

Éducation relative à l'environnement et médecine traditionnelle : cas des femmes déplacées internes de la crise postélectorale de 2010 en Côte d'Ivoire

Kabran Aristide Djane

Enseignant-Chercheur

Département de Sociologie

UFR des Sciences Sociales

Université Peleforo Gon Coulibaly de Korbogo (Côte d'Ivoire)

Email : djanekabran@yahoo.fr

Résumé

Quatre paradigmes orientent la recherche en Education Relative à l'Environnement (ERE); ce sont entre autres le paradigme positiviste-béhavioriste; le paradigme interprétatif-humaniste; le paradigme sociocritique et le paradigme de la réflexivité. Si les trois premiers trouvent un terrain privilégié de recherche, le dernier par contre est en pleine construction dans ce champ d'ERE. C'est donc à cette finalité que répond cette production scientifique qui met en exergue, la médecine traditionnelle et la planification familiale comme objet de recherche de l'ERE en prenant comme espace empirique, le cadre postélectorale de 2010 qui a vu le déplacement forcé de la couche de population vulnérable (femmes et enfants). Partant des résultats de recherche effectuée dans la région d'Aboisso (Sud-Est Ivoirien), qui a permis d'interroger 213 femmes déplacées internes du fait de la crise post-electorale, 17 tradipraticiennes et 4 médecins, l'analyse qualitative et quantitative fait ressortir que l'adoption de la médecine traditionnelle, comme pratiques sanitaires alternatives à la médecine moderne par les femmes déplacées internes dans un environnement de crise où le système sanitaire est complètement déstructuré, dépend fondamentalement de trois logiques : santé, écologique et économique. Cependant ces trois logiques s'articulent autour de l'éducation à l'environnement qui structure la représentation sociale de ses acteurs et l'ancrage de cette forme de médecine dans leurs pratiques.

Mots clés : Contraception verte, Crise postélectorale, Education relative à l'environnement, Femmes déplacées internes, Médecine traditionnelle.

Abstract

Ostensibly, four basic paradigms do serve as the investigating frameworks

for related researches focusing on environmental education (that is, the behaviorist-positivist; the interpretive-humanist; the socio-criticist and the reflexivist). While the first three schools of thought are presently popular amongst researchers, the fourth is still largely unpopular, though presently emerging, in this field of environmental education. It is against this background that my research seeks to understand the interconnections between the production highlights of traditional medicine and family planning as a search for EE is taking an empirical space (part of the post-election in 2010 in Ivory Coast that led to forced displacement of vulnerable population – women and children), engaging all useful approaches. Based on the results of my research in the Aboisso (Southeast, Ivory Coast), which employed questionnaire technique to interrogate 213 internally displaced women (due to the post-electoral crisis in the country); 17 therapists and 4 doctors. Both qualitative and quantitative analyses of the sourced data revealed that the adoption of traditional medicine as an alternative to modern medicine by internally displaced women in a crisis situation, where the health system is completely unstructured, depends fundamentally on three determinants: health, ecological and economic. However, these three approaches are premised on extant environmental education, which considerably structures the social representation of the actors and the utilization of this form of medicine in medical practices.

Keywords: Green contraception, post-election crisis, environmental education, internally displaced women, traditional medicine.

Introduction

Depuis le démarrage de la crise ivoirienne, une forte mobilité de la population est observée à travers le pays avec un pic après la crise postélectorale de Novembre 2010 ; les femmes et les enfants restent ainsi les plus vulnérables de cette situation. Par ailleurs, à la suite de l'embargo sur les ports d'Abidjan et de San-Pédro, l'importation de médicaments s'estompa, mettant alors à mal, le système sanitaire moderne et les différents programmes de planification familiale en cours dans le pays. Les déplacés internes en Côte d'Ivoire, les femmes en particulier appauvries par la situation s'en remettent alors à la médecine traditionnelle, à leur pré-acquis de l'environnement (éducation à l'environnement) surtout dans la contraception en vue d'éviter des grossesses non désirées, dans une période aussi difficile. L'objectif de cette production scientifique est de comprendre les déterminants et les logiques qui fondent l'appropriation de la méthode contraceptive issue de la médecine traditionnelle, basée sur les connaissances

de l'environnement, des plantes, par les femmes déplacées interne du fait de la guerre vers la région d'Aboisso, proche de la frontière du Ghana, en Côte d'Ivoire. Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont des personnes ou des groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État. Aussi la question principale qui a guidé cette démarche a été la suivante : Qu'est ce qui fondent l'appropriation des méthodes de contraception basée sur la médecine traditionnelle (formalisée par une éducation à l'environnement) par les femmes déplacées interne du fait de la guerre vers la région d'Aboisso, proche de la frontière du Ghana, en Côte d'Ivoire ?

Cet article a certes un fondement empirique mais dépeint une portée sociale et sanitaire ; ainsi, en période de crise armée, la médecine traditionnelle basée sur une bonne connaissance de l'environnement (éducation à l'environnement au préalable) soutient néanmoins les pratiques contraceptives modernes. Ces méthodes nécessitent qu'on s'y attarde dans les différents programmes d'aides aux déplacés de guerre afin de mieux soutenir psychologiquement ces femmes déplacées et en difficulté.

Les fondements théoriques d'une telle démarche sur la recherche conciliant les concepts de Planification familiale, crise armée ne sont pas récentes mais celles qui lient tout ceci aux concepts de médecine traditionnelle et à l'éducation relative à l'environnement sont en construction. Epistémologiquement, une telle démarche s'en trouve renforcée par l'approche socioconstructiviste dans la mesure où elle aide à mettre en évidence, que certaines interactions sociales et contextuelles sont susceptibles de faire progresser l'acteur social 'femme déplacé interne' au niveau de ses structures cognitives. C'est donc une mise en relation entre le cognitif de ces femmes et le social dans la genèse de l'intelligibilité qui les conduit à l'appropriation de la médecine traditionnelle que cette approche socio-constructive structure dans cet article. En outre, l'approche réflexive renforce cette démarche. En effet, l'apport de cette dernière approche réside dans sa capacité à exhumer le principe de la continuité de l'expérience acquise (Dewey, 2007) par ses femmes déplacées internes au cours de leur vie et par la trajectoire de la prise de décision d'adoption de la médecine traditionnelle par ces femmes dans leur mode de contraception. En outre, s'appuyant sur une perspective mixte d'abord quantitative, ensuite qualitative, cette production scientifique organise à partir des réponses du questionnaire adressé aux enquêtés, une statistique descriptive des déterminants à l'adoption de la médecine traditionnelle par les femmes déplacées internes dont la logique est finalement discutée qualitativement. Cette vue s'accapare ainsi les recommandations sur la mixité des approches de Johnson et Onwuegbuzie (2004) qui y voient une robustesse au niveau de la validité des résultats de recherche.

Contextuellement, cette recherche a eu lieu dans la région d'Aboisso dans le Sud-est

de la Côte d'Ivoire qui a accueillie le tiers des déplacés de guerre depuis Novembre 2010. La ville d'Aboisso est située dans une zone de forêt à relief de collines et de vallées dans le Sud-Est de la Côte d'Ivoire. Elle se trouve à 120 km d'Abidjan et à 60 km de la frontière avec le Ghana.

Carte 1: Site de l'étude (Aboisso/Côte d'Ivoire) (2011)



Les données recueillies, proviennent de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) (2009) et des données de la préfecture d'Aboisso (2010) sur les migrations internes des femmes. L'enquête s'est déroulée sur deux semaines durant le mois de février 2011 sur 213 femmes déplacées internes du fait de la crise postélectorale, 17 tradipraticiennes et 4 médecins, arrivés à Aboisso entre Septembre 2010 et Janvier 2011. Un échantillonnage non probabiliste de type accidentel a été utilisé dans le choix des répondants. Aussi, les trois instruments de collecte que sont le questionnaire, le guide d'entretien et la grille d'observation ont-ils été utilisés sur tous les répondants en vue de permettre une triangulation des informations et parvenir à un niveau de saturation acceptable de la vérité scientifique. L'analyse de contenu des données d'entretien, ainsi que le traitement statistique des questionnaires semi-dirigés ont été effectué sur Excel et sur le logiciel Sphinx Lexica V5.

Logique de santé, logique écologique et logique économique en contexte de crise sociopolitique

Les données recueillies lors de cette recherche exposent que sur 73% des femmes déplacées et enquêtées utilisent des méthodes contraceptives issues de la médecine traditionnelle. Parmi celles-ci, seulement 13% demande l'avis de leur conjoint. La méthode la plus utilisée à 86% est la purge d'écossees d'arbres écrasées. Le reste en tisane de feuilles qu'elles boivent. 93% des cas, utilisent ces méthodes pour éviter l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus; les cas de fécondation et d'ovulation sont absents de leur discours. 37% des femmes utilisent les conseils d'un tradipraticien (spécialiste de la médecine des plantes), le reste fait de l'automédication (55%) ou sur conseil d'amis (8%) ayant une bonne connaissance de l'apport de la nature à la contraception. Le choix de la méthode traditionnelle, basée sur la connaissance de l'environnement, provient du manque d'argent à 15%, du comportement du conjoint à 52% et des conditions actuelle de vie 33%. Parmi ces femmes déplacées, 37% de nationalités étrangères avouent pratiquer la contraception traditionnelle depuis plus de 5 ans, tandis que 83% des ivoiriennes avouent avoir migré vers cette méthode du fait de la crise postélectorale et 53% de celle-ci compte bien y rester. En outre, 43% disent avoir des diarrhées, 35% des vomissements et 22% des menstrues irrégulières à la prise de ces méthodes traditionnelles sur l'environnement. Enfin, 73% avouent que la purge a plus d'effet escompté que l'absorption de tisanes. Ainsi ces résultats seront discutés dans les lignes suivantes.

Logique de santé

A l'observation de ces résultats, il ressort qu'en contexte de crise armée et avec une déstructuration du système de santé, l'instinct de survie ramène aux prénotions que les acteurs sociaux ont de l'environnement et de son rapport à la santé. L'acteur-patient dans ce cas de figure se trouve confronté à deux logiques, une logique de santé moderne et une logique de santé traditionnelle faisant appel à des prénotions et prédispositions écologiques. Aussi, la crise post-électorale de 2010, qui a vu la déstructuration du système sanitaire a inhibé la logique de santé moderne avec son corollaire de programme de santé publique, de distribution de médicaments pharmaceutiques. Cette logique de santé moderne étant avant tout basée sur une logique de profit, économique conduit l'acteur-patient à reconsidérer son rapport avec sa logique de santé lorsque le système est en crise. Aussi, cette logique moderne de santé obéit-elle à un itinéraire thérapeutique que le patient suscite quand ce système moderne existe et lorsque l'acteur patient a confiance en lui. Or dans le cas ivoirien et dans un contexte de déstructuration, les acteurs patients déplacés internes n'avaient plus confiance en leur système sanitaire. Magezi (2012) indique que cette logique est fortement corrélée à la communauté et le rôle qu'elle joue sur l'acteur-patient. Il va même plus loin en indiquant que cette logique de santé moderne dans un contexte africain est fortement annexée par une démarche de spiritualité de la part de l'acteur-patient. Aussi dans le cas où cette logique de santé moderne viendrait à être en crise, Pretorius (1991) indique que la médecine moderne et la médecine traditionnelle travaillent pour le même tandem : logique de santé. Ainsi recourir à la médecine traditionnelle pendant que la médecine moderne est en crise, explique surtout une volonté de survie. De plus, recourir à la médecine traditionnelle comme instrument de prévention pour des préoccupations de planification familiale est suscité selon des acteurs-patients, à une volonté de ne pas se laisser piégé par une incertitude grandissante dans un contexte de crise armée. Aussi certains auteurs tels que (Stepan, 1983) indiquent que ce saut de la logique de médecine moderne à une logique de médecine traditionnelle provient du fait que l'acteur-patient considère ces deux logiques comme des dimensions non opposées d'une même matrice à savoir 'la logique de santé'. Mais cette assertion de Stepan ne fait que relever les travaux de Spring (1980). Ainsi, pour ce dernier, l'attitude de l'acteur-patient, dans notre cas de figure, les déplacés interne de guerre, se justifie par les représentations que ceux-ci se font de leur logique de santé. Aussi l'acteur-patient adopte-t-il le système de santé dans lequel il est inscrit et y circonscrit une logique de rationalité (logique économique). En outre, Spring indique que l'acteur-patient ne peut s'inscrire que dans quatre systèmes ou schémas de collaboration (Stepan, 1983) entre logique de santé moderne et logique de santé traditionnelle. Ce sont le système exclusif ou monopolistique, où seul est possible la médecine moderne tout en excluant toute autre forme de soins; le système tolérant, qui tire sa source de la

politique du 'laisser-faire' fondée exclusivement sur la médecine allopathique et recusant virtuellement l'existence de la médecine traditionnelle; le système inclusif ou parallèle qui legalise concomitamment la médecine allopathique et la médecine traditionnelle tout en permettant à deux ou plusieurs modes de traitement de coexister ; enfin le système intégré, plus avancé, qui combine tant la médecine moderne que la médecine traditionnelle dans la formation des étudiants en médecine. Par ailleurs, Pretorius (1991) complète cette classification en précisant que les pays francophones, anciennes colonies françaises n'adoptent que le système exclusif (Stepan, 1983). La Côte d'Ivoire n'y déroge donc pas. Cependant, si l'acteur-patient adopte la médecine traditionnelle alors que la logique légale de santé propose un système exclusivement moderne, c'est que dans sa représentation, il y voit dans son système de santé, un système parallèle permettant un saut alterné de la médecine moderne à la médecine traditionnelle. Ainsi en cas de crise dans la médecine moderne tel que ce fut le cas, en Côte d'Ivoire durant la crise post-électorale, l'acteur-patient, déplacés de guerre a très vite fait son « saut » en vue de retrouver sa guérison. Spring (1980) conceptualise la relation entre ces deux types de logiques de médecine et le cloisonnement fait par les acteurs-patients africains.

Figure 1: Modèle analogique de la relation entre la médecine biomédical et la médecine traditionnelle (Spring, 1980, p. 59)



Mais dans une situation d'urgence, le choix d'une médecine traditionnelle en réponse à une médecine moderne positiviste (Yao, 2004) en crise, requiert des prénotions et une bonne maîtrise de la logique écologique et de ses implications sanitaires.

Logique écologique

Le rapport à l'environnement a depuis longtemps constitué un lien d'intimité entre l'Africain et son espace environnemental. Ce rapport d'intimité s'intensifie au fur à mesure que cet environnement se sacralise par des rituels institués. Cette sacralisation donne alors à l'environnement Africain, un enjeu de spiritualité et d'intimité permanente avec les ancêtres ; des ancêtres gages de la connaissance thérapeutique issue de l'environnement. Aussi si cette connaissance de l'environnement est due à une transmission des ancêtres qui peuvent se faire soit en songe, soit par un rituel initiatique en forêt sacrée, il demeure que de nouveaux protocoles existent dans l'appropriation des connaissances écologiques qui construisent la maîtrise de la thérapeutique de santé. Cette logique écologique est sans nul doute, un ancrage de l'appropriation des protocoles écosystémiques de l'environnement par le patient ou le thérapeute. Ainsi la reconnaissance d'une thérapie basée sur des enjeux environnementaux indique essentiellement que l'un ou l'autre de ses acteurs aient déjà eu une expérience positive du rapport entre la logique écologique de santé et sa santé individuelle. L'environnement constituerait alors dans ce cadre la base d'un développement consciente du rapport écologique à la santé. Dans une telle structuration définie par l'environnement biophysique des plantes, le caractère thérapeutique de ces dernières repose donc sur une articulation des connaissances que le thérapeute a des implications des plantes sur la santé individuelle. Cette logique écologique qui est avant tout un écosystème entre le patient, le thérapeute et la plante, peut prendre divers itinéraires selon Yoro (2012). La logique écologique voudrait également que l'on « ... comprendre le rôle des différents facteurs environnementaux (physiques, économiques, sociaux, politiques et culturels) qui empêchent ou facilitent de tel comportement, de telle habitude de vie ou thérapie... » (Yoro, 2012, p. 50). Ainsi reprenant les résultats de Paul (1955), Yoro indique que la logique écologique rend intelligible, le « ... processus dynamique déclenché par la rencontre des systèmes médicaux non occidentaux avec la médecine occidentale. » (Yoro, 2012, p. 50). La logique écologique dans ce cadre ne serait non pas seulement systémique au sens de la relation Homme-Nature, mais également contextuelle, prenant en compte les réalités anthropiques africaines. Mais cette réalité complexifiée, car intégrant une démarche spiritualiste dans sa construction et dans sa guérison, prouve que les protocoles appliqués dans le développement de la médecine traditionnelle fondée sur les plantes sont dans la plupart des cas, métaphysiques. On en veut pour preuve les discours des répondants de cette étude où les schèmes « Dieu », « Gnamien », « ...le tout-puissant ... », « ...l'être suprême... » conjuguent la rationalité

que le patient et le guérisseur accordent à leur protocole de soin. Aussi, la logique écologique dans cette structuration de santé humaine dépasse t-elle donc le cadre du rapport physique, pour intégrer le psychique du malade et de sa perception de la maladie, de son guérisseur mais également de sa représentation de la plante et de la confiance qu'elle accorde aux plantes dans sa démarche guérison. L'environnement et l'espace physique de plantes recéleraient alors un alliage de connaissances et de valeurs traditionnelles que le patient et le guérisseur renforcent par une mixture et une collaboration complice qui implique le supranaturel. La dimension écologique de l'itinéraire thérapeutique traditionnelle dépasse de loin la logique écologique de la médecine moderne où la mesure fait force de loi. Dans un tel contexte, le calibrage des dosages se fonde inexorablement sur l'expérience du guérisseur et les souvenirs d'« ...un songe que lui aurait révélé les ancêtres... » (répondant de l'étude). La logique écologique entretient de ce fait, une redéfinition du concept de guérison et une réappropriation de l'itinéraire thérapeutique, du rapport de confiance entre l'Homme et la Nature. Ainsi, dans un contexte de crise post-électorale où les structures sanitaires occidentales ont été complètement paralysées en Côte d'Ivoire, la logique écologique refait surface en insistant sur la capacité des plantes à la guérison et surtout sur leurs capacités de prévention. Les plantes qui sont utilisées sont dans la plupart de ces protocoles médicaux traditionnelles sont tenues secrets par la praticienne, et très peu d'informations sur le protocole de soin est manuscrit. Alors il y'a très peu de preuves évidentes qui peuvent faire l'examen approfondi dans une démarche scientifique minutieuse. Ainsi l'herboriste ou la guérisseuse combine le rôle de pharmacien, de docteur en médecine avec des croyances culturelle/spirituelle/religieuse particulières à sa région d'exercice (Rastogi & Dhawan, 1982). Mais des trois formes de pratiques (préventive, curative et chirurgicale) initiées par le guérisseur, thérapeute ou tradipraticien, celle de la prévention retient particulièrement notre attention dans cette production. Selon Kassaye et Al. (2006), cette prévention peut prendre la forme d'isolation avec les maladies contagieuses, d'interdiction ou de contrôles de mouvements. Mais cette prévention dans le cadre d'une planification familiale serait en outre justifiée par une logique économique.

Logique économique

La décision de pratiquer ou non la médecine traditionnelle est davantage motivée par des préoccupations économiques, que par l'attraction d'une efficacité inouïe de cette médecine sur la santé humaine. En effet, la rationalité économique défendue par Adams Smith indique que le patient effectue un arbitrage entre le coût de santé et l'opportunité de santé. Ainsi, il serait guidé par des déterminants assez objectifs tels que le prix des soins, sa capacité financière ou budget alloué à sa santé, sa connaissance d'une médecine alternative à la médecine occidentale et surtout au contexte sociale

dans lequel il baigne. La logique économique dans la médecine traditionnelle aurait alors deux dimensions ; une du côté du patient et l'autre du côté du thérapeute. Aussi, celle du côté du patient revêt une approche inhérente à la recherche d'une solution à ses problèmes de santé, tandis que celle du thérapeute conquiert une approche économique non exprimée. Dans tous les cas, ces différentes approches reviennent dans une analyse d'anthropologie économique. L'anthropologie économique a pour objet l'analyse théorique comparée des différents systèmes économiques réels et possibles. Ainsi, pour élaborer ces théories, elle tire sa matière des informations concrètes fournies par l'historien et l'ethnologue sur le fonctionnement et l'évolution des sociétés qu'ils étudient (Godelier, 1965). Ainsi l'économique du thérapeute obéit à un système culturel, social et politique. Cette dynamique interne complexe justifie le rapport à l'économie de la médecine traditionnelle. Cependant, même si cette économie a un fondement transactionnel entre la patiente et la thérapeute traditionnelle, il ressort également que cet échange est pécuniaire et ritualiste. Ainsi dans l'étude menée et qui supporte cette production scientifique, plusieurs cas d'échanges entre l'acteur-patiente et la thérapeute ont été identifiés:

Cas 1 : la thérapeute-tradipraticienne démarre sa consultation du patient par une séance de prière ; cette prière en langue locale « agni » ou « n'zima » demande à 'Dieu, le tout puissant' de prendre possession du malade et d'agir sur ses organes génitaux afin d'interrompre toute forme de grossesse. Ces prières sont suivies de mixture de plantes que le guérisseur ou la thérapeute frotte sur le bas du ventre de la patiente. Ainsi, cette thérapeute lui donne trois décoctions bouillies et embouteillées, qu'elle demande à la patiente de boire et de se laver les organes génitales après tout rapport sexuel, protégé ou non. La transaction économique qui suit les soins est la remise par la patiente de 2000F CFA, à laquelle s'ajoute une pièce symbolique de 10F et un savon de Marseille 'BF' à la thérapeute.

Cas 2 : le thérapeute commence par une consultation en questionnant la patiente du mal dont elle souffre, cette dernière lui fait connaître son besoin d'arrêter sa grossesse d'une semaine et lui demande de fournir une potion permettant de faire revenir ses menstrues. La thérapeute lui procure alors des plantes à purge et la transaction s'achève par la remise d'un montant inférieur à 1500 FCFA de la part de la patiente.

Cas 3 : la thérapeute démarre sa consultation sans poser de question à la patiente. Cette dernière entre dans l'entrée-couchée de la thérapeute ; sans poser de questions à la patiente, la thérapeute brûle de l'encens et invoque l'esprit des ancêtres. Ce rituel se précise par des chants en langue 'Agni' et se conjugue avec des transes spontanées. La thérapeute alors indique le mal dont souffre la patiente et lui demande de confirmer cette consultation. Si ce n'est pas le cas, la thérapeute reprend alors le rituel jusqu'à ce que la patiente confirme les propos de la thérapeute. Si cela est effectué, la thérapeute embaume la patiente d'une pommade faite à bases de racines écrasées avant de lui remettre une décoction de feuilles et de racines de plantes que la patiente boira à la maison et des perles

qu'elle portera autour du bassin. A sa suite, la thérapeute-tradipraticienne demande à la patiente de revenir dans une semaine avec un poulet de couleur unique (soit noir ou blanc), trois colas, un pagne que la patiente aura déjà porté et trois pièces de 500 FCFA. Le pagne remis une semaine plus tard sera par la suite embaumé par la thérapeute-tradipraticienne et remis à la patiente qui devra la porter en cas d'accouplement.

Les deux premiers cas observés durant l'étude indique qu'il existe un seul temps économique entre les deux acteurs en présence. Par contre, le dernier cas expose quant à lui deux temps économiques : le temps du crédit et celui du paiement. Ainsi, la thérapeute fournit gratuitement les soins de planification familiale à la patiente en attendant que cette dernière ait les moyens de subvenir à ses charges de soins. Cette dernière dimension est valorisée dans le discours des répondants de cette étude dans la mesure où la situation de crise politique a considérablement réduit de moitié la capacité financière de ces femmes déplacées et accru leur vulnérabilité à la pauvreté. Les situations de crédit de soins de santé qu'offre la médecine traditionnelle, donnent ainsi une alternative majeure de santé face à la médecine moderne où des transactions au comptant, d'appartenance à une couverture sociale, plus contraignante sont renforcées. Ainsi, la logique économique dominée par un souci de consommation à terme de santé contribue fortement à expliquer l'adoption de la médecine traditionnelle en contexte de crise, des femmes déplacées internes.

Education à l'environnement et trajectoire d'adoption de la médecine traditionnelle en contexte de crise par les femmes déplacées

L'appropriation d'un ensemble de mécanismes liés à la médecine traditionnelle par les acteurs en présence (l'acteur-patiente déplacée de guerre et la thérapeute-tradipraticienne) implique que ceux-ci aient auparavant une prénotion de la biodiversité et de ses implications sanitaires ; cette préoccupation nous amène à interroger leur niveau d'éducation à l'environnement et ses implications sur la santé que ces acteurs ont reçues. Ainsi, revient-il de questionner le concept d'éducation à l'environnement.

Education à l'environnement

Investiguer le concept d'éducation à l'environnement, revient à clarifier ses origines théoriques. En effet, l'on ne peut parler d'éducation à l'environnement sans le situer par rapport à l'éducation relative à l'environnement. Deux concepts clés que les praticiens du développement à tort ou à raison confondent. L'éducation relative à l'environnement a trois dimensions : l'éducation à l'environnement, l'éducation par l'environnement et l'éducation pour l'environnement. L'éducation relative à l'environnement est lui-même définit selon l'Unesco (UNESCO/PNUE, 1978) comme : « ... un processus permanent dans lequel les individus et la collectivité prennent conscience de leur environnement et acquièrent les connaissances, les valeurs, les compétences, l'expérience et aussi la

volonté qui leur permettront d'agir, individuellement et collectivement, pour résoudre les problèmes actuels et futurs de l'environnement». Aussi, plusieurs auteurs ont-ils collaboré à reformuler cette définition au fil des années. C'est en cela, que nous trouvons que la définition fournie par Sauvé (1997) contribue pleinement à éclairer cet article : « ...L'éducation relative à l'environnement (ERE) est une dimension intégrante du développement des personnes et des groupes sociaux, qui concerne leur relation à l'environnement. Au-delà de la simple transmission de connaissances, elle privilégie la construction de savoirs collectifs dans une perspective critique. Elle vise à développer des savoir-faire utiles associés à des pouvoir-faire réels. Elle fait appel au développement d'une éthique environnementale et à l'adoption d'attitudes, de valeurs et de conduites imprégnées de cette éthique. Elle privilégie l'apprentissage coopératif dans, par et pour l'action environnementale. (p. 53) ». De cette définition, la dimension transmission/formation retient une place de choix. En effet, les connaissances sur l'environnement en Afrique ont constamment été construites sur la promotion des valeurs environnementales et ses conséquences sanitaires sur l'homme en sont dans la plupart des cas transmises de génération en génération, de mères en filles, de pères à fils ou d'un oncle à un neveu. Ainsi, les questions de santé écologiques ou environnementales sont les thématiques valorisées dans la promotion de l'ERE. Aussi, si l'on adopte une médecine traditionnelle ou la moitié du protocole de guérison est fondé sur les plantes. Cela suppose fortement une acquisition de connaissances sur l'environnement (éducation à l'environnement) et de la biodiversité dont l'ancrage seul pourrait permettre la restitution à des fins de santé. L'éducation à l'environnement a donc trait à la transmission de connaissances sur l'environnement et sur les valeurs de celles-ci d'un maître à un élève. Dans notre cas de figure, les thérapeutes indiquent plusieurs sources de formation : 87% d'entre-elles disent détenir leurs compétences par des formations de vie, en étant assistante d'une tante, d'un oncle, ou d'une mère, elle-même tradi-praticienne. Le reste dit détenir sa compétence à partir de pratiques mystiques ou spirituelles, et également des songes. Cette éducation à l'environnement s'accompagne de visites en forêt d'où elles (tradi-praticienne) font l'extraction des plantes servant à leur protocole de santé. Arrivé à ce stade, nous parlons d'éducation par l'environnement ; aussi l'immersion en forêt constitue-t-il un lieu de prédilection permettant un formatage de l'ancrage des pratiques de médecine traditionnelle chez la thérapeute-tradi-praticienne. Dans un dernier temps, lorsqu'il pratique la médecine traditionnelle, l'éducation pour l'environnement fait son apparition car met en œuvre ce qu'il a appris de l'environnement et de ses implications sur la santé humaine. L'Éducation pour l'environnement est donc le stade ultime dans l'accomplissement de la médecine traditionnelle. Il permet au thérapeute et à l'acteur-patient de s'approprier le processus de la médecine traditionnelle. En somme, il ne peut avoir de médecine traditionnelle fondamentale sans une bonne dose préalable d'éducation à l'environnement au niveau des acteurs de cette médecine.

Éducation à l'environnement et trajectoires médicinales des femmes déplacées internes

Le fait que l'un ou l'autre de ses deux acteurs pratiquent la médecine traditionnelle obéit à une trajectoire médicinale. Mais cette trajectoire repose fondamentalement sur les structures de l'éducation relative à l'environnement que sont l'éducation à l'environnement, l'éducation par l'environnement et l'éducation pour l'environnement. Ainsi, dans un premier niveau, il revient nécessaire dans cette trajectoire pour les deux acteurs complémentaires de la médecine traditionnelle de maîtriser les connaissances sur l'environnement et plus précisément sur la botanique. Cela suppose alors une transformation de leur représentation de l'environnement et de sa biodiversité. A partir des travaux de Sauvé et Machabée (2000), reprenant ceux de Abric (1994) et Flament (1994),

« ...la représentation sociale selon les courants structuralistes, comportent un noyau central composé d'éléments qui sont tributaires de la trame culturelle du groupe social qui la génère. Elle comporte également des éléments périphériques qui résultent de l'expérience cumulative personnelle (idiosyncratique) du sujet à l'égard du sujet appréhendé ; ces éléments s'organisent en schèmes plus ou moins structurés et cohérents, qui constituent en quelques sortes des bribes explicatives de l'objet en question. C'est le noyau central, plus stable, qui détermine la signification fondamentale et l'organisation de la représentation. Quant aux éléments périphériques, ils absorbent et interprètent la nouveauté provenant de l'extérieur : les schèmes se réorganisent de façon à permettre une adaptation de la représentation aux nouvelles informations ou encore les schèmes se modifient, entraînant progressivement une remise en cause des éléments du noyau central, jusqu'à une transformation de ce dernier. » (2000, p. 184)

Ainsi, adopter la médecine traditionnelle comme schéma médicale conduit à modifier les connaissances de la médecine moderne chez l'acteur-patient et à renforcer sa représentation de l'environnement. Aussi, cette définition de Sauvé et Machabée (2000), contribue t'elle à inscrire le comportement des patients au regard de la médecine traditionnelle dans une dynamique sociale que la crise postélectorale a renforcé. La médecine traditionnelle apparait alors comme la finalité d'une éducation environnementale que les patientes déplacées de guerre ont reçue dans leur quotidien, juste avant que n'apparaisse cette crise postélectorale. Ainsi les résultats de cette étude indiquent que bien des participants pratiquaient la médecine traditionnelle bien avant la crise. Aussi parmi ces femmes déplacées, 37% de nationalités étrangères avouent pratiquer la contraception traditionnelle depuis plus de 5 ans et 83% des ivoiriennes avouent avoir migré vers cette méthode du fait de la crise postélectorale. On comprend bien que l'ancrage de la pratique de la médecine traditionnelle dans les habitudes des déplacés se situent davantage dans leur connaissance de l'environnement naturel sur la santé que sur des pratiques par mimétisme ; même si dans le contexte de crise, cette dernière avait une place de choix selon les discours des répondants. Finalement, il ressort que le niveau de confiance en cette médecine s'est accru durant cette période, les effets indésirables sur la santé qui sont apparus tels que la diarrhée, les vomissements et les

menstrues irrégulières n'ont aucunement résigné les candidates à cette forme de santé. Puisque 53% des femmes interrogés indiquent vouloir continuer à pratiquer cette forme de médecine. Ainsi, le fait de pratiquer la médecine moderne et d'alterner pour une médecine traditionnelle préventive est selon les répondants, nouvelles dans leur pratique. En effet, la plupart des femmes qui utilisaient la médecine traditionnelle bien avant la crise, avait opté pour une médecine traditionnelle d'urgence puisque la plupart des cas de planification familiale qui était décelé, était celle de l'interruption de grossesse. Ces interruptions de grossesse étaient faites suite à la purge de mixtures de plantes qui favorisait quelques jours plus tard, la venue des menstrues. Certaines femmes (83%) disent même en abuser puisque les conséquences néfastes sur la santé reproductive ne s'étaient jamais présentées. Aussi, accordent-elles une importance toute particulière à cette pratique médicale qu'est la purge de mixtures de plantes et d'écorces d'arbres, puisque selon elles, ces pratiques médicales ancestrales étaient très '...à la mode chez nos mamans...' dans les temps anciens et ne souffraient aucunement '... de problèmes de fibromes, comme on le constate de nos jours avec la médecine moderne...'. '...la médecine traditionnelle est un don de Dieu...' serait alors le fondement spirituel de l'ancrage de cette pratique médicale chez ces femmes déplacées de guerre ; pour qui cette période de crise postélectorale qui a vu des familles disloquées et dont '...Dieu seul est notre réconfort...' reste le slogan dans une quête de stabilité psychologique. Ainsi, le fait que ces femmes déplacées et vulnérables de la crise post-électorale adoptent la médecine traditionnelle provient non seulement de l'éducation à l'environnement qu'elles ont eu dans le passé, mais également à cause de la dimension spirituelle qu'elle accorde à cette médecine. En effet, en énonçant que '...la nature est un don de Dieu et toute médecine qui provient de la Nature est bénie par Dieu...' ces femmes accordent une foi inébranlable à la guérison ou à la prévention que pourrait procurer cette médecine. Ainsi la représentation sociale de cette médecine traditionnelle qui est non seulement socio-construite au fil de leurs expériences, est solidement ancrée dans le noyau central de cette représentation sur la médecine 'bénie par les ancêtres' et voulues par 'Dieu'. Ainsi, toute forme de pratiques médicinales traditionnelles allant dans le sens de son appropriation permet une protection des Dieux.

Démarche de la planification familiale et Médecine traditionnelle : enjeux d'un objet de recherche pour l'Education Relative à l'Environnement

Pour achever cette discussion, il revient de s'interroger sur l'opportunité pour l'éducation relative à l'environnement de mener des recherches sur la médecine traditionnelle africaine et ses implications dans la planification familiale. En effet, la recherche en Education relative à l'environnement, en a proposé bien des problématiques. Ainsi, Janse van Rensburg (1994) (1995), à la suite d'une analyse des paradigmes en Education relative à l'environnement, qu'elle préfère qualifier d'orientations, distingue quatre orientations de recherche en Education relative à l'environnement : une première orientation, celle de la gestion, qu'elle associe au

paradigme positiviste-béhavioriste; une deuxième orientation, celle de la résolution de problèmes, qui correspond au paradigme interprétatif-humaniste; une troisième orientation, dite critique, qui correspond au paradigme sociocritique; et une quatrième orientation, émergente, celle de la réflexivité. Elle est d'ailleurs d'avis que les trois premières orientations sont marquées, bien que de manière différente, par des a priori modernistes qui limitent leur capacité à contribuer au changement social : la première, par sa vision instrumentale de l'Education relative à l'environnement limitée au changement de comportement des individus par l'intervention d'experts, la deuxième, par sa croyance démesurée dans le pouvoir de la sagesse pratique, et la troisième, par sa croyance dans un éclairage rationnel qui découlerait de la participation démocratique à la recherche. La réflexivité représenterait donc une nouvelle orientation, susceptible de renouveler les fondements de l'Education relative à l'environnement (Berthelot, 2007, p. 28). L'école Européenne de l'éducation environnementale contrairement à l'école Nord-américaine, soutient que les courants principaux au lieu d'être présenté sous le format de Robotton et Hart (1993) méritent qu'on les situe en prenant en compte leurs implications dans l'actualité socio-économique. Cette conception présente la dynamique de l'éducation relative à l'environnement. C'est pourquoi la question de la médecine traditionnelle et de ses implications sur la planification familiale reste un enjeu de taille pour la recherche en Education relative à l'environnement. Elle s'intègre ainsi dans la dernière orientation de recherche proposée par Berthelot (2007), puisqu'elle questionne la réflexivité de l'objet 'médecine traditionnelle' sur le développement du capital humain de l'Africain en contexte de crise. Aussi la contraception, qui est l'ensemble des méthodes visant à éviter de façon réversible et temporaire la grossesse, trouve tout son sens dans ce questionnement puisqu'à travers elle, un concept urgent apparait : la contraception verte. La contraception verte oblige la connaissance de l'environnement, des plantes et des vertus qu'elles procurent dans le cadre de l'espace des naissances, et à ce titre milite en faveur de la systématisation de la recherche. Ainsi, cette nouvelle vision a deux dimensions : une dimension éducative et une autre environnementaliste ; du point de vue éducatif, cette vision doit intégrer les 3 perspectives (à, dans, pour), le triple point de vue (Mayer, 1997) où l'on donne la même importance aux connaissances (à l'environnement), aux valeurs (dans l'environnement) et aux comportements (pour ...). Du point de vue environnemental, la vision doit intégrer les préoccupations pour la perte d'éléments naturels et leur détérioration, la conscience de l'épuisement des ressources. C'est ce qui nous amène à parler de durabilité et de viabilité. En effet, les plantes servant aux soins, ne sont pas inépuisables. Dans ce sens, l'éducation relative à l'environnement jouerait alors un rôle majeur tant scientifique que social dans leur conservation et leur pérennisation.

Conclusion

Dans cet article, il s'est agi de comprendre les déterminants et les logiques qui fondent l'appropriation de la méthode contraceptive issue de la médecine traditionnelle, basée sur les connaissances de l'environnement, des plantes, par les femmes déplacées interne du fait de la guerre vers la région d'Aboisso, proche de la frontière du Ghana, en Côte d'Ivoire. Aussi, revenait-il d'analyser l'implication de l'Education relative à l'environnement à l'adoption de la médecine traditionnelle préventive dans la résolution des préoccupations de planification familiale durant la crise postélectorale de 2010. A l'analyse, l'adoption de l'itinéraire thérapeutique issue de la médecine traditionnelle, par les femmes déplacées internes est soutenue par plusieurs logiques (Santé, écologique et économique). Mais une dimension reste centrale à chacune d'entre elles, celle de l'ancrage d'une éducation à l'environnement préalablement acquise au fil des années. L'éducation relative à l'environnement est donc au terme de cette production, le fondement de la médecine traditionnelle africaine, car socle d'une maîtrise par les acteurs en présence (le patient et le thérapeute) du rapport Homme-Nature et de ses implications sur la santé humaine. Mais cette confiance en la médecine traditionnelle durant la crise postélectorale est également due à la dimension spirituelle que cette médecine s'y prête dans son protocole ; ainsi, en s'y référant, les patientes y ont trouvés un refuge psychologique puisque selon elles, leurs représentations, c'est une médecine de 'Dieu le tout-puissant'. Ainsi, par cette production scientifique, l'Education relative à l'environnement argumente l'orientation 'réflexivité' longtemps recherchée par ses auteurs en exposant finalement le concept de 'contraception verte' qui selon elle, résume au mieux la réflexion sur le lien entre planification familiale, médecine traditionnelle et Education relative à l'environnement.

Travaux cités

- Abric, J.-C., (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Berthelot, M., (2007). *Etude de la contribution du programme formation-information pour l'environnement à la pérennisation de l'éducation relative à l'environnement dans l'enseignement primaire sénégalais*. Laval: Université Laval.
- Dewey, J., (2007). *Experience and education*. New-York: Simon and Schuster.
- Flament, C., (1994). *Structure, dynamique et transformation des représentations sociales*. Dans J. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (pp. 37-58). Paris: Presses Universitaires de France.
- Godelier, M., (1965). *Objets et méthodes de l'anthropologie économique*. *L'Homme*, tome 5 n°2., 32-91.
- Janse van Rensburg, E., (1995). *Environmental Education and Research in Southern Africa– A Landscape of Shifting Priorities*. Afrique du Sud: Université de Rhodes.
- Janse van Rensburg, E., (1994). *Social Transformation in Response to the Environmental Crisis– The Role of Education and Research*. *Australian Journal of Environmental Education* (10), pp. 1-20.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J., (2004). *Mixed methods research: A research paradigm whose time has come*. *Educational Researcher*, 33 (7), pp. 14-26.
- Kassaye, K.D., Amberbir, A., Getachew, B., & Mussema, Y., (2006). *A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia*. *Ethiop.J.Health Dev*, 20 (2).
- Magezi, V., (2012). *From peripheries to the center: towards repositioning churches for meaningful contribution to public health care* (Vol. 68). Johannesburg: HTS Theologiese Studies/Theological studies.
- Mayer, M., (1997). *Les contextes écologiques d'incidence de mauvais traitements à l'égard des enfants dans la région de Montréal*. Montréal: Université de Québec à Montréal.
- Paul, B. (1955). *Health, culture and community : causes studies of public reactions to health programs*. New-York: Russel Sage Publications.
- Pretorius, E. (1991). *Traditional and moderne medecine working in tandem* (Vol. 14). Curationis.
- Rastogi, R., & Dhawan, B., (1982). *Research on medicinal plants at the Central Drug Research Institute*. *Indian J Med Res* 76(suppl), 27-45.
- Robbottom, I., & Hart, P. (1993). *Research in Environmental Education – Engaging the Debate*. Geelong (Australie): Deakin University Press.

- Sauvé, L., (1997). L'approche critique en éducation relative à l'environnement : Origines théoriques et applications à la formation des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation* , 23 (1), pp. 169-187.
- Sauvé, L., & Machabée, L. (2000). La représentation : point focal de l'apprentissage. *Education relative à l'environnement: regards, recherches, réflexion* , II, pp. 183-194.
- Spring, A., (1980). Traditional and Biomedical health care systems in Northwest Zambia: a case study of the Luvale. Dans p. R. Ulin, & M. H. Segall.
- Stepan, J., (1983). Legal aspects. Dans R. H. Bannerman, & & Al..
- Tarin, & Puyol., (2006). Teacher resources. Consulté le Juin 18, 2010, sur Association européenne des enseignants: <http://www.aede.eu/fileadmin/docs/project/gedecite/french/chapter2.pdf>
- UNESCO/PNUE., (1978). Conférence intergouvernementale sur l'éducation relative à l'environnement (Tbilissi, URSS, oct. 1977). Paris: UNESCO.
- Yao, Y. L., (2004). Socioanthropologie de l'enjeu institutionnel de l'intégration de la médecine traditionnelle Africaine au système de Santé en Afrique: le cas de la Côte d'Ivoire. *Revue Africaine d'Anthropologie-N'Yansa Pô* , 112-125.
- Yoro, B. M., (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien: approche méthodologique. *Recherches Qualitatives* , 47-61.