



Sous la direction de

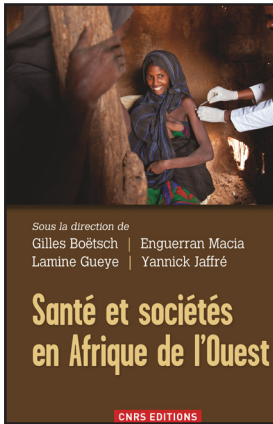
Gilles Boëtsch | Enguerran Macia

Lamine Gueye | Yannick Jaffré

Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest

CNRS EDITIONS

Présentation de l'éditeur :



L'étude des questions liées à la santé est forcément interdisciplinaire. Les approches environnementales, anthropologiques, médicales et sociales doivent être croisées et coordonnées si l'on veut aboutir à des résultats novateurs prenant en compte toute la complexité des phénomènes sanitaires.

Cet ouvrage décrit et analyse les relations complexes entre état de santé et environnements spécifiques (urbains, sahéliens...), dynamiques sociales, changements climatiques, modification des paysages et des systèmes agronomiques ou sylvo-pastoraux, évolutions socio-démographiques et urbanisation, changements des comportements alimentaires et des modes de vie, modification des pathologies, transformations de la structure familiale et des liens socio-affectifs, vieillissement de la société.

Un panorama complet de la gestion de la santé en Afrique de l'Ouest.

*Sous la direction de
Gilles Boëtsch, Enguerran Macia,
Lamine Gueye, Yannick Jaffré*

Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest

CNRS ÉDITIONS

15, rue Malebranche – 75005 Paris

Collection « Environnements africains »
dirigée par Gilles Boëtsch

© CNRS ÉDITIONS, Paris, 2015
ISBN : 978-2-271-08733-1

Sommaire

Préface – <i>Patrice Bourdelais</i>	5
Introduction – <i>G. Boëtsch, E. Macia</i>	7
Corps biologiques, corps désirants, corps politiques. Les interfaces sociales et techniques des programmes de « santé de la reproduction » en Afrique de l’Ouest – <i>Y. Jaffré</i>	19
Fécondité et nouvelles expressions de la sexualité à Bamako et en Afrique de l’Ouest – <i>A. Coulibaly</i>	47
Venir au monde en milieu touareg – <i>H. Claudot-Hawad</i>	73
Le jeune enfant à Dakar et le « bien manger », entre normes de santé internationales et normes locales – <i>E. Buttarelli</i>	89
Extraversion et/ou « localisation » du paysage alimentaire dakarois. Une analyse anthropologique par les marges – <i>C. Crenn, J.-P. Hassoun</i>	105
Croissance et vieillissement. Deux périodes critiques de la vie – <i>N. Chapuis-Lucciani</i>	125
Les représentations sociales des personnes âgées à Dakar – <i>E. Macia, N. Chapuis-Lucciani</i>	139
Vieillesse et handicap. La prise en charge des personnes âgées dépendantes à Dakar – <i>F. Hane, A. Ka</i>	159

Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest

Entre brousse, ville et globalisation. Les paysages alimentaires du Sénégal – <i>C. Crenn, A. Ka, J. Leport</i>	171
Diversification alimentaire et impact sur la croissance chez les enfants peuls de 0 à 5 ans dans le Ferlo – <i>M. Sougou, A. Gueye, G. Boëtsch</i>	203
Corpulence et urbanisation au Sénégal – <i>E. Cohen, A. Ndao, L. Gueye, G. Boëtsch, N. Chapuis-Lucciani</i>	221
Le fardeau de l'hypertension au sud du Sahara. L'exemple de Dakar – <i>E. Macia, P. Duboz</i>	243
Pollution de l'air atmosphérique et pathologies respiratoires à Dakar – <i>A. Samb, M. Diaw, B. Mbodji</i>	269
Transition et spatialisation des risques parasitaires en Afrique subsaharienne. Cas des schistosomoses en milieux urbain et périurbain du district de Bamako au Mali – <i>A. Dabo, A.K. Koné, N.S. Doumbo, O. Doumbo</i>	277
VIH, Ebola, choléra... Maladies infectieuses et espaces techniques de soins en Afrique de l'Ouest – <i>E. D'Alessandro, Y. Jaffré</i>	295

Préface

L'amélioration de la santé des populations ne peut se penser en dehors de la société qu'elles constituent. Acceptée par tous, cette évidence a, dans les faits, bien souvent été négligée et rend compte de l'écart considérable qui sépare l'ampleur des investissements réalisés depuis des décennies afin d'améliorer la santé dans les pays pauvres et la minceur des résultats¹. Certes, l'espérance de vie s'est accrue, légèrement, presque partout², mais les grandes endémies d'origine virale, bactérienne ou les parasitoses sont encore présentes et minent les chances de survie des enfants et la santé des adultes.

Les membres de l'UMI *Environnement, santé, sociétés* ont pris au sérieux l'affirmation des interconnexions fortes entre l'état de l'environnement, la présence endémique de maladies contagieuses, le niveau de pauvreté, l'organisation familiale, économique et sociale, les pratiques corporelles, alimentaires et culturelles au sens large ainsi que les représentations du corps, de la maladie et des soins. Un programme de travail ambitieux en est issu ; il a nécessité la collaboration entre des biologistes, des médecins épidémiologistes, des écologues et des géographes, des sociologues et des anthropologues, et des collègues appartenant à l'ensemble de l'éventail des spécialités de sciences humaines et sociales. À cette construction très pluri-disciplinaire se superposent des relations nord-sud mais aussi une articulation sud-sud entre le Sénégal, le Mali et le Burkina-Faso. La complexité du

1. Esther Duflo, *Lutter contre la pauvreté*. Tome 1 : *Le développement humain*, Seuil, 2010.

2. James C. Riley, *Rising Life Expectancy: A Global History*, Cambridge University Press, 2001.

montage n'a d'égalé que la gravité des questions soulevées car des résultats des travaux de recherche dépendent, au moins en partie, les réponses familiales, sociales, gouvernementales qui permettront, ou pas, de réduire la mortalité infantile, enfantine et adulte dans un futur proche.

Cette organisation complexe a pourtant bien fonctionné et aboutit aux résultats de recherches publiés ici. Ils sont importants et très encourageants pour la suite de la collaboration. Ce n'est pas ici le lieu de présenter une analyse du contenu de l'ouvrage mais il faut néanmoins souligner, qu'une fois encore, les expériences de recherches montrent clairement qu'en santé publique il n'existe pas de « magic bullet ». La mise au point de vaccins est bien entendu importante mais son efficacité dépend des réalités de la vaccination, de l'ampleur de sa couverture, de l'attente des populations. La connaissance épidémiologique des zones les plus infectées par telle ou telle maladie ou parasitose permet de mieux cibler les actions de lutte, voire d'éradication, mais ce sont les actions entreprises et la manière dont elles sont mises en œuvre à l'échelle du quartier, de la maison, qui feront leur succès. Se retrouvent ici l'importance des organisations sociales et familiales et les effets de représentation de la maladie, de ses origines et des actions à conduire pour la faire disparaître. Les recherches publiées ci-après indiquent avec force qu'une amélioration de la santé ne retombe pas en pluie fine des grands programmes internationaux, – ils sont nécessaires mais demeurent insuffisants –, elle provient d'une appropriation de ces questions par les populations concernées, de mobilisations familiales, locales, de modifications de représentations de ce que sont les soins du corps favorables au recul de la mortalité... ce qui suppose que la recherche ait été co-construite, partagée dans la mesure du possible avec ces populations. Les recherches qui ont été conduites dans le cadre de cette équipe, dont je me plais à souligner la grande pertinence, ont été faites *avec* et non seulement *sur* les populations. C'est aussi ce choix méthodologique qui peut rendre plus optimiste sur leur futur et sur leur utilité concrète.

Patrice Bourdelais

Directeur de l'institut des sciences humaines et sociales du CNRS

Introduction

Gilles Boëtsch, Enguerran Macia

Ce n'est pas un hasard si trois parmi les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement concernent la santé des populations¹. Les fardeaux sanitaires qui touchent les pays les plus pauvres, notamment ceux du Sahel, constituent des freins au développement en fomentant la stagnation économique et sociale (Sen, 1987). La multiplicité des problèmes de santé au sein d'une population altère le capital humain, décourage les investisseurs et, par la conjonction de ces effets, limite le développement économique et empêche la réduction de la pauvreté. En 2011, la Banque Mondiale montrait que dans les pays en développement, connaissant pourtant une importante croissance économique, les maladies cardiovasculaires étaient responsables d'une baisse de 1 à 5 % du Produit Intérieur Brut (PIB). De même, le paludisme coûterait au continent africain – outre les aspects humains – environ 1,3 % du PIB. Plus récemment, les conséquences économiques du virus Ebola dans les trois pays les plus fortement touchés (Guinée, Liberia, Sierra Leone) ont été désastreuses, engendrant récession et augmentation de la pauvreté². La relation entre santé et développement n'est d'ailleurs pas unilatérale : certes les sociétés affectées par de multiples fardeaux sanitaires ne peuvent soutenir

1. En réalité, les huit Objectifs du Millénaire abordent les questions de santé, soit en focalisant l'attention sur des groupes spécifiques, soit sur des déterminants de santé. Cette approche est également à l'origine de cet ouvrage et des travaux que nous avons réalisés.

2. La Banque Mondiale prévoit une perte de 23 milliards de dollars en 2015 et 2016 pour les pays d'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie.

la force de travail nécessaire au développement, mais les sociétés pauvres ne sauraient non plus subvenir aux besoins en santé de leurs populations – tout comme elles ne peuvent fournir l'éducation pour tous. La santé est donc intimement liée au développement, même si cet aspect est moins souvent évoqué à propos de l'Afrique que les problèmes de gouvernance, les conflits interethniques ou religieux, ou encore les conséquences de la colonisation.

En dehors de ces considérations macrosociales, la santé, comme état physiologique socialement construit et profondément vécu, constitue une dimension fondamentale de la qualité de vie subjective des individus ou, pour le dire en d'autres termes, du sentiment de vivre ou bien ou mal dans un environnement et à un temps donnés. À travers divers mécanismes, directs et indirects, collatéraux et de contagion, les problèmes de santé affectent (et sont affectés par) les relations sociales, les conditions économiques ou encore le sentiment de bien-être. La maladie, les douleurs, les incapacités fonctionnelles, ne concernent pas que le corps, mais bien l'homme dans sa globalité et sa complexité biologique, psychologique et sociale.

L'étude des questions liées à la santé ne peut donc plus être envisagée sous un prisme épistémologique et disciplinaire unique. Les représentations et les pratiques des individus, ainsi que l'environnement – physique et social – dans lequel ils évoluent, sont des éléments indispensables à la compréhension des états de santé des populations. L'interdisciplinarité est une démarche indispensable aux travaux menés sur la santé. Les approches environnementales, anthropologiques, médicales et sociales doivent être croisées et coordonnées si l'on veut aboutir à des résultats novateurs s'approchant davantage de la complexité des phénomènes sanitaires.

C'est précisément dans l'optique de décrire et d'analyser de manière systématique et coordonnée les relations complexes entre l'environnement, la santé et les différentes sociétés d'Afrique de l'Ouest que l'UMI 3189 *Environnement, Santé, Sociétés* a été créée par le CNRS, en partenariat avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, l'Université de Bamako et le CNRST du Burkina Faso ; rejoints ensuite par l'Université Gaston Berger de Saint-Louis

Introduction

(Sénégal). Il s'agissait de construire et de conduire des études comparatives afin d'y analyser les diverses dimensions environnementales, sanitaires et démographiques avec les outils et les méthodes de la géographie, des sciences de l'environnement, de la médecine, de l'anthropologie biologique et culturelle et de la sociologie. Les thématiques sont nombreuses, mais elles ont d'abord eu la particularité de focaliser l'effort de recherche sur trois villes d'Afrique de l'Ouest – Dakar, Bamako, Ouagadougou – s'étant développées dans des contextes écogéographiques différents (mer, fleuve, plateau). Cette organisation de recherche originale construit une structure verticale Nord/Sud, mais aussi une structure horizontale entre les trois pays de la sous-région que sont le Sénégal, le Mali et le Burkina Faso ; élément auquel les collègues africains ont été très sensibles. Cette stratégie de développement d'un partenariat scientifique original Nord-Sud a débouché sur l'élaboration d'un milieu de recherche performant, évalué scientifiquement par les instances compétentes et ayant une reconnaissance internationale.

Les objectifs scientifiques étaient de décrire et d'analyser les relations complexes entre des environnements spécifiques (urbains, sahéliens...), des états de santé et des dynamiques sociales en Afrique de l'Ouest, pour tenter de montrer les liens entre états de santé, changements climatiques, modification des paysages et des systèmes agronomiques ou sylvo-pastoraux. Il fallait aussi mettre en évidence les relations entre évolutions sociodémographiques, urbanisation et états de santé afin de comprendre les changements des comportements alimentaires et des modes de vie, la modification des pathologies (transition épidémiologique), les cycles de vie, en particulier la croissance et le développement de l'enfant tout comme le vieillissement de la population, ou encore les transformations de la structure familiale et des liens socio-affectifs. Enfin, l'analyse des liens entre sociétés, innovations sanitaires et délivrance des soins est également apparue comme une thématique centrale pour saisir les logiques à l'œuvre dans le recours aux professionnels de santé dans la sous-région.

Cette volonté de dynamique interdisciplinaire s'est instaurée grâce à la diversité des disciplines scientifiques représentées et à leurs

objectifs ciblés, que ce soient les sciences de l'environnement dans la compréhension de la transformation des espaces écologiques et des impacts de ces transformations sur les modes de vie et les pathologies ; les sciences biologiques et médicales pour les recherches épidémiologiques, la complexité des prises en charge thérapeutiques, les déterminants biologiques et génétiques, les pharmacopées populaires ; les sciences humaines, en particulier l'anthropologie biologique pour analyser l'évolution et la variabilité des caractères biologiques en fonction des transformations des environnements naturels et sociaux (c'est-à-dire en fonction du niveau d'anthropisation des milieux) et l'anthropologie sociale pour la compréhension des conduites socio-culturelles et des interactions entre populations et services de santé.

Les grands enjeux de la santé en Afrique de l'Ouest ont été analysés autour de cinq thématiques. La première aborde l'impact des différents types de pollution sur la santé, tout en intégrant la dimension anthropique dans la création et la gestion de ces formes de pollution. Quels sont les niveaux de pollution de l'air, de l'eau et du sol dans les villes d'Afrique de l'Ouest, les zones périurbaines et les zones rurales ? Quelles sont les conséquences de cette pollution sur la santé, comme par exemple sur les maladies respiratoires, les pathologies gastro-intestinales, ou encore les cancers ? Comment les sociétés peuvent-elles réduire ces niveaux de pollution ? Ainsi, des études menées à Dakar sur la qualité de l'air et ses conséquences en termes sanitaires, ont montré de grandes disparités selon les zones géographiques (Gning, 2011). Les individus travaillant au centre-ville (Dakar Plateau), où la circulation automobile est extrêmement dense et la ventilation limitée par la hauteur des habitations, développent bien plus souvent des pathologies respiratoires que ceux qui travaillent au nord de l'île (dans les quartiers de Yoff ou des Almadies par exemple), aux habitations horizontales et balayées par le vent marin. En milieu rural burkinabé, on a montré que l'eau des forages et des puits n'était le plus souvent pas potable selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans les forages, 30 % des échantillons prélevés présentaient des taux de nitrates incompatibles avec leur consommation courante, 90 % montraient une tur-

Introduction

bidité importante ; quant aux puits, tous apparaissaient pollués par des matières fécales, avec des concentrations d'*Escherichia Coli* et de bactéries coliformes fécales dépassant respectivement 10^3 et 10^4 CFU/100 ml. Cette même étude montrait d'ailleurs que les populations locales privilégiaient, pour des raisons culturelles, les puits aux forages, indiquant à quel point la sensibilisation des populations à la pollution de l'eau et à ses conséquences constituait une urgence sanitaire dans ce contexte (Savadogo *et al.*, 2013).

La seconde thématique développe des recherches sur l'impact conjugué de l'environnement et des changements sociétaux sur les pathologies chroniques non transmissibles. Le rôle joué par les facteurs environnementaux et non environnementaux dans la survenue de pathologies invalidantes pour les populations et pour le développement, est une thématique forte dans la recherche appliquée en Afrique. L'épilepsie, dont la prévalence est de cinq à dix fois plus élevée dans les régions tropicales, s'inscrit totalement dans ce contexte. Ainsi, le programme RARE (Recherche Action – Recherche sur l'Épilepsie) a montré, dans les zones rurales du Mali, que lorsque les patients épileptiques étaient traités avec du Phénobarbital, fourni gratuitement dans les centres de santé, l'observance et l'efficacité du traitement étaient très satisfaisantes : plus de 56 % des malades n'avaient pas connu de crise durant la première année du suivi (Bruno *et al.*, 2012). À Dakar, les chercheurs de cette thématique s'intéressent avant tout aux pathologies cardiovasculaires et métaboliques – principalement l'hypertension artérielle et le diabète – ainsi qu'à leurs facteurs de risques, comme l'obésité. Ils ont notamment montré que ces pathologies, souvent considérées comme caractéristiques des pays dits développés, touchaient lourdement la capitale sénégalaise. Selon leurs analyses, la population dakaroise adulte présente des prévalences d'hypertension artérielle et de diabète proches de celles observées dans les sociétés occidentales (Duboz *et al.*, 2012a, 2014). En revanche, le suivi médical de ces pathologies est loin d'être comparable à ce qui est observé dans les pays du Nord (Macia *et al.*, 2011). De telles données confortent, et permettent de mieux saisir, certaines prévisions indiquant que les pathologies chroniques non transmissibles sont sur le point de constituer le principal

fardeau sanitaire, en termes de morbidité et de mortalité, pour les populations africaines (Mathers & Loncar, 2006).

De manière tout à fait complémentaire, la troisième thématique regroupe des chercheurs travaillant sur les pathologies transmissibles, notamment le paludisme et la schistosomiase. Leur démarche est également pluridisciplinaire, intégrant sciences biologiques et médicales, sciences de l'homme et de la société et sciences de l'environnement. Leurs travaux s'étendent des variations génomiques des parasites aux représentations des maladies et aux stratégies mises en place par les individus pour ne pas les développer et les traiter. Pour ne donner que quelques exemples, des travaux réalisés au Mali ont montré la difficulté à mettre en place, comme recommandés par l'OMS, des traitements préventifs ponctuels du paludisme chez les femmes enceintes à cause d'une attitude réfractaire des personnels de santé à leur égard (Hill *et al.*, 2013). D'autres recherches ont aussi mis en évidence la saisonnalité des infections par les helminthes intestinaux et *Schistosoma haematobium* dans les zones rurales, comme dans la région Dogon de Pongonon, où ces prévalences augmentent drastiquement en fin de saison des pluies, faisant probablement des adultes leurs réservoirs principaux (Niangaly *et al.*, 2012). Les travaux d'ordre plus moléculaire et cellulaire de cette équipe peuvent être illustrés par une analyse portant sur les différences entre les Peuls, relativement protégés contre *Plasmodium falciparum*, et les Dogons, plus fréquemment impaludés. Ce travail a montré que les réponses de plusieurs récepteurs de type Toll (TLR4, TLR7 et TLR9) étaient inhibées par *P. falciparum* chez les enfants dogons alors qu'elles ne l'étaient pas chez leurs homologues peuls. De tels résultats expliquent, du moins en partie, les différences de susceptibilité observées face au paludisme entre groupes populationnels géographiquement et culturellement proches.

La quatrième thématique est principalement constituée d'anthropologues et de médecins amenés à penser les fonctionnements et dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest. Les questions encore prégnantes de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile, comme la persistance et l'émergence des épidémies, en constituent son noyau dur car, après des décennies de recherches

Introduction

sur ces objets, ces problèmes semblent encore loin d'être résolus (Jaffré, 2009). Il est donc nécessaire de les aborder sous un angle nouveau, interdisciplinaire, croisant les approches et les méthodes, et d'y ajouter la question technique des banques de sang et des transfusions, dont l'aspect polysémique permet également d'aborder ces questions de manière novatrice. Chaque année, dans le monde, 10 millions d'enfants décèdent et l'Afrique représente pratiquement la moitié de la mortalité des moins de 5 ans alors que ce continent ne compte que 22 % de l'ensemble des naissances. Les chercheurs de cette thématique se sont donc regroupés autour du projet « L'enfant dans les services de pédiatrie en Afrique de l'Ouest. Étude anthropologique du fonctionnement des services de néonatalogie et de pédiatrie pour améliorer la qualité des soins pédiatriques dans 7 pays africains (Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo, Bénin) » qui a apporté un certain nombre de réponses concernant l'amélioration potentielle des services hospitaliers (Jaffré, 2013 ; Jaffré & Guindo, 2013). Les questions de la construction corporelle, de la santé et du bien-être ont également été abordées sur le vaste terrain d'interactions culturelles et sociales qu'entretient le monde touaregophone avec des environnements culturels et linguistiques multiples qui se déploient sur l'aire immense et diversifiée du Sahel, du Sahara et de la Méditerranée, dans un contexte de mondialisation où circulent intensément les savoirs et les pratiques liés au corps. Des recherches ont porté sur les liens établis entre corps, environnement et société ; sur les représentations de la santé et du bien-être (Claudot-Hawad, 2011 ; Claudot-Hawad, 2012) ; sur les soins thérapeutiques en lien notamment avec la médecine thermique en usage chez beaucoup de tradipraticiens ; sur les choix et les usages combinés des systèmes médicaux ; sur les principes et les valeurs qui modèlent l'éducation et le dressage du corps suivant les milieux ; sur les règles destinées à fabriquer une apparence socialement acceptable, y compris concernant l'alimentation ; enfin sur les rapports entre environnement, mode de vie et habitat, alors même que les matériaux de construction qu'utilisent les nomades disparaissent à cause de la surexploitation des ressources végétales pour les besoins des villes.

Enfin, la cinquième thématique est consacrée aux transformations des modes de vie en Afrique de l'Ouest et à leurs conséquences sur la santé des populations. Les chercheurs de cette équipe insistent notamment sur l'urbanisation et les migrations, la transition démographique, le cycle de vie et en particulier le vieillissement des populations, comme facteurs de contextualisation. Par exemple, comprendre la forte prévalence de l'obésité à Dakar implique de s'intéresser aux notions émiques de l'embonpoint. C'est ainsi que des travaux ont démontré la valorisation par la population d'un corps – non pas obèse – mais en surpoids, valorisation en partie héritée d'une histoire des manques qui ont longtemps affecté les populations de la sous-région (Cohen, 2012). Aujourd'hui, à Dakar, le corps en surpoids est un symbole de prospérité et de bien-être, indiquant que tout se passe bien dans le couple et dans la famille, que le foyer dispose de revenus nécessaires à la satisfaction de ses besoins, ou encore que l'on est en bonne santé. Dans le domaine du vieillissement, pour prendre un autre exemple, la comparaison des données obtenues dans la sous-région avec celles recueillies dans les sociétés occidentales a montré des différences majeures susceptibles de remettre en cause certaines théories gérontologiques. Un travail récent réalisé au Sénégal a de cette manière montré qu'à Dakar, à la différence de ce qui peut être observé en Europe ou en Amérique du Nord, le bien-être subjectif n'est pas associé au sentiment d'être plus jeune que son âge. Cette illusion positive (ou *self-enhancing illusion*) ne semble par conséquent valable que dans les sociétés individualistes valorisant jeunesse et performance, et non dans les sociétés plus holistes ou collectivistes, qui tendent encore à accorder des rôles importants, valorisants et valorisés aux plus âgés (Macia *et al.*, 2012). À l'opposé du cycle de vie, des études portant sur la malnutrition des jeunes enfants vivant dans la banlieue de Dakar ont quant à elles démontré que l'état nutritionnel des 0-3 ans était relativement satisfaisant par rapport à d'autres pays d'Afrique, avec « seulement » 6 % d'insuffisance pondérale (Buttarelli *et al.*, 2012). Pour terminer, signalons aussi que des travaux menés par des chercheurs de cette équipe sur les phénomènes migratoires ont démontré l'impact néfaste que pouvait avoir la vie en ville sur la

Introduction

santé des migrants : arrivés en bonne santé, il ne leur faut que dix ans d'installation en ville pour développer les pathologies classiques du surplus alimentaire et de la sédentarité, à l'instar de l'hypertension artérielle (Duboz *et al.*, 2012b).

Cet ouvrage ne peut résumer l'ensemble travaux menés par les chercheurs de l'UMI 3189, ayant produit en cinq années plus de 350 articles dans des revues internationales à comité de lecture, une dizaine d'ouvrages scientifiques individuels et autant d'ouvrages de vulgarisation. Il illustre simplement cette recherche collaborative entre chercheurs du Nord et du Sud, au travers d'objets particulièrement pertinents pour comprendre les liens entre santé et sociétés en Afrique de l'Ouest.

Références bibliographiques

- BRUNO E., NIMAGA K., FOBA I., VIGNOLES P., GENTON P., DOUMBO O.K., GÉRARD D., PREUX P.M., FARNARIER G., 2012, « Results of an Action-Research on Epilepsy in rural Mali », *PLoS One.*, 7, e44469.
- BUTTARELLI E., CHAPUIS-LUCCIANI N., BADIANE S., GUEYE L., 2012, « État nutritionnel du jeune enfant (0-3 ans) à Pikine-Dagoudane en milieu urbain sénégalais », *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 25, p. 83-98.
- CLAUDOT-HAWAD H., 2012, « Harmoniser l'homme au cosmos : maquillages rituels chez les Touaregs (Aïr, Sahara central) », in G. BOËTSCH, A. GUERCI, L. GUEYE, A. GUISSÉ (éds.), *Les plantes du Sahel*, Paris, CNRS Éditions, p. 387-399.
- CLAUDOT-HAWAD H., 2011, « Plus belle qu'une troupe de faons... L'imaginaire de la beauté chez les Touaregs », *Studi Maghrebini*, Nuova Serie, IX, p. 51-64.
- COHEN E., 2012, *La Construction sociale du corps chez les Sénégalais, une clé pour appréhender leur rapport à la corpulence dans le contexte de la transition des modes de vie*, Thèse d'Anthropologie Biologique, soutenue à l'Université d'Aix-Marseille.

Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest

- DUBOZ P., BOËTSCH G., GUEYE L., MACIA E., 2014, « Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control in Dakar (Senegal) », *Journal of Human Hypertension*, 28, p. 489-493.
- DUBOZ P., CHAPUIS-LUCCIANI N., BOËTSCH G., GUEYE L., 2012a, « Prevalence of Diabetes and Associated Risk Factors in a Senegalese Urban (Dakar) Population », *Diabetes & Metabolism*, 38, p. 232-236.
- DUBOZ P., CHAPUIS-LUCCIANI N., BOËTSCH G., GUEYE L., 2012b, « Migrations and hypertension in Dakar », *American Journal of Physical Anthropology*, 149, p. 250-258.
- GNING I., 2011, *Influence du niveau de la pollution atmosphérique sur la survenue des pathologies respiratoires chez les commerçants de Sandaga et les agents de sécurité de l'hôtel Méridien de Dakar*, Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar.
- HILL J., KAYENTAO K., TOURÉ M., DIARWARA S., BRUCE J., SMEDLEY J., DOUMBO O.K., KUILE F.O., WEBSTER J., 2014, « Effectiveness of Antenatal Clinics to Deliver Intermittent Preventive Treatment and Insecticide Treated Nets for the Control of Malaria in Pregnancy in Mali : a Household Survey », *PLoS One*, 20, e92102.
- JAFFRÉ Y. (dir.), 2009, « *La bataille des femmes* ». *Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Les Éditions Faustroll.
- JAFFRÉ Y., 2013, « Les corps sociaux des enfants », *Corps, Revue Interdisciplinaire*, 11, p. 197-202.
- JAFFRÉ Y., GUINDO A., 2013, « “On ne s’occupe pas assez d’eux” – Anthropologie d’un dispositif de soins pédiatrique en Afrique de l’Ouest », *Anthropologie et sociétés*, 37, p. 157-177.
- MACIA E., DUBOZ P., GUEYE L., 2011, « Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among Adults Aged 50 and Older in Dakar, Senegal », *Cardiovascular Journal of Africa*, 23, p. 265-9.
- MACIA E., DUBOZ P., MONTEPARE J.M., GUEYE L., 2012, « Age Identity, Self-Rated Health and Life Satisfaction Among Older Adults in Dakar, Senegal », *European Journal of Ageing*, 9, p. 243-253.
- MATHERS C.D., LONCAR D., 2006, « Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 », *PLoS Medicine*, 3, e442.
- NIANGALY H., DJIMDE A.A., TRAORE B., SANGARE C.P., GUINDO D., KONATE D., DIAKITE M., DIALLO N., MAÏGA-ASCOFARE O., SOGOBA N., DABO A., DOUMBO O.K., 2012, « Seasonal Variability of Intestinal Helminths and “Schistosoma

Introduction

haematobium” in a Rural Area of the Sahel in Mali », *Médecine et Santé Tropicales*, 22, p. 430-4.

SAVADOGO B., KABORÉ A., ZONGO D., PODA J.N., BADO H., ROSILLON F., DIANOU D., 2013, « Problematic of Drinking Water Access in Rural Area : Case Study of the Sourou Valley in Burkina Faso », *Journal of Environmental Protection*, 4, p. 31-50.

SEN A., 1987, *Commodities and Capabilities*, Oxford, Oxford University Press.

WEBSTER J., KAYENTAO K., DIARRA S., DIAWARA S.I., HAIBALLA A.A., DOUMBO O.K., HILL J., 2013, « A qualitative health systems effectiveness analysis of the prevention of malaria in pregnancy with intermittent preventive treatment and insecticide treated nets in Mali », *PLoS One*, 8, e65437.

VIH, Ebola, choléra...

- LATOUR B., WOOLGAR S., 1988, *La Vie de laboratoire. La Production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte.
- LE GAC S., COUTHERUT J., DESCLAUX A., DIALLO M.B., NGOM N.F., LANDMAN R., *et al.*, 2011, « Réalités et Enjeux de la participation des femmes dans les essais cliniques sur les antirétroviraux : expérience au Sénégal », in A. DESCLAUX, P. MSELLATI, K. SOW (éds.), *Les Femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, ouvrage en ligne, ANRS, p. 219-232.
- LIVINGSTON J., 2012, *Improvising Medicine. An African Oncology Ward in an Emergency Cancer Epidemic*, Duke, University Press.
- LONG N., 1992, « From Paradigm Lost to Paradigm Regained ? The Case for an Actor-oriented Sociology of Development », in N. LONG, A. LONG (éds.), *Battlefields of Knowledge. The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development*, Londres, Routledge.
- LONG N., 2001, *Development Sociology, Actor Perspective*, Londres, Routledge.
- MADHI S., ISMAIL K., O'REILLY C., CUTLAND C., 2004, « Importance of Respiratory Syncytial Virus Infections in an African Setting », *Tropical Medicine and International Health*, 9(4), p. 491-498.
- MARKS S., 1994, *Divided Sisterhood*, Johannesburg, Witwatersrand University Press.
- MOÏSI D., 2010, *La Géopolitique de l'émotion*, Paris, Flammarion.
- N'DOYE B., HUGARD L., DIEM Y., 1995, « Septicémies nosocomiales dues à des entérobactéries multirésistantes : premières considérations à partir de 32 cas observés dans un environnement hospitalier africain », *Médecine Tropicale*, 55 (4), p. 354-56.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2005, *Anthropology and Development : Understanding Contemporary Social Change*, Londres, ZedBook.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008, *La Rigueur du qualitatif. Les Contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Paris, Academia.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 2006, Country Health System Fact Sheet, Niger ; http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_afro_ner_niger.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 2012 ; <http://www.who.int/gpsc/background/fr/index.html>
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 2015, Ebola Situations Reports ; <http://apps.who.int/ebola/en/current-situation/ebola-situation-report>

Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest

- ONUSIDA, 2014, Rapport 2014 ; <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport>
- PENEFF J., 1992, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métailié.
- POPE C., ZIEBLAND S., MAYS N., 2000, « Qualitative Research in Health Care. Analyzing Qualitative Data », *British Medical Journal*, 320, p. 114.
- POUCHELLE M.-C., 2008, *L'Hôpital ou le Théâtre des opérations*, Paris, Seli Arslan.
- ROBIN C., 2006, *La Peur. Histoire d'une idée politique*, Paris, Armand Colin.
- SAINSAULIEU R., 1988, *L'Identité au travail*. Paris, Presses de Sciences Po.
- SIMON F., DEMORTIÈRE E., CHADLI M., 2006, « Le Risque nosocomial en Afrique intertropicale. Partie 1 : Le contexte », *Médecine Tropicale*, 66, p. 91-96.
- SUETENS C., 2011, « Surveillance et Prévention des infections nosocomiales, 10 ans du Raisin », *Actes du colloque Raisin*, InVS, 27 avril 2011, p. 6.
- VEYNE P., 1996, « L'Interprétation et l'Interprète. À propos des choses de la religion », *Enquête*, 3, p. 241-272.
- ZELIZER V., 1983, *Moral and Markets. The Development of Life-insurance in the United States*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- ZELIZER V., 2005, *The Purchase of Intimacy*, Princeton, Princeton University Press.