins
 - coût social de la décision
 - hiérarchisation des risques
 - Les stratégies individuelles
-

L'identité professionnelle des personnels de santé

- Diversité des statuts et des cultures professionnelles
 - Dévalorisation du statut donnant lieu à la recherche de stratégies de compensation (*coping strategies*)
 - Recherche de formation
 - Multiplication des emplois
 - Racket
 - Une désorganisation qui profite à certains (délicat rapport à la faute et à l'erreur)
 - Un faisceau d'injonctions contradictoires (les directives successives)
 - De mauvaises relations avec les usagers
-

Un exemple : le remplissage du partogramme

- Les raisons de son non utilisation :
 - Les femmes arrivent trop tard ; il n'est pas possible de commencer à remplir des papiers ;
 - Il existe des signes cliniques (par exemple, une conjonctive jaune qui est symptomatique d'une anémie) qui doit conduire ipso facto à une référence, donc il est alors inutile d'essayer de faire accoucher la femme.
- Un outil d'aide à la décision ?
 - problème de la zone d'incertitude que l'instrument technique ne règle pas. Faut-il ou non référer ? C'est alors le jugement personnel qui est requis.
- Le risque « d'évacuer pour rien »
 - l'évacuation va coûter cher à la famille (transport, nourriture...). Si l'accouchement se passe normalement, dans le taxi ou le bus... pas bon pour la réputation dans son lieu d'exercice.
 - évacuation dans une structure de soins où on ne saura pas s'il y aura quelqu'un de plus compétent que soi-même dans son lieu d'arrivée (gynécologue ou anesthésiste absent).
 - Risque de perte financière pour le personnel qui reçoit et avec d'incompétence si évacuation.

Dans ces conditions, ne pas remplir cet outil qui doit permettre une évaluation de la situation, et surtout ne pas signer est la solution la plus sûre.

Une anthropologie politique des programmes et systèmes de santé

- Les « projets de santé », sont des projets de développement, et à ce titre ont toute légitimité à être érigés comme objet d'une anthropologie du développement et du changement social
 - Deux types de « projets » santé :
 - Les programmes de lutte contre une pathologie
 - Les programmes visant à la réorganisation des systèmes de santé
-

Une anthropologie politique des programmes et systèmes de santé

- L'exemple d'un programme de lutte : les programmes de lutte contre le sida
 - Une confrontation Nord/Sud au début de la reconnaissance de l'épidémie en Afrique
 - La mise en place d'un programme vertical au sein d'une administration
 - Des changements de paradigme : de la prévention à la médicalisation
 - Des effets sur le système de santé dans son ensemble ?
-

Une anthropologie politique des programmes et systèmes de santé

- Les programmes visant à la réorganisation des systèmes de santé, l'exemple des «cartes sanitaires»
 - Décentralisation
 - Au niveau local, les liens entre rationalité sanitaire et rationalité politique
 - Les confrontations entre les logiques de différents types d'acteur (public/privé/confessionnel)
-