

## SESSION 4-2

### « Sciences sociales appliquées »

Thursday, September 12<sup>th</sup>

Room : D113 à 16h30

#### Ida Bost

**Town** : Draveil, France

**Job Title** : doctorante en Ethnologie

**Company** : No indicated

**Title of the presentation** : « Herboristes et pharmaciens à Paris. Jeux et enjeux depuis 1803. »

#### **Abstract** :

Un projet de Loi visant à rétablir le diplôme d'herboriste est actuellement en discussion au Sénat. L'objectif du sénateur Jean-Luc Fichet, porteur de ce projet, est de lutter contre le charlatanisme tout en répondant à l'aspiration d'une population de plus en plus attirée par des systèmes de soin dits « alternatifs ». Car l'herboristerie a été reconnue pendant 138 ans : légalisée par la loi de Germinal an XI (11 avril 1803), le diplôme fut supprimé par la loi du 11 septembre 1941 sous le régime de Vichy. Le cas de l'herboristerie parisienne a été très peu étudié. Il éclaire pourtant les conséquences d'une loi qui a instauré des acteurs du soin sans établir de réelle réflexion sur le monopole pharmaceutique. Cette étude a été réalisée dans le cadre de ma thèse au département d'Ethnologie de l'Université Paris-Ouest Nanterre la Défense. Elle s'appuie sur une recherche bibliographique approfondie ainsi que sur une analyse inédite de listes d'herboristeries établies par la préfecture de police (1805-1860) et des dossiers des aspirants herboristes de la Faculté Supérieure de Pharmacie de Paris entre 1803 et 1941 (lettres, actes de naissances et de mariages, autorisations maritales, etc.). Comme l'écrit M.D. Campion [Campion, 2003], la loi de Germinal an XI, qui institue le diplôme, n'affronte pas la question du monopole pharmaceutique : elle ne le définit pas, ni ne définit la notion de « médicament ». C'est vraisemblablement pour cette raison que l'examen ne portait que sur des connaissances de botaniques (reconnaissance de plantes et dessication) et non médicales, et qu'il n'a jamais été instauré de formation universitaire en herboristerie. Les aspirants étaient libres de se former dans des cours privés ou mis en place par les syndicats d'herboristerie (conscients des lacunes que soulevaient cette absence de formation), dans des ouvrages ou par la transmission d'un savoir familiale. L'herboristerie a attiré une large population, dépassant en nombre les pharmaciens (en 1836, Paris comptait 346 herboristeries pour 272 pharmacies). Issus des milieux populaires (ouvriers, journaliers, petits artisans), les diplômés étaient majoritairement des femmes. Grâce aux lettres qu'elles ont écrites à la Faculté, il apparaît qu'un certain nombre d'entre elles se trouvaient dans des

situations les obligeant à prendre en charge l'économie familiale : parents décédés, mari mort ou prisonnier de guerre, fille-mère. L'herboristerie apparaît peu fréquemment comme un premier choix professionnel (les diplômés ont en moyenne 30 ans) mais plutôt comme un métier de reconversion ou de complément économique : beaucoup sont sages-femmes, mais aussi épicier, bandagiste, droguiste. L'absence de formation obligatoire, permettant ainsi aux étudiants de passer le diplôme tout en ayant une activité professionnelle, a sûrement encouragé l'utilisation de l'herboristerie comme activité de complément. Des pratiques hybrides (épicier-herboriste, parfumeur-herboriste, etc.) se sont alors développées, dénoncées par les opposants à l'herboristerie comme un manque de professionnalisme. Loin d'être anecdotique, le cas de l'herboristerie nous permet donc d'anticiper les difficultés que soulèvent la mise en place de professionnels de santé en témoignant des enjeux légaux, économiques et sociaux qui s'y jouent. Mots-Clés: herboriste, monopole pharmaceutique, Santé Publique, Légalisation, Paris

## **Fatima Zohra CHERAK**

**Town** : Brest, France

**Job Title** : Post-Doctorante

**Company** : No indicated

**Title of the presentation** : « La rouqya comme pratique thérapeutique dans un milieu urbain français, algérien et égyptien ? »

### **Abstract** :

Proposition de communication dans le cadre du Colloque international : « Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires : concepts, méthodes et interventions » du 11 au 13 septembre 2013 à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense. Thématique n° 2 : Dynamiques urbaines et santé. Titre de la communication : La rouqya comme pratique thérapeutique dans un milieu urbain français, algérien et égyptien ? Question traitée : Comment la rouqya, une nouvelle conception et pratique s'inscrivant dans une démarche thérapeutique islamique, s'implante dans des milieux urbains en France, en Algérie et en Egypte ? Méthodologie : Mes enquêtes de terrain, dans le cadre d'une thèse en anthropologie, concernent la comparaison de trois pays (France, Algérie, Egypte) en s'appuyant sur l'observation, l'observation participante, les entretiens, les prises de photos, et de vidéos. J'ai interrogé des malades (maladies physiques et psychiques), leurs familles, des râqis (exorcistes utilisant le Coran), des professionnels de la santé (des médecins, des psychiatres et psychologues), des prêtres et des cheikhs, des journalistes. J'ai collecté des journaux, de la littérature, des supports audiovisuels, et j'ai effectué des recherches sur internet. Résultats : La rouqya que l'on peut traduire par exorcisme, incluant parfois un volet de la médecine dite du prophète, voit sa vulgarisation dans des milieux urbains depuis les années 1990. En France, elle est observée à

Marseille et à Paris, en Algérie (Oran et sa région), et en Egypte (Le Caire, Mansoura). L'état de santé de la population dépend de plusieurs déterminants de la santé, le facteur social a aussi une place prépondérante. Les acteurs de la rouqya sont les praticiens utilisant le Coran comme base thérapeutique, les malades et leurs familles qui les visitent suite à l'information qui circule à travers des réseaux de communication (littérature en vente dans des librairies islamiques, des supports audiovisuels, la télévision et internet). Les réseaux de sociabilité constituent aussi une référence importante dans la diffusion de cette pratique. Le recours à la pratique de la rouqya obéit à un discours sur l'interprétation des maux (référence théologique de l'islam) et leur éradication en recourant à une « tradition » thérapeutique, notamment la pratique des scarifications. La rouqya selon ses adeptes est une quête de la guérison en complément aux soins conventionnels ou parfois en concurrence avec ceux-ci. Le contexte urbain est un milieu de condensation démographique favorable pour la pratique de la rouqya. Celle-ci trouve une signification particulière en faisant appel aux traitements inspirés de l'islam dans ces villes observées. Certaines dérives de la pratique, notamment l'utilisation de la violence chez certains râqis, nous renseignent aussi sur les choix thérapeutiques des malades victimes d'inégalités de soins. Mors-clés : Rouqya, thérapies coraniques, France, Algérie, Egypte.

## **Euloge Makita-Ikouaya**

**Town** : Libreville, Gabon

**Job Title** : Enseignant

**Company** : ENEF/UOB

**Title of the presentation** : « Dynamiques démographiques et enjeux sanitaires à Libreville »

### **Abstract** :

Dynamiques démographiques et enjeux sanitaires à Libreville Makita-Ikouaya Euloge 1, Wali Wali Christian2 1. makita.euloge@voila.fr, Université Omar Bongo/ Ecole Nationale des Eaux et Forêts, Libreville 2. Université Omar Bongo, Libreville Résumé : Le phénomène d'urbanisation de la planète constitue de plus en plus une problématique démographique, géographique, sociale, culturelle et politique importante pour les Etats. Si à la fin du siècle dernier, on estimait que trois habitants sur quatre habitaient en milieu urbain, ce qui attire l'attention aujourd'hui c'est l'urbanisation extraordinairement rapide des pays en développement : deux tiers des citadins du monde seraient ressortissants des pays du Sud. Récent, brutal et massif (Salem, 1989), le phénomène est particulièrement marquant en Afrique noire alors que le continent était longtemps resté en marge. A cet égard, le Gabon se présente comme un exemple illustratif de cette urbanisation rapide des pays africains. Les dernières estimations montrent d'ailleurs que ce pays a une structure typique des pays développés puisque le rapport d'urbanisation est de l'ordre de 86% de la population urbaine

contre 14% de la population rurale. L'agglomération de Libreville connaît, depuis 1960, année de l'indépendance du Gabon, une croissance démographique (naturelle et migratoire) et une expansion spatiale importante. La population de Libreville a doublé en moyenne tous les dix ans et compte actuellement près de 800.000 habitants et concentre près 70% de la population urbaine du Gabon. On parle d'une macrocéphalie démographique de cette ville. La description du phénomène d'explosion démographique a conduit Roland Pourtier (1989) à dire qu'il s'agit d'une « phénoménologie d'une capitale ». La question centrale qui guide notre réflexion est celle-ci : l'offre de soins à Libreville s'adapte-t-elle à la croissance démographique et à l'étalement urbain de cette agglomération ? Pour conduire notre étude, la démarche méthodologique utilisée a consisté à superposer l'évolution démographique de Libreville, son extension spatiale à l'offre de soins. Il s'agissait notamment de confronter la courbe de l'évolution démographique à la carte de l'évolution de la ville et celle des structures sanitaires. Les conclusions de nos analyses permettent de montrer que, si l'offre de soins de santé s'est développée et diversifiée à Libreville, elle est très inégalement répartie dans la ville notamment entre quartiers et arrondissements centraux, et zones périphériques (concentration au centre de structures de soins privées, publiques, parapubliques et traditionnelles). La localisation de l'offre de soins montre une offre très inégale et inéquitable, notamment selon que le quartier soit central, péricentral ou périphérique. La ville examinée ainsi sous l'angle de soins apparaît alors comme un espace très hétérogène, dont les écarts spatiaux se creusent à mesure qu'elle s'étend, et les aspects sanitaires sont les moins étudiés. MOTS-CLES : Dynamiques démographiques, enjeux sanitaires, Libreville.

## **H. Blaise NGUENDO YONGSI**

**Town** : YAOUNDE, Cameroon

**Job Title** : ENSEIGNANT CHERCHEUR

**Company** : UNIVERSITE DE YAOUNDE II

**Title of the presentation** : « ITINERAIRES ET PRATIQUES THERAPEUTIQUES ANTIDIARRHEIQUES CHEZ LES CITADINS DE YAOUNDE, CAMEROUN »

### **Abstract** :

Au lendemain de la conférence de l'OMS de 1978 marquée par l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata sur les «soins de santé primaires», le gouvernement camerounais s'était engagé à garantir l'équité en matière de santé et d'assurer une «santé pour tous en l'an 2000». C'est dans cette optique qu'un programme de recherche centré sur la santé en milieu urbain a été mis en œuvre, pour dresser l'état de santé de la population. ☐ Objectifs : Ce programme visait principalement à identifier les facteurs de risques des maladies diarrhéiques dans la ville, de mesurer leur prévalence et d'appréhender les recours thérapeutiques des ménages

diarrhéiques, tout cela pour évaluer les progrès réalisés dans le domaine de la santé infantile depuis 1978. ☒ Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale centrée sur les enfants âgés de 6 à 59 mois à Yaoundé (Cameroun). Initiée en 2002, cette étude a été actualisée en novembre-décembre 2012. ☒ Résultats : L'enquête menée auprès des 437 ménages diarrhéiques a montré que seuls 259 (59,3%) recourent aux soins en cas de diarrhée. Trois principales pratiques ont été identifiées : automédication, recours à une structure de soins moderne, appel au service d'un tradipraticien. ☒ Conclusion : L'importance de l'automédication requiert l'adoption d'un plan d'actions d'éducation à la sante, notamment pour une prise en charge encadrée des pratiques thérapeutiques antidiarrhéiques dans la ville. Mots clés : Pratiques thérapeutiques, diarrhées, Yaoundé.

## **Paul POUHE NKOMA**

**Town** : Yaoundé, Cameroon

**Job Title** : Cadre d'études

**Company** : MINEPAT/Division des Analyses Démographiques et des Migrations

**Title of the presentation** : « Itinéraire thérapeutique des malades en milieu urbain au Cameroun : « Déterminants de recours à l'automédication » »

### **Abstract** :

Le Cameroun a connu durant quinze ans une crise économique sans précédent qui s'est traduite par la réduction du train de vie de l'Etat et la mise en œuvre des Plans d'Ajustement Structurel. Cette crise, conjuguée à l'ajustement structurel, a contribué à la déliquescence des secteurs sociaux à l'instar de la santé. La structure de la consommation ainsi que les conditions d'accès aux soins ont été modifiées aux dépens des populations en général et des couches vulnérables en particulier. Dans le pays, le recours à l'automédication (moderne et traditionnel) constitue le premier réflexe en cas de maladies des populations qui optent pour la plupart aux soins médicaux en second recours. Bien que largement répandu, le recours à l'automédication ne présente pas d'écart notable selon le milieu de résidence des malades. C'est une option fréquemment retenue lorsque la gravité de la maladie est considérée comme légère ou modérée ; elle est moins utilisée si la maladie est jugée grave. En revanche, Le recours aux soins est moins fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain. L'accessibilité physique aux structures de santé de base (centre de santé intégrée, centres médicaux d'arrondissement, etc.) ne semble pas problématique dans le pays puisqu'en moyenne (82%) la majorité des ménages y ont accès à moins de 5 km. La proportion des ménages qui résident à moins de 5 km d'un hôpital de district, d'un centre médical d'arrondissement ou d'un centre de sante intégré est de 69,3% en milieu rural contre 99,3% en milieu urbain. Dans un système de soins payants des risques de marginalisations et d'exclusions subsistent et les comportements thérapeutiques des malades en milieu urbain ne peuvent qu'être différents.

Quel itinéraire thérapeutique des malades et quels déterminants de recours à l'automédication en milieu urbain ? L'objectif de l'étude est d'identifier les étapes de l'itinéraire thérapeutique des malades en milieu urbain et d'identifier les déterminants de recours à l'automédication dans ladite zone. Plus spécifiquement, il s'agit de : (i) dresser le profil des malades en milieu urbain (ii) ; identifier les différents types de recours aux soins (consultation moderne, consultation traditionnelle, etc.) des malades en milieu urbain ; (iii) identifier selon le sexe des malades les étapes de l'itinéraire thérapeutique ; (iv) identifier selon l'ampleur de la maladie les étapes de l'itinéraire thérapeutique des malades ; (v) identifier selon le niveau d'instruction des malades les étapes de l'itinéraire thérapeutique ; (vi) examiner l'impact du niveau de maladie sur le recours à l'automédication. Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons la base de données de l'EDS-MICS 2011 du Cameroun. Celle-ci a été l'occasion de collecter auprès des ménages des données sur les malades en rapport avec l'automédication et le recours aux soins. A cet effet, l'échantillon retenu pour la présente étude est composé de 1798 malades localisés en milieu urbain. Ces derniers procèdent à différents types de recours aux soins avec des comportements thérapeutiques similaires ou non. Mots clés : Itinéraire thérapeutique ; recours aux soins médicaux ; automédication (moderne et traditionnel) ; consultation (moderne et traditionnelle).