

PRATIQUES DE SOINS PREVENTIFS A COTONOU : USAGES SOCIAUX, ACTEURS ET LOGIQUES

Fabrice Vidaley TEKOU

*Université d'Abomey-Calavi (Bénin) - Laboratoire d'Analyse des
Dynamiques sociales et du développement
fatekby2002@yahoo.fr*

Résumé

Cette étude de terrain décrit et analyse les usages sociaux en matière de soins préventifs au sein des ménages urbains dans la ville de Cotonou au Bénin, interroge les demandeurs et les acteurs de soins préventifs par rapport aux enjeux qui expliquent le choix des divers moyens prophylactiques qu'ils acceptent ou refusent d'adopter dans la protection sanitaire. Les données proviennent d'une étude longitudinale réalisée au profit de l'ONG à base communautaire Nouvelles Stratégies de Participation au Développement (ONG NOSPAD-Bénin), de Septembre 2015 à Décembre 2020, et pour laquelle la ville de Cotonou a servi de cadre physique. Par une approche ethnographique, l'étude a révélé deux logiques sociales sous-jacentes aux soins préventifs : l'évitement des maladies et la protection du mal. Des ressources traditionnelles de soins, aux médicaments chimiques y compris de rue, en passant par certaines dispositions spirituelles, tout est question de logiques sociales dans les pratiques de soins préventifs. Les représentations contextuelles favorisent une indifférence manifeste des ménages vis-à-vis des mesures d'hygiène, d'assainissement et de contrôle périodique de santé de plus en plus perçues comme une affaire de noblesse. Les pratiques de soins préventifs impliquent aussi des lieux de quête de soins préventifs à géométrie variable, des moyens et démarches prophylactiques variés au sein des ménages. Les difficultés observées dans les pratiques de soins préventifs sont relatives aux modes de vie, et au non-respect des mesures prévues par le Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base (PNHAB).

Mots clés : *soins préventifs, usages sociaux, acteurs, logiques sociales.*

Abstract

This field study describes and analyses the social uses of preventive care in urban households in the city of Cotonou, Benin, and questions the seekers and actors of preventive care in relation to the issues that explain the choice of various prophylactic means that they accept or refuse to adopt in health protection. The data come from a longitudinal study carried out for the community-based NGO Nouvelles Stratégies de Participation au Développement (NOSPAD-Benin), from September 2015 to December 2020, and for which the city of Cotonou served as the physical setting. Through an ethnographic approach, the study revealed two social logics underlying preventive care: the avoidance of disease and the protection from harm. From traditional care resources to chemical drugs, including street drugs, to certain spiritual dispositions, it is all about representational logics in preventive care practices. Contextual representations foster a clear indifference of households towards hygiene, sanitation and periodic health checks, which are increasingly perceived as a matter of nobility. Preventive care

practices also imply variable geometry of preventive care-seeking places, means and prophylactic approaches within households. The difficulties observed in preventive care practices are related to lifestyles and the failure to comply with the measures provided for in the National Basic Hygiene and Sanitation Programme (PNHAB).

Key words: preventive care, social uses, actors, social logics.

Introduction

La culture de la prévention sanitaire est reconnue et acceptée dans toutes les sociétés humaines comme une valeur en rapport avec l'éthique collective. En dépit de la grande diversité des formes ou variantes socio-culturelles, elle vise la protection de soi par une multitude d'actes de soins (Saillant, 1997). En tant que protection de soi, la prévention à but sanitaire est d'une part une responsabilité individuelle en termes de connaissances, d'attitudes, de comportements et de participation dans la santé collective et d'autre part, une responsabilité sociale de l'Etat, des collectivités locales, des groupes sociaux, de l'école, du système de production, des services de santé (Fassin, 1992). Le maintien de la santé engage donc à la fois, les précautions et moyens individuels de protection de soi face à la "menace" que constitue la maladie, ainsi que l'action publique destinée à la prise en charge d'une multitude de facteurs de risques conduisant à la maladie.

L'expérience quotidienne révèle nombre de carences dans la démarche prophylactique tant au niveau individuel que structurel, notamment en ce qui concerne les pays francophones au Sud du Sahara. Par la promotion des « médicaments essentiels », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ouvert la voie à des solutions publiques d'usage en termes de changement de perspectives politiques (Whyte et *al.*, 2002) et de (re)définition de la gestion publique des risques en matière de santé et de maladie. Les conséquences de cette situation historique n'ont pas exclu le développement des marchés parallèle de vente de médicaments, et autres consommables médicaux, échappant à tous circuits de contrôle mis en place à cet effet. De plus, en encourageant la prévention du paludisme gestationnel par un Traitement Préventif Intermittent (TPI), l'OMS a contribué à asseoir d'une certaine façon, l'usage des médicaments qui sont donnés plusieurs fois au cours de la

grossesse (Briand, 2008). On assiste par effet amplificateur à diverses manipulations à l'échelle sociale. Il s'observe dans les usages à Cotonou, des combinaisons de médicaments et ou d'aliments (le miel, des épices dont les principaux sont ail, l'oignon, le gingembre, la peau, les graines, les jus de fruit tel que l'orange, la papaye, l'ananas et le citron). D'autres ressources d'origine exogène y sont également mêlées dans une *dynamiques syncrétiques* (Jaffré et de Sardan, 1995) dont le but essentiel est la conservation de soi.

Cependant, il ne s'agit pas de n'importe quelle combinaison, ni d'un quelconque sauve-qui-peut. De fait, dans une société à univers multiple marquée par l'invisible comme le Bénin, les pratiques de soins préventifs au niveau individuel, obéissent à des repères normatifs indiqués par diverses valeurs culturelles (Jaffré *et al*, 1999 : 60). Si un besoin réel ou suscité de consommation des produits manufacturés peut s'avérer imposant, une telle consommation est aussi conditionnée par la prise en compte des aspects sociaux et économiques. Les initiatives prises pour prévenir la maladie partent toujours des représentations sociales. Ainsi, les représentations sociales (Massé, 1995 : 14), qu'elles soient en accord ou en contradiction avec le modèle d'explication biomédical, doivent être utilisées comme point focal (Kpatchavi, 2000) dans la compréhension des usages sociaux en matière de soins préventifs. Dès lors, les usages sociaux liés à différentes options prophylactiques varient en fonction de logiques représentationnelles, de références cognitives propres aux individus, d'expériences et de capacités matérielles et financières des ménages urbains de Cotonou.

Dans une perspective socio-anthropologique, cette étude ambitionne analyser le cheminement habituel des soins préventifs et de conservation de soi au sein des ménages à travers toute une série de questions. Par rapport à quels enjeux le choix d'un moyen de prévention ou d'un autre est-il considéré comme adéquat ou à modifier pour répondre à un besoin spécifique ? Où va-t-on chercher les moyens nécessaires au maintien de la santé ? S'occupe-t-on soi-même de la préparation et du traitement ou les dédie-t-on à un tiers ? Et que fait-on face aux facteurs de risques non couverts par les moyens prophylactiques appliqués ? En définitif, que recèle prévenir la maladie

à Cotonou ? Pour répondre à ces diverses interrogations, les différents usages sociaux en matière de soins préventifs à Cotonou seront décrits, les demandeurs et les acteurs de soins identifiés ; les logiques qui expliquent le choix des divers moyens prophylactiques utilisés dans la protection de soi analysées.

2. synopsis de la démarche méthodologique

La recherche a été effectuée entre septembre 2015 et décembre 2020 à Cotonou en République du Bénin. La ville de Cotonou, par son caractère cosmopolite, s'est remarquablement prêtée à cette recherche, car c'est la seule ville du Bénin qui regroupe presque toutes les catégories socioculturelles du pays, et constitue de ce fait, un espace d'interaction où des emprunts s'opèrent autour des pratiques et ressources de soins préventifs par partage d'expériences. C'est là que le cadre de vie joue effectivement un rôle essentiel pour le bien-être.

Après une analyse biographique rigoureusement menées, la recherche est conduite sur la base des méthodes ethnographiques, méthodes qui caractérisent la sociologie empirique et l'anthropologie. A travers elles, il est recherché des informations descriptives et explicatives. Pour ce faire, des entretiens individuels et semi-directifs ont été réalisés auprès des ménages urbains identifiés et retenus dans le cadre de cette étude sur la base d'une technique d'échantillonnage par choix raisonné. Les critères à la base s'énoncent comme suit : l'utilisation des moyens prophylactique sur une période de référence délimitée au trimestre précédent la phase de terrain de notre investigation, le consentement éclairé du chef de ménage ou de son représentant, et le fait d'avoir sa résidence dans la ville de Cotonou et les membres de son ménage sur place. Les autres enquêtés sont constitués des vendeurs de ressources traditionnelles de soins, des usagers-clients desdits vendeurs interrogés sur les marchés de santé de la ville et des professionnels de santé en exercice à Cotonou. Au total, 84 personnes ont formé l'échantillon. Les données recueillies ont subi un traitement manuel et l'analyse de contenu.

3. contexte socio-sanitaire et pratiques érigées en mode de vie à Cotonou

Dans les quartiers du dixième arrondissement de Cotonou concernés par ce travail (Védoko, Midédji, Missogbé, Yénawa, Missèkplé, Gbénonkpo), beaucoup de problèmes récurrents susceptibles de constituer des facteurs de risques majeurs touchent le cadre de vie. Au nombre de ceux-ci, figurent l'inondation et les poches de stagnation d'eau (notamment, en période de pluie aussi bien dans les maisons que dans les rues et vons). Dans ces quartiers, en plus du caractère dysfonctionnel des infrastructures publiques d'assainissement de base, la situation des logements de bon nombre de citoyens est telle que leurs habitations sont quasiment installées au cœur des bas-fonds. On y rencontre des caniveaux sans entretien régulier, d'où l'eau reste permanemment dégoulinante du fait de certaines pratiques observées dans l'usage qu'en font les ménages : lieux de tous dépôts, puisards pour certains et water-closets pour d'autres. A proximité des habitations existent encore des "dépotoirs sauvages" où sont quotidiennement déversées, ordures et matières fécales. L'inondation étant le premier problème de la ville de Cotonou, ces déchets cheminent avec les eaux de ruissellement pour pénétrer les habitations, après avoir traversé les flaques d'eaux remarquablement fréquentes un peu partout en période pluvieuse.

Dans les ménages où vivent des animaux domestiques et familiers, il n'y a souvent pas de mesures particulières d'hygiène, ni un quelconque contrôle vétérinaire régulier ou saisonnier. Or, ces animaux sont dans l'intimité de la famille et peuvent transmettre des zoonoses plus ou moins sévères (l'ornithose, la psittacose, maladie des griffes du chat) et constituer notamment par leur poids, des allergènes cutanées ou respiratoires. Il est une réalité que les ménages urbains de Cotonou ne se préoccupent guère de ces questions. D'abord, parce que la plupart n'ont pas l'information et la formation nécessaires sur les sources de risques d'altération sanitaire. Ensuite, ceux qui semblent en savoir un peu ne mettent pas leurs membres dans la dynamique de protection sanitaire par l'observance constante des règles dédiées à cet effet. Par ailleurs, une rationalité économique sans égard spécial pour l'équilibre sanitaire est l'apanage du plus grand nombre. Dans certains cas, les

ressources disponibles couvrant à peine tous les besoins, la dépendance "socio-économique" prime sur celle "biologique" de sorte que la priorité est du côté non pas du contrôle des risques sanitaires mais de l'investissement de soi en vue d'un mieux-être économique. La situation économique des ménages dans les quartiers de Cotonou étant assez hétérogène, plutôt le mode de vie que les moyens financiers constituent l'obstacle pour d'autres (certes, une minorité).

D'une manière générale, les ménages urbains restent une couche sociale vulnérable en raison de l'environnement socio-sanitaire généralement plus hostile dans lequel ils vivent à Cotonou, et qui participe à leur moins bon état sanitaire. En outre, l'hygiène au sein des ménages ne prend pas la même signification. Son importance est visiblement toute aussi relative. On observe une négligence de l'assainissement du cadre domestique de vie qui se manifeste dans sa phase la plus spectaculaire, par une ceinture de dépotoir sauvage autour des habitations, l'état déliquescents des conduits d'eaux usées, les pratiques de vidange manuel des fosses, l'ensevelissement des ordures sur les concessions, l'entassement des ordures dans des coins de concessions, l'usage commun des latrines traditionnelles avec un large voisinage, l'excréta humain, souvent après le "besoin" des enfants laissé çà et là à l'air libre. Toutes choses qui justifient l'évidence des maladies courantes évitables telles que le paludisme, la diarrhée, la diphtérie, certaines dermatoses, les crises de vomissement et de maux de ventre. Ce contexte montre bien que les maladies courantes proviennent des contextes de vie des ménages et évoluent progressivement, de façon symptomatique vers l'altération de la santé de leurs membres.

4. causes des affections et choix des comportements préventifs au sein des ménages

Dans le contexte social du Bénin, la situation sanitaire est perçue et jugée normale en absence de maladies ou de signes physiques ou cliniques d'affection. L'intérêt de prendre certaines dispositions essentielles au maintien d'un équilibre sanitaire convoité n'est pas socialement relié aux causes objectives des maladies, qu'elles soient courantes, connues ou non. Autrement dit, au sein des ménages urbains, on ne part pas de ce qui cause telle ou telle autre maladie en

vue de chercher comment anticiper convenablement, mais plutôt d'une interprétation des premiers symptômes pour opter pour une démarche prophylactique de niveau primaire, secondaire ou tertiaire. Aussi, le comportement préventif consiste le plus souvent à mettre en valeur une connaissance pharmaceutique, ou une recette phyto-thérapeutique dans l'espoir de se maintenir, se protéger ou satisfaire à une préoccupation spécifique de santé. Le tout se joue sur l'information dont dispose le chef de ménage ou un de ses membres influents (son épouse, son aîné, un oncle ou une tante ayant des relations privilégiées avec le ménage). Ainsi, sur la base d'informations détenues sous formes de connaissances applicables se réalisent les soins préventifs dans la plupart des cas. Ce qu'il convient d'appeler "auto-prévention" prend la forme d'une simple médication auto-conduite dans le but d'anticiper sur de probables maladies. En suivant la ligne d'analyse de Laurent Chilliot, il importe de signaler que le caractère préventif ou curatif assigné à un traitement dépend moins du médicament employé que du contexte dans lequel celui-ci s'emploie, ce qui explique les doubles emplois (Chilliot, 2003).

En développant des conduites peu recommandées, sans mesures agissantes sur les facteurs de risque au sein des ménages, les ménages privilégient ou considèrent beaucoup plus la prévention par rapport aux remèdes et non pas sous l'angle de la limitation des germes responsables des diverses affections. Ainsi, les ménages urbains à Cotonou sont confrontés à d'innombrables problèmes d'hygiène et d'assainissement domestique dont le retard dans la vidange des fosses (parfois à cause de la lenteur des opérations de cotisation par lesquelles est mobilisé le montant moyen de 50 000FCFA en milieu urbain à payer au service des vidanges), le manque de précautions dans la manipulation et la consommation des aliments, suivi de certaines attitudes tendant à exposer des aliments en voie de consommation au dépôts de plomb ainsi qu'à d'autres substances toxiques.

Le parallélisme observé au sein des ménages urbains entre l'importance accordée aux remèdes de soins préventifs et le manque d'intérêt pour la prise en compte des risques contrôlables manifeste une certaine représentation de la santé et de la maladie. Le contenu de l'acte de soins préventifs en explique les fondements, les lieux où se déroulent

parfois certains soins, les ressources qui entrent en composition ainsi que d'autres dispositions particulières révélatrices du sens de la protection et des soins préventifs auxquels adhère la majorité des ménages à Cotonou.

5. Soins préventifs : logiques et usages sociaux

Le besoin d'une santé saine par voie préventive est un moyen de continuer à vivre, déjà que se soigner surtout lorsqu'on est pauvre dans un pays pauvre n'est pas une expérience des moindres (Didier Fassin ; 1992 : 160). Dans cet ordre d'idée, les ménages qui mesurent le coût de la santé, le prix de la maladie, déduisent finalement que la réparation en matière de santé et de maladie coûte plus chère que les soins préventifs. Ils adoptent différents comportements en fonction de diverses représentations de la santé et de la maladie. On ne saurait alors comprendre les attitudes et comportements reliés à la santé et à la maladie, sans recourir à l'univers normatif des individus ou groupes d'individus concernés, car les préoccupations autour de la santé et de la maladie renvoient à un système de représentations, de perceptions, de savoirs et à des dimensions cognitives.

Dans le cadre de cette recherche, lorsqu'on essaye d'aborder les usages en vogue au sein des ménages en matière de soins préventifs, on se confronte effectivement à un système de valeurs, avec des construits sociaux. Lesquelles valeurs s'expriment via les mots et les images. Déjà, à Cotonou, les ménages *fon*, *mahi*, *aïzo*, *goun*, *wémènu*, *tori*, *toffin* sont majoritaire et partagent avec les ménages *adja*, *mina*, *xwla*, *sabouè*, *ouatchi*, *houéda*, *popo*, une conception similaire des soins préventifs. Ces groupes socio-culturels observent une différence entre "soins préventifs" et "protection de soi" tout comme les *fon* dominant sépare le « *aman* » du « *amansi* » avec des dérivés comme « *amangbé* », « *amanwato* », « *amanhoué* » pour le premier et pour le second : « *amasindidà* », « *zènèmèmasin* », « *woulemasin* » ou « *masinlile* ».

Il faut dire que les savoirs et savoir-faire de ces groupes varient d'avec ceux des ménages *yoruba*, *holli*, *nago*, *ifé*, *idaasha*, *tchabè*. Toutefois, il y a une dynamique de "faire-savoir" à l'œuvre qui facilite les emprunts, notamment sur les lieux d'approvisionnement de certaines ressources

et ou de contact avec d'autres dépositaires de savoir-faire. Les connaissances proviennent même parfois des ressortissants du Nord Bénin ou carrément des résidents de nationalité étrangère.

5.1. L'évitement de la maladie comme motif de soins

Lorsqu'ils s'organisent autour de l'idée de prévenir la maladie ou d'empêcher que l'état de santé des membres du ménage se détériore, les soins préventifs se réalisent généralement de façon autonome, autour de l'existence d'un savoir-faire qui prend la forme d'un corpus de connaissances, de croyances, et de symboles organisés selon une logique interne. Ainsi, sans tenir compte des différences ethniques, dans la ville de Cotonou, les ménages se tournent vers les plantes sur la base d'un soupçon, souvent sans précision sur la situation sanitaire organique réelle. L'usage des plantes est rarement pratiqué avec une régularité constante et une assurance de non latence d'autres problèmes de santé. Bien des fois, on note une confusion dans la composition des feuilles, au niveau dosage et de la durée des soins.

Dans divers contextes culturels du Bénin, la "tisane" constitue le résultat d'un savoir-faire fondé sur la connaissance des vertus à la fois préventives et curatives des plantes et autres ressources. Fort de cette considération, on s'abonne en toute confiance à cette "pharmacie traditionnelle" au sein des ménages, sans prescription, quand on veut, selon les connaissances d'un tiers fondées soit sur une expérience personnelle, soit une expérience indirecte. Un chef de ménage pratiquant de soins préventifs par la phytothérapie a déclaré à ce sujet ce qui suit : « l'assurance que j'ai lorsque j'utilise une tisane, n'est pas la même lorsque c'est un produit bio-médical, parce que j'ignore ce que c'est un comprimé alors que la tisane, je la prépare en fonction de ma connaissance des feuilles qui sont dans la nature ». Dans le même sillage, un autre interlocuteur a réagi en ces termes : « c'est par nos tisanes que nos arrières grands-parents (« *vitikliviboun* ») s'étaient gardés à l'abri de toutes maladies jusqu'à atteindre deux cents ans pour les plus robustes et la centaine d'années pour la plupart. C'est pourquoi, les autres médicaments, je ne m'en serre que par contrainte et jamais par simple volonté de prévenir la maladie ». Cependant, il est vérifié que tous les ménages n'y vont pas même si plus de 69% des chefs de ménages enquêtés soit 30 chef de ménages sur les 43 y vont pour eux-

mêmes ainsi que pour les membres dont ils ont la charge, notamment, les enfants, les personnes âgées et les grabataires.

La tisane reste donc privilégiée dans nombre de ménages comme moyen favori de prévention. Elle prend la valeur d'une conduite sociale qui confirme une propension collective de conservation de la santé centrée sur des valeurs culturelles traditionnellement établies. Le comportement des ménages en milieu urbain en rapport avec la santé préventive s'apparente à une fenêtre ouverte sur la culture. Ici la culture prend le sens d'une tradition, puis cette tradition se renouvelle avec des emprunts et des pertes. Puisque les "médicaments de rue" restent toujours accessibles, il se pratique en milieu urbains des combinaisons de nature à associer la tisane en guise d'eau pour accompagner de ces "comprimés" acquis sur demande ou par l'exposition de symptômes en vue d'une proposition informelle à valeur prescriptive. Comme l'a si bien exprimé une vendeuse de "médicament de rue" : « *Eux-mêmes savent que je connais les produits que je vends. C'est ce qui fait qu'ils me croient ; ça marche plus vite que la tisane et des fois quand on les prend avec la tisane aussi* ». Tous les ménages enquêtés ont recours sur la période de référence (soit les trois derniers mois) à ces médicaments en vue d'anticiper sur divers risques d'altération sanitaire pressentis : malaise chronique, fatigue, anémie, difficulté des selles et urines, aide-tonifiant, maux de tête, maux de reins, courbatures, début de toux, de rhume, de grippe, de plaie buccale, d'inconfort intestinal. D'autres préfèrent les produits multi-actions tels que « *forever* », « *thiens* » qui, selon ces derniers, jouent à la fois un rôle préventif, mais également un rôle curatif en cas de maladie avérée.

Il faut signaler que seulement 12% des ménages enquêtés se trouvent pour moyens préventifs tout ce qui permet d'agir sur le mode de vie et le comportement en plus de la phytothérapie. Ils mettent en œuvre dans leur cadre de vie des règles dont ils approuvent le résultat par la preuve en termes de bien-être des membres de leurs ménages respectifs. Les chefs de ces ménages sont pour la plupart instruits.

5.2. *la protection du mal comme logique de soins préventifs*

Parmi les différents moyens de protections sanitaires en usage au sein des ménages, figurent la prière, le recours à la divination (*fi*) et ses procédés parents tels que le « *vikikan* », le « *abowékikan* », le « *legbakikan* », les cérémonies cultuelles auto-administrées ou non. Et ceci, parce qu'au sein des ménages urbains, il existe l'idée selon laquelle l'équilibre physiologique est souvent rompu avec le concours d'une incursion du mystique dans l'existence quotidienne, ce que d'aucun appelle « la mentalité sorcelleresque ». Pour comprendre cette dynamique de prévention, il faut se référer à la vision de la vie et du cosmos en Afrique. En effet, la « vie » prend la valeur du « sacrée » et la sacralité de la vie s'explique par le fait qu'elle vient d'« un ailleurs ». Elle est alors atemporelle et transhistorique. Les rites initiatique de la naissance à la mort, qu'ils soient ethniques, tribales ou religieuses sont l'expression de cette sacralité de la vie. Et donc, on ne peut et ne doit laisser détruire le sacré sous n'importe quel prétexte, mais on est culturellement tenu de le protéger. Protéger la vie des entités constituées en esprit malveillant par l'assistance des esprits bienveillants. Ce qui signifie qu'il existe des esprits ambigus ou mauvais, ennemis du bien de l'homme y compris par rapport à l'équilibre sanitaire. Dans cette logique basée sur le réel de l'irrationnel, les soins préventifs consistent en une défense contre les forces de mal (leurs essais d'attaques).

Dans le contexte multiculturel du Bénin, la protection de ce type incombait non pas à l'individu, mais à toute la communauté dans laquelle il vit. A Cotonou, ce n'est plus tout à fait cela. C'est l'individu qui tente par lui-même, en son nom propre, et quelquefois au nom de certains des membres de son ménage, de se mettre en harmonie avec tant le monde visible qui l'entoure que le monde invisible. Ce n'est qu'ainsi qu'il se garantit la protection contre les valences négatives de source mystique. C'est du moins ce qui ressort des propos recueillis auprès de ce chef de ménage qui déclare : « il arrive que je sorte pour veiller sur moi et je le fais faire aux miens pour ceux qui acceptent de comprendre que tout n'est pas une affaire de médicaments et de tisanes. On doit être sur ses gardes face aux envoûtements et autres menaces, car ils se montrent bien souvent partiellement réparables, mais affectent profondément (« *ndé non dje do fo men nu* ») tout de même, une fois qu'on se laisse touché ».

Le mal comme logique s'appréhende aussi socialement comme la conséquence de la jalousie, de la vengeance, de la violence morale, des conflits et menaces ouvertes. Ainsi, le mal ici désigne ce qui détruit la vie toute entière ou en partie. Le recours exercé est la rencontre des "spécialistes" du monde invisible: prêtres-vodoun, médium, sorcier, ou les intercesseurs chrétiens : pasteurs, prêtres-exorcistes et groupes organisé de prière. Ce recours préventif se comporte comme une prise en charge holistique de soi par la mise en inertie des diverses sortes de maléfices structurées ou non, susceptible d'entraîner des maladies, des difficultés professionnelles, source de souffrance au travail, ou encore des difficultés conjugales qui génèrent des conséquences nuisibles à l'intégrité physique, psychique et morale.

5.3. lieux, acteurs, usages et limites

Les marchés de santé les plus fréquentés à Cotonou se divisent en trois grands groupes. Le premier groupe identifié est celui des vendeurs des ingrédients naturels (qu'on cueille, triture, et mélange selon un savoir-faire ou un rituel). Ces ingrédients se divisent en plusieurs groupes, appelés « règnes » : le végétal, l'animal et le minéral. Les plantes constituent un ingrédient essentiel de l'auto-prévention. Elles sont mélangées à d'autres matières (animales ou minérales) pour former des remèdes qui sont appliqués plusieurs fois par jour et souvent jusqu'à perte d'efficacité substantielle. Le second groupe est constitué par les relais ambulants de médicaments (de rue) depuis que « *Ajégúnlè* » et ses implantations analogues au cœur des quartiers ont été délogés par les forces de l'ordre. Ce marché désormais claquemuré n'obéit pas aux exigences d'officines telles que la présentation d'une ordonnance prescrite, le pré-affichage de prix non négociables et autres. Du coup, il reste important et d'accès facile aux moyens de soins, sans pour autant inquiéter les usagers-clients pour ce qui est de la qualité, l'efficacité ainsi que de probables récidives ; en témoigne cette déclaration d'un usager-client : « *moi, je continue d'acheter une bonne partie de mes médicaments sur les étalages de la place. D'autres viennent comme moi s'approvisionner en mixagrippede, doliprane, eferagant, gripwater, nospcapine, maloxine, ranferon, bactrim, fansidar, vermoz, chloro, para, nivaquine, quinine, amoxi, vermoz, ibu, flagyl, fer-foldine* ».

Le dernier groupe concerne les lieux de prise en charge spirituelle qui se présentent comme un marché à géométrie variable. Dans le cadre de cette recherche, les chefs de ménage sont les principaux acteurs à qui incombe d'abord et avant tout la responsabilité des soins de leurs membres. Ainsi dans le but de prémunir leur propre santé et celle de leurs membres de la survenue d'une probable altération de la santé, ils recourent à divers moyens à leur portée pour agir sur les facteurs de risques, et contrôler ce faisant, tous vecteurs d'agents pathogènes. Au cours de nos recherches, notre principal interlocuteur est le chef de ménage ou son représentant. Le représentant se trouve souvent être l'épouse ou tout autre membre actif au sein des ménages urbains établis à Cotonou excepté les ménages avec pour chef, une femme. Sur la période de référence, ces acteurs déclarent avoir tous eu recours aux moyens prophylactiques de soins en s'approvisionnant diversement sur les marchés de santé et différents lieux de vente des produits thérapeutiques.

Les usages sont fonction, non pas des acteurs de soins, mais des marchés de santé qu'ils choisissent de fréquenter à un moment ou à un autre, car la fréquentation dépend des représentations et pressentiments qui guident la trajectoire des acteurs de soins. Dans la logique d'une prévention par agissement sur le mode de vie et le comportement, il est noté trois types d'actions accomplies par une minorité :

- a- Les efforts quotidiens de pratiques hygiéniques au sein des ménages ;
- b- l'assainissement du milieu domestique ;
- c- le contrôle périodique de santé des membres des ménages.

Ces pratiques ne sont pas partagées par le plus grand nombre qui trouve les moyens de prévention dans le rapport au corps, notamment par la prise de tisane. Des feuilles, peau de fruits séchés et écorces sont bouillies, des racines calcinées et réduit en poudre, des essences inhalées, des extraits de certaines substances utilisés en application oculaire. De même, la trituration, l'écrasement et le mélange d'autres ressources permettent d'obtenir des produits finaux sous diverses formes : savons, sirops, pâtes, boissons, crèmes, parfums, tisane et tisanière, bains préparés et d'autres combinatoires. La tisane est prise tiède, froide selon des modalités reliées au type de recette, notamment

en termes de nombre de prises journalières et du temps de renouvellement.

Pour échapper complètement à la ruine de la corporéité physique et des structures psycho-spirituelles, presque tous les enquêtés optent pour une spiritualité cosmo-théandrique qui les met en relation avec eux-mêmes, avec le monde invisible, et avec la nature cosmique. C'est donc sur la base des croyances que se mènent ces expériences en lien avec le sacré. Mais il convient de signaler la logique du « *bô* » comme un système d'attaque et de défense qui apparaît dans certains types de protection. C'est le cas de la protection contre les accidents, l'empoisonnement, le « *tchakatou* », le « *soxwixwé* », le « *nudonyonukon* », le « *azondida* », le « *sukpa* », le « *képe* » et les autres formes d'envoûtements directs ou indirects. Ce qui explique la préférence observée pour les constantes culturelles comme les incantations, les infusions de feuilles, les sacrifices d'animaux ou des offrandes. Ici, il faut remarquer que les demandeurs de soins deviennent des pôles passifs selon les rites et les modes d'administration.

Après l'exposé des différents usages enregistrés dans le cadre de ce travail, il y a des limites sommairement révélées par nos investigations. La plupart des ménages ignorent la valeur des activités sportives en matière de prévention sanitaire, surtout en raison du système des taximotos. De plus, ils rencontrent des difficultés dans la prévention de certaines maladies dont le paludisme. A ce niveau, le principal obstacle est l'utilisation limitée de la moustiquaire imprégnée à la chambre à coucher, lieu de dernier retranchement après une longue exposition dans les autres espaces de vie domestique. Le temps d'exposition aux moustiques étant relativement plus long dans ces espaces que celui passé en zone protégée, il revient malheureusement qu'aucun soin régulier n'est envisagé dans le sens de l'assainissement domestique dans la plupart des ménages urbains de Cotonou.

Par ailleurs, les structures en charge de la santé publique manquent de communication à la base sur les mesures d'hygiène et d'assainissement tel que prévu dans le Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base (PNHAB). Or, il n'y a de promotion de la santé que par l'éducation pour la santé. Une éducation qui doit être

comme l'a souligné Fassin et *al.* (1992) pluridisciplinaire et multisectorielle. Pluridisciplinaire, car on ne peut négliger aucun des facteurs qui influent sur la santé. Multisectorielle, parce que pour ne prendre que l'exemple de la santé publique, aucune action ne sera efficace si elle n'est pas concertée entre tous les intervenants possibles; du médecin à l'instituteur en passant par le maire ou le député. Dans une campagne de santé publique, ils doivent tous avoir un langage commun même si l'expression est différente pour que l'œuvre éducative soit effective et qu'aucun doute dans l'esprit du public ne la remette en question.

Le rapport sur *La politique de santé pour tous dans la région africaine* (Agenda 2020 de l'OMS) impose comme impératif pour chaque pays africain en termes d'une vision de développement sanitaire à l'horizon 2020, de vaincre les maladies liées à l'ignorance, à la pauvreté, et à l'exclusion par voie de prévention médicale. Il expose l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) par pays avec pour le Bénin, 43 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes. Ces données révèlent combien la question de la santé est préoccupante, urgente et doit susciter des actions au niveau des autorités politiques. Ici se vérifie l'assertion du chercheur René Dubos selon laquelle : « on ne reçoit pas la santé comme un fait génétique immuable, nous recevons à travers les gènes un potentiels biologique qui peut se développer plus ou moins bien ou mal, mais seulement par rapport à une multitude de facteurs que seul l'individu ne peut toujours maîtriser ».

Conclusion

L'analyse des usages sociaux en matière de soins préventifs révèle différentes logiques sous-jacentes à ceux-ci. A Cotonou, la situation est entourée d'un flou qui s'explique par l'interaction entre plusieurs groupes ethniques en présence avec des emprunts de savoir-faire, et des espaces de faire-savoir. Les acteurs de soins pour ce qui est de la prévention sanitaire ne disposent pas de mesures standards de protection, ni de moyens uniformes. Des ressources traditionnelles de soins aux médicaments chimiques (de rue) en passant par les dispositions spirituelles, tout repose sur les logiques sociales de l'évitement de la maladie ou de l'éloignement du mal. Et dans certains

cas, les deux sont mis en un. Cette situation favorise une indifférence collective vis-à-vis des mesures d'hygiène, d'assainissement et de contrôle périodique de santé de plus en plus perçues comme une affaire de noblesse, plus utile aux gens aisés qu'au reste.

Les problèmes qui amènent les actifs des ménages à devenir acteurs de soins préventifs sont de deux ordres. D'une part, le besoin de précaution en vue de garder les moyens économiques déjà limités à la disposition d'autres besoins vitaux. D'autre part, le besoin de conserver la santé et la nécessité de la protection contre le mal sous ses diverses formes d'expression. Dans l'un comme dans l'autre cas, il s'observe des inégalités devant la menace de la maladie au regard des moyens, des trajectoires, des ressources déployées et des résultats obtenus en terme de satisfaction. En tant que préoccupation de chaque chef de ménage, les soins préventifs finissent toujours par profiter à tous les membres du ménage, du fait que le chef de ménage assure le bien-être des autres membres, notamment les enfants, les personnes âgées et les grabataires. Dans une initiative plus dictée par le contexte socio-culturel que la simple volonté des demandeurs de soins, la protection contre le mal engage quant à elle l'individu avec ou sans l'appui de ses proches et ce, à cause de la différence des perceptions et des besoins manifestés par des ressentiments propres, des pressentiments, des révélations issues des consultations divinatoires ainsi que diverses exigences en termes de rituels et cérémonies proposés en conséquence.

Face à ces multiples manières de prévenir la maladie, un ensemble de facteurs de risques sanitaires reste visiblement inconsiderés dans une large majorité des ménages urbains à Cotonou, de sorte que beaucoup pensent y être sans que pleinement ils y soient. L'important rôle de l'Etat à travers les structures en charge de la santé publique se fait alors négativement remarquer. Premièrement, par un manque de communication à la base des mesures d'hygiène et d'assainissement tel que prévu dans le Programme National d'Hygiène et d'Assainissement de Base (PNHAB). Ainsi, le PNHAB qui devrait permettre stratégiquement d'orienter les populations vers la prise en charge progressive, efficace, surveillée et pérenne de leur santé a manqué à une telle mission. Cela explique en second lieu, l'état actuel de

méconnaissance et d'inapplication du code d'hygiène, jusqu'ici en peine de vulgarisation descendante au niveau des ménages urbains.

Références bibliographiques

Briand Valérie, (2008), *Traitement préventif intermittent (TPI) pour la lutte contre le paludisme au cours de la grossesse : effet sur la santé de la mère et de l'enfant au Bénin. Essai randomisé, ouvert, comparant sulfadoxine-pyriméthamine versus méfloquine en traitement intermittent*, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Thèse de doctorat Santé Publique, 198 p.

Bonnet Doris, (1999), « Les différents registres interprétatifs de la « maladie de Poiseau » », In : Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. (Eds), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, p. 305-320.

Chilliot Laurent, (2003), « Médicaments et prévention en milieu populaire Songhay-Zarma », In : Bonnet D., Jaffré Y. (Eds), *Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, p. 427-464.

Fassin Didier, (1992), *Pouvoir et Maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France, 359 p.

Hounwanou Rémy, (1997), *Le fâ, une géomancie divinatoire du golf du Bénin*, NEA, Lomé, 187p.

Hegba Meinrad, (1982), « Sorcellerie et maladie en Afrique noire », in *Téléma*, N°32, 4.

INSAE, (2003), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3)*.

INSAE, (2006), « Enquête Démographique et de Santé », in *Rapport spécial 2010 d'évaluation de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Bénin*, 197 p.

INSAE, (2011), *EMICoV-Suivi 2010, principaux indicateurs*, Cotonou, MCA Bénin, PNUD, UNICEF, 123 p.

Jaffre Yannick et Oliver de Sardan Jean-Pierre, (1995), « Tijiri, la naissance sociale d'une maladie », *Cahier des Sciences Humaines*, vol. 31, n°4, p. 774-795.

- Jaffre Yannick et Olivier de Sardan Jean-Pierre.** (Eds), (1999), *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, 374 p.
- Jaffre Yannick**, (2003), « Transmission, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest, une question anthropologique de santé publique », In : Bonnet D., Jaffré Y. (Eds), *Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, p. 485-506.
- Jaffre Yannick et al.**, (2003), *Représentations populaires Hausa et Songhay-Zarma de quelques maladies (entités nosologiques populaires)*. Etudes et Travaux N° 17, Niamey, LASDEL, Janv. 2003, 111 p.
- Kpatchavi Adolphe**, (1999), *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, Thèse de doctorat, département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne, 194 p.
- Kpatchavi Adolphe**, (2011), *Savoirs, maladies et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin*, Cotonou, Editions Ablodè/UAC, 355 p.
- Levy Joseph et al.**, (2007), « La chaîne du médicament : aspects socioculturels ». In : Levy J.J., Garnier Cathérine. (Eds), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 85-121.
- Massé Raymond**, (1995), *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 499 p.
- Ministère de la santé publique**, (2006), *Annuaire des statistiques sanitaires*, République du Bénin.
- Ministère de la Santé Publique**, (2003), *Programme National d'hygiène et d'assainissement de base (PNHAB)*, Cotonou, République du Bénin, 86 p.
- Ministère de la santé**, (2007), *Plan National de Développement Sanitaire (2007-2016)*, Direction de la programmation et de la prospective, Cotonou, République du Bénin, 103 p.
- Ministère de la Santé**, (2010), *Guide d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'Hygiène et d'Assainissement Communal*, Cotonou, République du Bénin, 99 p.
- OMS**, (2006), *Rapport sur la santé dans la région africaine*, 170 p.
- OMS**, (2007), *Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement : identifier les obstacles et y apporter des réponses. Etude de cas en République Démocratique du Congo*, 56 p.

Saillant Francine, (1997) *Prévention*, Québec, Les presses de l'Université de Laval, 230 p.

Whyte Reynolds Susan et al., (2002), *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, 193 p.