

Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien¹ : approche méthodologique

Blé Marcel Yoro, Ph.D.

Université de Cocody-Abidjan

Résumé

Cet article porte sur les spécificités de la recherche qualitative en milieu rural africain, à partir d'une recherche portant sur les manières dont s'opèrent les choix des instances thérapeutiques dans un contexte de pluralisme thérapeutique. Nous montrons comment la recherche qualitative, au moyen des entrevues semi-dirigées et des observations directes, nous a permis d'atteindre cet objectif. L'application de la recherche qualitative en contexte africain est aussi l'occasion où le chercheur qualitatif rencontre des difficultés propres au milieu. Ce texte nous a permis d'en évoquer quelques-unes, mais aussi la manière dont nous avons réglé celles-ci pour atteindre nos objectifs. La recherche qualitative se présente donc comme un outil méthodologique pouvant permettre aux chercheurs de s'adapter au contexte africain pour la réalisation de leurs recherches.

Mots clés

MÉDECINE TRADITIONNELLE, RECHERCHE QUALITATIVE, GUÉRISSEUR, PROPHÈTE, CÔTE D'IVOIRE

Introduction

Quelles sont les spécificités de la recherche qualitative en milieu rural africain en général, et ivoirien en particulier? Telle est l'interrogation principale à laquelle nous voudrions répondre à partir de la démarche méthodologique que nous avons adoptée à l'occasion de notre recherche en Afrique. L'objet principal de cette dernière partait d'un constat selon lequel l'Afrique noire contemporaine présente un large éventail de recours thérapeutiques, allant de la médecine moderne aux médecines traditionnelles, en passant par les cultes de guérison des religions judéo-chrétiennes ou prophétiques ou encore les pratiques maraboutiques. À côté de ces possibilités de recours, s'ajoutent les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, les grands-mères et grands-pères, mais aussi tous les colporteurs de médicaments (modernes ou traditionnels) vendus au détail à travers les villes et villages africains.

Pour Dozon (1995), le succès de ce pluralisme thérapeutique en Afrique est à la mesure de la crise des systèmes de santé et, plus globalement, de la crise des États africains. Concernant son fonctionnement, Dozon et Sindzingre (1986) affirment :

Ce pluralisme médical fonctionne sans exclusive : ses différentes composantes font l'objet d'un assez grand pragmatisme de la part des patients ou des consultants qui usent en effet de l'une comme de l'autre et suivent des itinéraires thérapeutiques balisés aussi bien par l'hôpital que par le guérisseur, tendant ainsi à égaliser ou à cumuler les spécificités et les avantages de chacune (p. 46).

Cette observation, à elle seule, pose la problématique des déterminants des recours aux soins dans un contexte pluraliste. En d'autres mots, le questionnement de recherche pourrait être formulé ainsi : quels sont les déterminants socioculturels locaux qui sous-tendent les choix thérapeutiques et quel est le « drame social » (Turner, 1972) qui se joue autour de la maladie et qui influence le processus de recherche de la guérison en milieu rural? Quelle est l'implication de la médecine moderne et des médecines traditionnelles dans les comportements de recherche de soins des populations?

La recherche dont il est question ici a eu lieu en pays bété² au Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire, dans le département de Gagnoa, plus précisément dans la sous-préfecture de Guibéroua. Les raisons du choix de la région de Guibéroua sont les suivantes :

- La première se situe sur le plan de la pertinence de cette région par rapport à l'objet de recherche. En effet, Guibéroua est l'une des régions forestières du pays touchées par la crise économique persistante du fait de la mévente des produits agricoles qui sont la principale source de revenus des paysans et, donc, l'une des régions où le pluralisme médical est le plus fonctionnel;
- La deuxième raison est plutôt d'ordre pratique. Ce choix n'impliquait pour nous aucun changement de terrain étant donné qu'il constitue depuis plusieurs années notre champ d'investigation.

Plus encore, nous sommes originaire de la région, ce qui nous donnait dès lors l'avantage de la langue, indispensable à notre avis pour réaliser un tel travail de recherche. En effet, comme le dit Hubert (1990), « la connaissance de la langue est d'une grande importance : il faut pouvoir communiquer directement avec les gens, dans leur propre langue, c'est la base de l'ethnologie » (p. 259).

Cet article vise à justifier l'opportunité de la démarche qualitative, à montrer les conditions de son utilisation à travers le déroulement de l'enquête sur le terrain et à relever les difficultés liées à l'usage de la démarche qualitative en milieu rural africain en général et à Guibéroua en particulier. Nous présenterons enfin brièvement les résultats obtenus avant de conclure.

De l'opportunité de la démarche qualitative

Avant d'en arriver à la justification de l'usage des techniques qualitatives, il faut souligner au préalable les axes méthodologiques qui ont guidé le recueil des données et la rédaction de notre travail. Il s'agit de l'approche par la théorie de la représentation sociale, des approches émique et étique, et de l'approche écologique.

Nous entendons par représentations sociales (Jodelet, 1989) les idées plus ou moins arrêtées que les individus se sont faits de la santé et de la maladie et qui concourent à faire un choix thérapeutique. Le choix de la théorie de la représentation sociale nous a permis d'appréhender la connaissance individuelle et sociale qu'ont les individus et les groupes des notions de santé, maladie, guérison, mort et funérailles. L'importance de cette approche se justifie par le fait que les représentations sociales préparent à l'action et génèrent aussi un ensemble d'attentes normatives. Ainsi, elles permettent de comprendre et d'expliquer les liens sociaux et les pratiques sociales.

Quant aux approches émique et étique, voici comment Lett (1990) les définit :

Les construits émiques sont des récits, des descriptions et des analyses exprimées dans des schèmes conceptuels et des catégories considérés comme significatifs et appropriés par les membres natifs d'une culture dont les croyances et les comportements sont étudiés [, tandis que] les construits étiques sont des récits, des descriptions et des analyses exprimés dans les termes des schèmes conceptuels et des catégories considérés comme significatifs et appropriés par la communauté des observateurs scientifiques [Traduction] (p. 130).

La conjugaison de ces deux approches nous a permis, d'une part, d'être à l'écoute des discours que tiennent les enquêtés eux-mêmes (sur la santé, la maladie, la guérison, etc.) de même que les thérapeutes pour comprendre les principes et les valeurs propres à la société bété et, d'autre part, de rendre le plus fidèlement possible ce discours de l'intérieur à travers les canons sociologiques et anthropologiques.

Pour ce qui est de l'approche écologique, l'un des premiers anthropologues l'ayant appliquée (Paul, 1955) affirme qu'elle permet de comprendre le processus dynamique déclenché par la rencontre des systèmes médicaux non occidentaux avec la médecine occidentale. Avec lui, l'anthropologie médicale sort définitivement de l'analyse statique des systèmes médicaux traditionnels et débouche sur l'analyse de la rencontre entre les systèmes médicaux. L'enjeu de l'approche écologique est donc de comprendre le rôle des divers facteurs environnementaux (physiques, économiques, sociaux, politiques et culturels) qui empêchent ou facilitent l'adoption de tel comportement, de telle habitude de vie ou de telle thérapie. Les déterminants culturels se voient toujours reconnaître un rôle majeur, mais en conjonction avec les autres composantes de l'environnement socio-économique. Ainsi, cette approche nous a permis, à travers le concept d'adoption que Peltó, Bentley et Peltó (1990) considèrent comme central pour cette approche, de savoir quels sont les facteurs culturels, biologiques et environnementaux qui interviennent dans le choix des recours aux approches thérapeutiques.

Concernant à présent l'opportunité de l'approche qualitative dans cette étude, il faut dire qu'elle est requise par l'objet même de la recherche. En effet, l'étude des recours aux soins exige une fine analyse des trajectoires thérapeutiques, de la représentation de la maladie, de la santé, mais aussi de la guérison, des rapports de force vécus aussi bien dans la famille du malade que dans son entourage extra familial et, enfin, des relations entre patients et thérapeutes. L'identification des types de recours et surtout leur caractérisation exigent des descriptions qui doivent être le fruit d'une collecte de données auprès des personnes qui vivent ces trajectoires. Ainsi, les entrevues semi-dirigées s'avèrent très pertinentes pour répondre à ces exigences. En effet, comme le disent Savoie-Zajc (1997) et Patton (2002), on est justifié de choisir l'entrevue de type qualitatif lorsque les données à recueillir sont des perceptions, des représentations, des évaluations personnelles. Ce genre de données doit être recueilli par un instrument qui permet et suscite l'expression et la construction libres du discours. Ce qui doit être donné est de l'ordre du sens qu'a telle expérience pour les personnes qui la vivent. L'entrevue de recherche qualitative permet l'expression de ce sens parce qu'elle permet de susciter le discours dans lequel se construit et se transmet le sens ou ce qui est « invisible » pour les yeux et qui ne peut donc pas être observé directement.

Dans le même sens, selon Seidman (1991), l'entrevue de recherche qualitative est appropriée lorsqu'on cherche la « signification subjective » (p. 5) d'un phénomène ou, comme le dit Kvale (1996), lorsqu'on veut étudier un phénomène du point de vue du sujet.

Savoie-Zajc (2009) définit l'entrevue comme suit :

L'entrevue est une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence (p. 339).

En complément des entrevues, nous avons eu recours aux observations directes au sens où Peretz (1998, cité par Laperrière, 2009) définit ce terme : « L'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire. » (p. 316).

De plus, la compréhension des enjeux sociaux liés à la sélection des soins requiert de cerner l'ensemble des éléments qui définissent la situation globale du malade dans ses rapports avec les personnes susceptibles d'orienter ce choix. Seul un recueil d'informations qualitatives prenant en compte des dynamiques sociales relatives à la situation du malade peut aboutir aux résultats escomptés. Comme le souligne Fassin (1992), « la seule façon d'aborder le problème de la différenciation sociale dans le recours aux pratiques traditionnelles paraît être qualitative au travers d'histoires de maladies ou d'observations en situation. » (p. 163).

Une fois justifié le recours à l'approche qualitative, il convient à présent de montrer comment s'est déroulée notre démarche de façon concrète sur le terrain.

Le déroulement de la recherche

De façon pratique, nos enquêtes se sont déroulées en deux grandes phases : la pré-enquête et la recherche sur le terrain proprement dite.

La pré-enquête

Au cours de cette phase, nous avons sensibilisé les populations des villages de Kosséhoa, Galébouo et Onahio par le biais des chefs de ces villages ainsi que les populations de Guibéroua avec le concours des autorités administratives. Ces lieux sont ceux que nous avons préalablement retenus et leur choix tenait compte du critère de la disponibilité ou non d'une structure moderne de soins. Kosséhoa et Guibéroua disposent de structures modernes de soins, tandis que les deux autres étaient considérés comme villages témoins. La logique de ces choix répondait au besoin de comparaison des comportements de recherche de soins selon qu'il existe ou non une structure moderne de soins dans la localité. Mais nous avons dû abandonner cette distinction car nous nous sommes rendu compte sur le terrain que la présence ou l'absence d'une structure moderne de

soins avait peu d'incidence sur le comportement de santé des populations. Au cours de nos premiers entretiens, le nom du village de Bassi revenait sur toutes les lèvres comme village de rebouteux à grande renommée. C'est ainsi que nous avons retenu ce village comme cinquième lieu d'enquête. En outre, nous avons été informé de la survivance du culte prophétique dénommé gbahié³ dans le village de Bilahio alors que, selon nos informateurs, ce culte avait été délaissé dans la quasi-totalité des villages de la région. Nous avons donc ajouté ce village à la liste précédente. Nous avons également séjourné brièvement dans d'autres villages de la région au cours de l'enquête proprement dite, à savoir Dignago, Ziriwa et Basséhoa, soit pour rejoindre un malade, soit pour rechercher des témoignages sur un cas.

Au cours de la phase de la pré-enquête, nous avons demandé à nos interlocuteurs de nous citer les noms de tous les guérisseurs (le guérisseur est un spécialiste des plantes médicinales) et devins-guérisseurs (le devin-guérisseur est celui qui, en plus d'être spécialiste des plantes médicinales, est doté d'un pouvoir de clairvoyance qui lui permet de communiquer avec le monde invisible) proches ou lointains auxquels les gens ont recours quand ils sont malades, mais aussi les noms des malades ayant recours à des praticiens, qu'ils soient traditionnels ou modernes, pour n'importe quel événement de la vie. Nous avons ainsi un nombre élevé de guérisseurs et de devins-guérisseurs, et aussi une liste des gens avec lesquels nous pouvions faire des entrevues ou des observations.

L'enquête proprement dite

Nos principaux informateurs étaient composés du personnel des structures modernes de soins, des guérisseurs, des devins-guérisseurs, des leaders religieux et des malades.

Nous avons interrogé de façon systématique le personnel des structures modernes de soins, soit 16 personnes. En revanche, pour les guérisseurs, seuls ont été retenus ceux qui avaient au moins trois spécialités socialement reconnues, soit 9 guérisseurs, tandis que pour les devins-guérisseurs qui sont au nombre de 6, n'ont été retenus que ceux qui recevaient en moyenne (et selon nos observations) 10 malades par mois. Les leaders religieux au nombre de 5 ont tous été interrogés sans tenir compte du nombre de malades qui les consultaient. Il s'agit des leaders des religions catholique, protestante, musulmane et prophétique, dont les cultes prophétiques gbahié et déima⁴ La population des non-malades était composée des hommes et femmes de 25 ans et plus sans autre critère particulier de choix. En revanche, le choix des malades s'est fondé sur le caractère multiépisodique de la trajectoire thérapeutique. Nous en avons ainsi interrogés 27. Au total, les informateurs

clés composés des thérapeutes, des leaders religieux et des malades étaient au nombre de 63 personnes.

Nous avons prioritairement rencontré les guérisseurs, les devins-guérisseurs, les leaders religieux et les malades dont nous avons préalablement recueilli les noms et adresses pendant la période de préparation de l'enquête sur le terrain. Notre tâche a été facilitée par le fait que nous avions une voiture personnelle, de sorte qu'il nous était possible de rencontrer un praticien le matin, et revenir chez un autre le soir, d'un village à un autre. Nous avons fait un relevé systématique de tous les thérapeutes locaux socialement reconnus comme tels, vivant dans les villages d'enquête et campements environnants, et nous avons enquêté par entrevue semi-dirigée auprès des spécialistes les plus importants pour connaître leur champ d'activité, leurs réseaux d'apprentissage, leur clientèle, les rapports de collaboration entre eux et avec le personnel médical des structures modernes de soins. Nous les observions pendant les consultations, mais observions aussi leurs lieux de consultation, qui étaient pour certains une case à la périphérie du campement, et, pour d'autres, une partie du salon de la maison conjugale. Il s'agissait donc d'une exploration dans l'univers de l'autre. C'est à juste titre que Kvale (1996) compare l'interviewer à un voyageur qui observe et recueille tout ce dont il a besoin pour faire une belle histoire par la suite.

Concernant les malades, nous leur rendions visite régulièrement et nous les interrogeons sur leurs maux, les thérapies en cours et les antérieures de même que sur les interprétations successives de leurs maux qui les avaient fait aboutir au praticien, dans un esprit d'ouverture. En effet, l'entrevue de recherche qualitative exige une grande ouverture de la part de l'interviewer. Kvale (1996) parle de naïveté délibérée dans le sens d'une grande curiosité, d'un grand intérêt pour ce que dit la personne, d'une confiance en la congruence de la personne et d'une ouverture à la nouveauté et à l'inattendu.

Les entrevues individuelles d'une durée moyenne de deux heures avaient lieu en tête-en-tête avec le praticien ou avec le malade. C'était seulement quand la personne était trop malade pour parler que la présence des parents à ses côtés s'imposait, surtout quand il s'agissait d'évoquer des recours thérapeutiques antérieurs, car certains malades en oubliaient trop souvent les différentes étapes. Pour les malades incapables de parler, le discours sur le mal était produit soit par le thérapeute, soit par l'entourage du malade. Les accompagnateurs du malade, que Janzen (1995) appelle le groupe organisateur de la thérapie, généralement des proches parents, n'étaient pas forcément ceux qui l'avaient suivi dans des périodes antérieures. Dans ce cas, nous cherchions si

possible à rencontrer celui ou ceux qui avaient accompagné le malade dans ses recours antérieurs.

Concernant les non-malades, nous accompagnions souvent des villageois au champ soit pour extraire le *bangui* (vin de palme), soit pour les aider à défricher leurs plantations de cacao, de café ou leurs champs de riz. Cette pratique avait pour but de favoriser notre intégration au sein de la communauté et à mettre nos interlocuteurs en confiance. En effet, « le rôle de l'interviewer consiste simplement à faciliter, par ses attitudes et ses interventions, la libre expression des points de vue » (Poupart, 1997.p. 183). Il cherche aussi à mettre le répondant en confiance afin de lui permettre de s'exprimer aisément (Boutin, 1997; Pauzé, 1984; Savoie-Zajc, 1997). Cette attitude avait aussi pour but d'améliorer nos relations avec nos informateurs. Comme le dit Poupart :

Pour favoriser l'établissement d'une bonne relation avec les interviewés, les interviewers vont se plier aux règles élémentaires de sociabilité, telles qu'accepter une boisson ou prendre le temps de bavarder de choses et d'autres avant que l'entretien débute. Cette dernière dimension qui passe souvent inaperçue, fait appel à la connaissance implicite de conventions sociales et à la capacité de composer avec celles-ci. Elle illustre bien en quoi la réalisation d'entrevues suppose que les interviewers recourent à l'ensemble de leurs compétences sociales dans le but d'entrer en relation avec les autres (1997, p. 191).

Ces moments étaient mis à profit pour poser quelques questions à propos de notre sujet d'étude. Étaient ainsi abordées, notamment avec les vieux, les questions relatives aux traditions médicales bétés, les différents types de maladies, les causes présumées de celles-ci, les itinéraires thérapeutiques récurrents, les facteurs explicatifs de ces choix, etc. Il était aussi question des histoires de maladies incurables et ce qui fait la différence entre les médecines moderne et traditionnelle. En retour, nous étions souvent soumis, par nos interlocuteurs, à des questions relatives au mode de vie en ville et particulièrement dans l'univers universitaire. Nous étions donc souvent dans une situation d'enquêteur enquêté. Bien entendu, nous répondions à toutes leurs préoccupations pour les inciter à répondre aux nôtres.

Un an après notre premier séjour sur le terrain nous avons réalisé un deuxième séjour pour des recherches complémentaires sur des points que nous avions oubliés ou que nous ne comprenions pas bien. Nous avons profité de ce moment pour acquérir des nouvelles de certains malades que nous avions quittés en traitement.

Les difficultés rencontrées sur le terrain

Nous avons rencontré nos premières difficultés avec les guérisseurs et les devins-guérisseurs. En effet, le domaine de la médecine traditionnelle étant celui où le secret est recommandé, car le savoir ne doit être transmis qu'aux initiés, l'attitude des guérisseurs et des devins-guérisseurs variait. C'est ainsi que certains guérisseurs hésitaient beaucoup et manifestaient une certaine réticence à nous parler, soit parce qu'ils ne savaient pas trop ce que nous allions faire des informations que nous recueillions, soit parce qu'ils avaient peur tout simplement de parler devant un magnétophone. Il fallait alors trouver quelqu'un dans le village en qui ils avaient confiance et avec qui ils se sentaient en sécurité, afin de favoriser leur parole. D'autres encore (y compris des profanes) nous prenaient soit pour un médecin et nous réclamaient par conséquent des médicaments ou nous décrivaient tout simplement leurs maux, soit pour quelqu'un qui était envoyé par l'administration et qui venait enquêter sur eux afin de les poursuivre par la suite, surtout qu'il régnait encore un climat de suspicion politique à la suite des élections présidentielles de 1995. Dans ces cas, nous leur expliquions que nous étions étudiant et que c'étaient nos maîtres qui souhaitaient savoir comment on se soigne chez nous au village. Nous montrions même à certains, plus réticents, des attestations de notre statut et leur expliquions que nos études avaient un intérêt pour la société bété restée longtemps méconnue dans le domaine des pratiques sanitaires.

En outre, l'enquête dans sa première phase a eu lieu en plein travaux champêtres (surtout les mois de février, mars, avril, mai) où femmes et hommes travaillaient dans leurs champs de cacao, café, et dans leurs rizières. Certains villageois dormaient dans les campements et ne venaient au village que le jour de marché qui variait d'un village à l'autre. Ainsi nous faisons souvent le déplacement pour les y rejoindre, ceci pour les mettre en confiance : « Cette démarche de mise en confiance implique que le chercheur accorde du pouvoir aux répondants notamment en leur laissant le choix du lieu de la rencontre ou en se rendant dépendant de leur disponibilité » (Savoie-Zajc, 1997, p. 270).

Une autre difficulté résulte de l'image que les populations rurales se sont faites des chercheurs en général. « Ils posent trop de questions », tel est le jugement porté sur les chercheurs, au point que certains interlocuteurs nous évitaient quand ils savaient ne pas avoir assez de temps à nous consacrer. En général les hommes étaient disponibles dans l'après midi, à partir de 16 heures, tandis que les femmes ne l'étaient qu'aux environs de 19 heures. Mais, même à cette heure, quand elles rentrent des champs, elles s'adonnent aux activités ménagères. Par conséquent, il était particulièrement difficile de poser des

questions aux femmes en dehors des jours de repos, c'est-à-dire les jours de marché. Une autre difficulté avec les femmes, notamment les malades, était que nous n'étions pas autorisés ou habilités à leur poser certaines questions sur des maladies jugées intimes telles que les questions de stérilité chronique, de maladies sexuellement transmissibles, de maladies dues à un avortement, de maladies incurables comme le sida. Dans ce cas, nous faisons appel à d'autres femmes en qui elles avaient confiance pour mener l'entrevue pour nous. Nous avons rencontré la même réticence avec certains hommes malades de maladies présumées honteuses comme la hernie et l'épilepsie. Là encore, nous avons recourus à une tierce personne pour obtenir les informations dont nous avons besoin.

Bien que nous parlions parfaitement la langue locale et que nous partagions tout avec les villageois (nous mangions ensemble, allions extraire le bangui ensemble, accompagnions certains malades, etc.), nous restions toujours le *gômla*, c'est-à-dire le blanc, l'intellectuel, mais aussi l'homme qui vient de la ville avec beaucoup d'argent. De ce fait, nous étions souvent sollicités financièrement par des villageois, qui pour ouvrir une boutique de boisson alcoolisée, qui pour acheter un médicament, qui pour aller à l'hôpital en ville. De temps à autre, l'on nous demandait aussi d'accompagner des malades en ville à des heures tardives. Certains guérisseurs pensaient même que nous allions voler leurs connaissances pour aller les vendre aux blancs. Après nos explications, ils acceptaient de nous parler tout en évitant d'évoquer les noms des plantes médicinales qu'ils utilisent pour soigner leurs malades.

Au fur et à mesure que notre séjour s'allongeait, nous remarquions que les gens ne s'empressaient plus pour nous accueillir. Il arrivait même que certains venaient en retard aux rendez-vous quand ils ne s'absentaient pas tout simplement. La plupart pensaient que nous allions leur distribuer de l'argent. D'autres faisaient même exprès, quand ils savaient que nous venions pour leur poser des questions, d'évoquer la situation de précarité qu'ils vivaient, ou même réclamaient systématiquement de l'argent pour manger avant de répondre à nos questions.

Dans la mesure de nos possibilités, nous répondions à leurs sollicitations dans l'intérêt de notre recherche.

Les résultats dont nous allons faire à présent un résumé succinct proviennent des enquêtes que nous avons menées dans les conditions décrites ci-dessus.

Les résultats obtenus

Rappelons que l'objet de notre recherche dans le contexte socioculturel bété était les représentations et les pratiques des usagers et des spécialistes des

médecines. Ces représentations et pratiques ont été analysées et confrontées à l'éclairage des variables sexe, âge, situation matrimoniale, et religion. Les données ainsi recueillies à partir de techniques qualitatives, notamment les entretiens semi-dirigés et les observations directes, révèlent que le pluralisme thérapeutique à Guibéroua renvoie d'une part à une situation économique nationale précaire se traduisant par une insuffisance des ressources matérielles et humaines, mais aussi, d'autre part, à une inégale répartition de ces ressources, qui accordent la primauté aux zones urbaines au détriment des zones rurales. Ainsi, les comportements de recherche de soins des populations qui se caractérisent par le recours aux médecines autres que la médecine moderne, soit en alternance, soit de façon concomitante, visent à combler ce dysfonctionnement du système sanitaire moderne. D'autre part, les pratiques et les représentations qui les sous-tendent renvoient à une logique pragmatique et d'efficacité. Cette logique est dans certains cas plus prégnante que les déterminants financiers ou idéologiques. Elle explique qu'une personne utilise les médecines traditionnelles ou autres, non à cause de problèmes financiers, mais parce qu'elle croit en leur efficacité. C'est ainsi que nous avons souhaité une amélioration de l'organisation des médecines traditionnelles africaines notamment à cause de leur efficacité réelle et de leur complémentarité avec la médecine moderne.

Conclusion

Rappelons pour conclure que la question de recherche de cette étude est la suivante : quelles sont les spécificités de la recherche qualitative en contexte africain? Pour répondre à cette interrogation, nous avons eu recours aux recherches que nous avons menées en milieu rural bété, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, portant sur les déterminants des choix thérapeutiques dans un contexte de pluralisme thérapeutique.

Il ressort des analyses que l'approche qualitative s'avère pertinente pour cette étude en regard du type de données à recueillir, à savoir, entre autres, les représentations de la maladie, de la santé, de la guérison, les rapports de force vécus dans la famille du malade et dans son entourage, les relations entre patients et thérapeutes, ainsi que l'identification des types de recours et leur caractérisation. Tous ces éléments d'information qui exigent des descriptions ont pu être obtenus grâce à des entretiens semi-dirigés et des observations directes auprès des personnes vivant ces trajectoires. L'approche qualitative s'est donc avérée très pertinente pour cette étude. En effet, « on choisit l'entrevue de recherche qualitative lorsque l'information dont on a besoin ne peut être que donnée par les personnes qui la possèdent » (Daunais, 1992, p. 253). Comme le disent Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000) :

Décider de recourir à l'entretien [...] c'est considérer qu'il est plus pertinent de s'adresser aux individus eux-mêmes que d'observer leur conduite et leur rendement à certaines tâches ou obtenir une autoévaluation à l'aide de divers questionnaires (p. 116).

L'application de la démarche qualitative a nécessité un ensemble de conditionnalités : la connaissance de la langue locale, de l'organisation sociale, culturelle, économique et politique; un long séjour sur le terrain; et une enquête de proximité. Comme le dit Paillé (1996) à propos de la recherche qualitative, « la recherche menée comprend presque toujours un contact personnel et prolongé avec un milieu ou des gens et une sensibilité à leur point de vue (ou perspective, expérience, vécu, etc.) » (p. 196).

L'étude a révélé en outre des difficultés propres au milieu africain, à savoir la suspicion d'usurpation (de la part des guérisseurs et des devins-guérisseurs) des connaissances des thérapeutes par le chercheur, le refus des enquêtés à répondre à certaines questions jugées intimes ou en rapport avec l'intimité présumée de la répondante ou du répondant, la résistance à se faire enregistrer à l'aide d'un magnétophone, les représentations que les populations se sont faites des chercheurs, c'est-à-dire des gens posant trop de questions et qu'il fallait éviter par moment, l'influence du statut de chercheur et d'envoyé de l'administration ou des blancs, sur les enquêtés, etc. Mais la souplesse propre à la démarche qualitative (Gorden, 1980) a permis de surmonter ces difficultés pour atteindre les objectifs de la recherche.

La souplesse est une qualité essentielle au bon déroulement de l'entrevue. L'intervenant doit toujours, lorsqu'il s'aperçoit que son plan n'est pas adéquat, qu'il ne mène nulle part ou néglige des points essentiels aux yeux de son interlocuteur, être prêt à modifier ou même à abandonner complètement son plan (Pauzé, 1984, p. 69).

Wengraf (2001) parle d'une double attention de la part de l'interviewer, attention aux propos de l'interviewé, bien sûr, mais aussi attention aux stratégies d'adaptation propres à l'entrevue réalisée dans le cadre de tel projet de recherche.

Il résulte de tout ce qui précède que l'approche qualitative est une démarche pertinente pour des recherches en contexte africain.

Notes

¹ République de Côte d'Ivoire.

² Selon Dozon (1985), le pays bété « dessine grossièrement un vaste triangle orienté nord-ouest/sud-est, dont les sommets représentent ses pôles urbains : Daloa, Gagnoa et Soubré » (p. 25).

³ Gbahié est le nom du prophète fondateur dont l'esprit s'est incarné après sa mort en son petit frère Koudou Jeannot. Celui-ci, du groupe ethnique dida, habitait la localité de Zoukoubéré, non loin de la ville de Lakota. Il fut le prophète de ce culte au milieu des années 80.

⁴ Déïma est la religion créée par la prophétesse Bagué Honoyo (1892-1950) née à Gagoué en pays dida au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. Elle reçut l'appellation coutumière de Guigba Dahonon. Par la suite, ses fidèles lui donnèrent le nom familier de Marie Lalou, et elle-même s'attribua celui de Bagué Honoyo.

Références

- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Daunais, J.- P. (1992). L'entretien non directif. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (2^e éd., pp. 273-293). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dozon, J.- P. (1985). *La société bété, Côte d'Ivoire*. Paris : Karthala.
- Dozon, J.- P. (1995). *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*. Paris : Seuil.
- Dozon, J.- P., & Sindzingre, N. (1986). *La santé dans le tiers monde*. Paris : Coopérative d'édition de la vie mutualiste.
- Fassin, D. (1992). *Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques*. Paris : Masson.
- Gorden, R. L. (1980). *Interviewing. Strategy, techniques and tactics* (3^e éd.). Homewood, IL : Dorsey Press.
- Hubert, A. (1990). Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande. Dans D. Fassin, & Y. Jaffré (Éds), *Société, développement et santé* (pp. 259-272). Paris : Ellipses.
- Janzen, J. (1995). *La quête de la thérapie au bas-Zaïre*. Paris : Karthala.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA : Sage.

- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 311-336). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Lett, J. (1990). Emics and etics : notes on the epistemology of anthropology. Dans T. N. Headland, K. I. Pike, & M. Harris (Éds), *Emics and etics : the insider/outsider debate* (pp. 127-142). Newbury Park : Sage.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.- C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : G. Morin.
- Paillé, P. (1996). Problématique d'une recherche qualitative. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 195-197). Paris : Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Paul, B. (1955). *Health, culture and community : causes studies of public reactions to health programs*. New York : Russell Sage Foundation.
- Pauzé, É. (1984). *Techniques d'entretien et d'entrevue*. Montréal : Modulo.
- Pelto, P. J., Bentley, M. E., & Pelto, G. H. (1990). Applied anthropological research methods : diarrhea studies as an exemple. Dans J. Coreil, & J. D. Mull (Éds), *Anthropology and primary health care* (pp. 253-277). San Francisco : Westview Press.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart (Éd.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal : G. Morin.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (3^e éd., pp. 263-285). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Seidman. I. E. (1991). *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education*. New York : Teachers College Press.
- Turner, V. W. (1972). *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Paris : Gallimard.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Blé Marcel Yoro est socioanthropologue de la santé et détient un doctorat unique de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Il est enseignant-chercheur à l'Institut des sciences anthropologiques de développement (ISAD) de l'Université de Cocody-Abidjan en Côte d'Ivoire et chef du département de socioanthropologie de cet institut. Il est aussi responsable du pôle Santé de l'Association nationale des anthropologues et sociologues de Côte d'Ivoire (ANAS-CI). Ses projets de recherche en cours portent sur l'apport de la culture africaine à la prévention et à la gestion des conflits, sur les définitions contemporaines de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens, ainsi que sur le rôle du sacré dans les représentations religio-thérapeutiques des Bétés de Côte d'Ivoire. Blé Marcel Yoro s'intéresse également aux méthodes qualitatives pour lesquelles il est chargé des enseignements à l'ISAD.