

ANTHROPOLOGIE ET CARDIOLOGIE À NIAMEY (NIGER)

Par Y. JAFFRÉ (1) & I. MOUSSA HAMA (2) (3)

Anthropology and cardiology in Niamey (Niger).

Summary: *The study concern the folk interpretation of heart disease and describe the meaning of these sickness and illness in zarma ethnic group. This work shows many dissonances between health personnel and patients. In many ways these lacks of understanding are prejudiciable. It incites patients to use popular health system and doesn't permit the patient to understand his disease and his treatment. The study emphasize fact of studying and paying attention closely to popular meaning and interpretation systems. Medical team have to take care of patient's representation. In short, chronic heart disease obliges to include anthropologic data in medical care activity.*

Résumé : *L'article porte sur les interprétations populaires des affections cardio-vasculaires en milieu zarma (Niger). Quatre termes ordonnent les conceptions des patients et influent sur leur accès aux services de santé et l'observance du traitement. L'étude démontre les dissonances entre les conceptions des soignants et des malades. Ces différences sont préjudiciables de plusieurs manières : elles favorisent l'utilisation de systèmes de soins profanes peu efficaces et parfois nocifs; elles ne permettent pas au malade de comprendre sa maladie et sa prise en charge quotidienne. L'étude souligne l'importance de tenir compte de ces données anthropologiques pour améliorer la qualité des soins proposés aux malades.*

INTRODUCTION

Globalement, la mortalité due aux seules maladies cardio-vasculaires dans les années 1980 représentait 48 % des décès dans les pays développés et 16 % dans les pays en voie de développement (18). De manière plus spécifique, en Afrique subsaharienne, l'hypertension artérielle (HTA) représente 50 % des maladies cardio-vasculaires. Parmi celles-ci, 36 % à 44 % bénéficient d'une hospitalisation dans des services de médecine interne (16).

Au Niger, au cours de l'année 1993, le service de médecine interne-cardiologie, a assuré 813 hospitalisations, dont 26 % étaient des maladies cardio-vasculaires. La mortalité totale était de 113 cas, dont 22 % dus à ces pathologies cardio-vasculaires. Les rechutes nécessitant une nouvelle hospitalisation représentent, quant à elles, 15 % de l'ensemble des pathologies cardio-vasculaires présentées. Globalement, de

1987 à 1992, les HTA ont constitué 32,5 % des hospitalisations de ce même service, et 37,9 % de l'ensemble des affections cardio-vasculaires (8).

Dans ce service, améliorer la qualité des soins implique donc de connaître les raisons des conduites des populations. Plus globalement, ces quelques données, concernant notamment le traitement des pathologies chroniques, incitent à s'interroger sur la question de l'observance des traitements par les patients.

La question de l'observance des traitements

Malgré leur apparente simplicité, la prise d'un médicament ou le suivi d'un traitement sont des opérations complexes ayant des implications sanitaires. Une étude menée en France sur un échantillon de 243 malades souligne ces difficultés (14) : 15 % seulement des malades suivent à la lettre les prescriptions médicamenteuses, du moins pour ce qui concerne les traitements prolongés. Beaucoup de patients (65 % environ) abandonnent tout ou partie du traitement. D'autres pratiquent aussi nombreux (63 %) ajoutent des médicaments extérieurs. Quelques-uns rejettent, retranchent et ajoutent à leur guise...

(1) Unité de recherche en anthropologie de la santé, École nationale de médecine et de pharmacie, BP 2528, Bamako, Mali.

(2) Faculté des sciences de la santé, Niamey, Niger, Bénéficiaire d'une bourse ACCT/l'hôpital comme lieu de parole.

(3) Manuscrit n° 1714. "Anthropologie médicale". Accepté le 3 avril 1996.

L'ensemble de ces questions, est le plus fréquemment subsumé sous les termes de « compliance » ou « d'observance » (18). L'observance est le degré avec lequel le malade suit les conseils médicaux et prend les médicaments tels qu'ils sont prescrits.

Bien que fort simple, cette définition révèle cependant une certaine représentation du malade dont témoigne l'étymologie (3). L'observance, terme ecclésiastique créé au XIV^e siècle, désigne la manière dont la règle est observée par une communauté religieuse. Depuis quelques années, les médecins ont adopté ce terme pour qualifier la ponctualité avec laquelle un malade prend ses médicaments aux doses et pendant la durée prescrite. Ce mot savant, inconnu du public, établit ainsi une filiation directe de langage entre l'antique discipline des moines et la docilité moderne des malades. Il prend bien ses médicaments : « bonne observance ». Il « oublie » de les prendre : mauvais sujet !

De fait, et bien que s'appliquant à diverses pathologies, la plupart de ces études sont orientées par cette conception implicite (9) :

« Much of the work about non-compliance, suggesting that patients are too ignorant to understand medical instructions or that forget large proportions of what they are told, is misplaced. (...) The term « compliance » is itself an interesting one. To comply is to obey, submit, defer or accede to instructions. Much of the work looking at compliance (or not compliance) carries the implication that patients should comply; indeed that they have little option but to do so, and that in an ideal world, non-compliance will not occur ».

Plus spécifiquement, de nombreuses publications ont décrit quelques facteurs susceptibles d'affecter profondément l'observance. Ils incluent les divers éléments constituant l'interaction médicale : la maladie, le malade, le prescripteur, le médicament (14) :

« Il est indiscutable que la qualité de l'observance médicamenteuse est très certainement fonction du symptôme ressenti par le malade et de la connaissance qu'il a de sa maladie et de sa gravité éventuelle. (...) Plus le symptôme est intense, ou plus la maladie est réputée comme étant grave, plus l'observance médicamenteuse sera satisfaisante. De toutes façons, la complexité de l'ordonnance, le caractère incommode de certaines formes d'administrations interviennent comme des raisons assez souvent indiquées pour expliquer ou justifier la non-observance médicamenteuse. (...) D'une façon plus générale, nous sommes frappés par le fait que l'attitude et le comportement du médecin tiennent une part assez déterminante dans la qualité de l'observance thérapeutique de son patient ».

Ainsi la qualité du rapport entre patient et soignant (11, 12), l'accueil du malade (15), l'art du médecin pour susciter les questions des clients (20), son empathie ou son habileté à communiquer une information (1) peuvent influencer sur le suivi des traitements. Enfin certains travaux incriminent « l'ignorance » ou « le manque de mémoire » des patients (22).

D'un autre point de vue, des travaux s'attachent à comprendre les attitudes « actives » et « réfléchies » des conduites des malades. Ils soulignent ainsi les raisons qui peuvent conduire des patients à « négocier avec » leur prescripteur notamment pour ce qui concerne la prise de médicaments (7) :

« The different levels of non-compliance indicate that these patients were thinking about their drug-taking. It was not just a matter of obeying the instructions or not: they experimented with dosage and timing. The most common reason given for not taking the drugs or dosage prescribed was the fear of side effect. (...) A quarter of all patients said they were afraid that they would become dependent on drug, or that their bodies would become accustomed to drugs which would eventually lose their effectiveness ».

C'est rendre ainsi leur complexité aux conduites des malades et les décrire comme des compromis entre diverses contraintes et points de vue (9) :

« In fact, rates of non-compliance are high because patients do not perceive compliance to be an issue. The advice from doctors has to compete with other advice and perceptions before patients decide from themselves what to do about their treatments ».

D'autre part, le traitement médical est parfois l'objet d'une « évaluation » par le malade (9) :

« Patients carried out cost-benefit analyses in theory and many put them into practice. Some would decide that the risks outweighed the benefits of drugs so clearly that they would not even try the medications disposing of scripts or made-up drugs ».

Enfin cette analyse — « coût social/bénéfice médical du traitement » — ne peut se faire qu'en fonction des valeurs sociales du groupe d'appartenance du malade. Elle engage donc l'ensemble des significations sociales qu'un patient peut conférer à sa pathologie (9, 23) :

« Patients complied with medical advice when it made sense to them and seemed effective ».

L'ensemble de l'interprétation populaire de la maladie peut ainsi largement inférer sur les « choix » et conduites des patients. Cette hypothèse est proposée par diverses études, concernant notamment des pathologies chroniques (13) :

« Pertinent to this tendency to view phenomena in terms of oppositions such as good versus evil and natural versus unnatural is the belief that everything has its opposite. This is expressed in health terms by proverbs stating that for every birth there is death, every illness has its cure, every poison an antidote, every herb a healing purpose. This belief is largely responsible for the lack of acceptance of the chronicity of some diseases; most informants feel that the illness are curable. If every illness has its cure, then what one must do is find it: a new medicine, another treatment, a different doctor, faith healing perhaps — and the search is on ».

De manière pragmatique, le problème de l'observance du traitement engage la multiplicité des recours

supposés soigner une pathologie. Ainsi la compliance est d'autant plus faible qu'il existe, parallèlement aux soins biomédicaux, des « soignants populaires » crédibles aux yeux des populations et des malades (21).

« (...) plusieurs obstacles qui vont venir renforcer les motifs de non-observance des traitements prolongés, dont on sait qu'ils sont nombreux. L'obstacle financier prévisible va conduire les patients à la recherche de traitements radicaux. Une fois le traitement traditionnel mené à terme, le risque de rechute est écarté puisque la maladie a été extirpée; l'idée même de suivi au long cours en est ainsi contrariée par le caractère préventif du traitement traditionnel ».

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Deux principales variables : les représentations de la maladie, les pratiques populaires de soins liées à des situations sociales semblant déterminantes, nous avons questionné sur ces thèmes 50 patients zarma hospitalisés dans le service de cardiologie du CHU de Niamey. Ensuite, dans trois villages, et dans la capitale Niamey, nous avons élucidé les interprétations et pratiques recueillies, en sollicitant les commentaires de divers groupes, choisis de manière raisonnée (hommes/femmes, vieux/jeunes, spécialistes/néophytes, etc.). Enfin, les soins effectués se référant souvent à des « spécialistes » locaux — herboristes, barbiers, marabouts — nous avons rencontré ceux que nous désignaient nos interlocuteurs. L'ensemble de ces entretiens, réalisé en langue zarma, a été enregistré, transcrit et traduit *in extenso*.

RÉSULTATS

Les représentations des affections cardiovasculaires en milieu zarma

Quatre termes vernaculaires et un emprunt au lexique médical ordonnent le vocabulaire utilisé par les malades pour décrire leur état. Un mot, *bine pati* (lit. cœur coupé) désigne diverses perturbations du rythme cardiaque. Il s'applique essentiellement aux modifications du rythme liées à l'angoisse et à l'anxiété. Un couple de synonymes, *bine lutu* (cœur fermé) (*), *bine daabu* (cœur bouché), englobe des pathologies ayant pour caractéristique essentielle une sensation d'essoufflement.

(*) Ce terme est ainsi défini par BISILLIAT (doc. non daté : 9) :

Le *binlutey* est une maladie qui amène la chaleur (...) et provoque de ce fait un retour du sang vers le cœur. Le sang et ce liquide (provenant de la cervelle) s'amassent autour du cœur et se mélangent pour former une mousse. Cette situation provoque l'étouffement, l'évanouissement et même des troubles de la conscience. (...) Le traitement est en deux temps. Un premier médicament est chargé de faire disparaître la mousse et il provoque l'expulsion de la maladie par vomissements et par défécation (diarrhées). Lorsque toute la mousse est évacuée, un peu de sang non corrompu commence à apparaître dans les vomissements. Le malade retrouve la santé.

Bine lutu, c'est lorsque tu ne peux plus respirer. Ce sont les poumons (kufu) qui prennent de l'air. Ensuite cet air passe à travers une corde (korfo) reliée au cœur. Si la corde est bouchée, c'est ce qui empêche la respiration (femme, village de FK).

Un autre terme *bine doori* (cœur douleur), s'applique à des pathologies dont le trait distinctif est la douleur :

Le bine doori, ce sont des douleurs ressenties à l'endroit du cœur, comme si on le piquait (gooru). Lorsque on a cette maladie, on ne doit pas manger de piment ni boire de boule fermentée (doonu mooro) (chef village de K).

Enfin, la notion de « tension » apparaît comme effet du discours médical. Sa définition oscille entre symptôme et pathologie à part entière : non ressentie, mais découverte lors de consultations, cette « nouvelle maladie » ne fait que commencer à exister sur un plan social :

La tension c'est une maladie étrangère (doori yaw). Nous ne la connaissons pas. C'est aux infirmiers de dire ce qu'elle est. Nous avons entendu dire que si la personne grossit (naasu) au point de ne plus pouvoir se lever, elle risque cette maladie (chef village de KT).

A la différence des pathologies précédemment évoquées, cette entité ne correspond pas à des symptômes précis. De ce fait, sa représentation est avant tout constituée en référence à divers « messages » d'éducation pour la santé mêlés à des interprétations locales.

La « tension » c'est quand quelqu'un a trop de sang et de ce fait la personne grossit excessivement (ni ba kala ni bisa, littéral : tu es trop au point d'avoir dépassé). Tu es tellement gros au point où la graisse enveloppe ton cœur. C'est pourquoi il y a des cas où la personne a l'air d'être bien portante et meure d'un seul coup (homme, village de K).

En fait, les patients s'approprient le signifiant « tension », mais modifient sa définition scientifique. Ce terme intègre ainsi différentes interprétations, alliant la notion usuelle de « tension » mécanique à celle d'un éventuel risque de « rupture » d'un organe, ou d'un principe vital susceptible d'entraîner la mort.

Une femme qui a de la tension a mangé un plat contenant du sel sans le savoir. Elle était en train de dire qu'il y a du sel lorsqu'elle est tombée. C'était la tension. Elle est décédée à l'hôpital (femme, village de K).

Physiologie et étiologie populaires

Ces conceptions profanes de la maladie reposent sur la conjugaison de diverses représentations physiologiques concernant principalement le cœur, le souffle et le sang. Ainsi, la vitesse, la quantité et la couleur de ce dernier élément (en langue zarma : *kuri*) sont censés déterminer des états de santé ou de maladie.

Quand le sang n'est pas bon, cela peut causer toutes sortes de maladies, car si le sang se transforme (barmay), le cœur devient malade (chef du village de K).

Selon nos interlocuteurs, la quantité de sang peut varier d'une personne à une autre. Cela dépend de

