

# ANTHROPOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

## Une approche du paludisme au Burkina Faso

Doris BONNET

Jusqu'au siècle dernier en Europe, le paludisme était considéré comme provenant de l'air vicié et des miasmes des marécages. D'où son appellation : malaria, de l'italien *mal aria*, air vicié. La théorie « aériste » où « l'air et le climat sont les premiers facteurs explicatifs des maladies » (Herzlich et Pierret 1984 : 136) s'est prolongée jusqu'à l'élaboration du modèle pasteurien et la découverte du parasite. Plus exactement c'est en 1880 qu'un médecin français, Laveran, découvre l'agent causal du paludisme et en 1897 qu'il est démontré que les moustiques sont les vecteurs du paludisme. A partir de ce moment, les « théories anciennes des miasmes, des humeurs, de l'influence des éléments naturels, de l'harmonie avec les puissances du milieu ont été définitivement rangées au rayon des superstitions » (Prost 1988-1989 : 34).

Les conceptions du paludisme, dans d'autres parties du monde, ont été jusqu'à présent peu connues. L'accès palustre s'inscrit-il, par exemple, dans des systèmes nosographiques de la maladie ? Cette interrogation a été formulée au début des années 80 par des paludologues – des médecins et des entomologistes médicaux – à l'adresse d'ethnologues de l'ORSTOM : existe-t-il une entité « paludisme » dans les populations auprès desquelles vous travaillez ? Y répondre aujourd'hui, ce n'est pas uniquement poursuivre l'histoire du paludisme à travers le monde et les âges, mais aussi relater une expérience d'anthropologie médicale et s'interroger sur la finalité de ce type de recherche.

## 1. HISTORIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'interrogation des chercheurs s'insérait dans une problématique de santé publique : le paludisme correspond-il à une morbidité ressentie par les individus et à un besoin de soins et de services exprimé par les populations ? Celles-ci établissent-elles une relation entre le moustique et le paludisme, entre l'accès palustre simple et l'accès pernicieux ?

La demande de l'équipe médicale avait l'avantage d'être clairement formulée. Même si l'ethnologue remet en question la problématique posée par les médecins, il est indispensable que ceux-ci aient des objectifs clairs et précis lorsqu'ils le sollicitent afin de redéfinir ensemble, au besoin, les objectifs du projet.

L'accès palustre, d'un point de vue biomédical, est une affection dont le seul examen clinique ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude : le plus souvent la

symptomatologie diffère selon les âges de la vie et se présente, dans tous les cas, avec des tableaux cliniques polymorphes. Un diagnostic formel ne peut donc être que biologique : les chercheurs du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso ont ainsi constaté que l'examen biologique infirmait leur présomption clinique une fois sur deux. Encore faut-il ajouter que les paludologues ne se réfèrent pas tous au même taux de parasites dans le sang pour déclarer qu'il y a ou non accès palustre et que ce niveau est variable selon l'état immunitaire des populations et selon l'âge du sujet (Mouchet et Camevale 1988).

Le signifiant « paludisme » ou plus exactement l'expression française « j'ai un palu » est utilisée par les Burkinabè – surtout en zone urbaine – pour désigner un ensemble de troubles somato-psychiques aigus divers et aussi afin d'obtenir une espèce de passeport d'entrée dans le circuit du biomédical ou encore justifier un arrêt de travail qu'une simple déclaration de mal-être n'aurait peut-être pas permis d'obtenir. Le paludisme devient donc en zone urbaine un terme « fourre-tout » qui conduit parfois les paludologues à dire que « plus on en parle, moins c'en est ». Effectivement, leurs enquêtes montrent que les accès palustres sont beaucoup plus importants (en nombre et en gravité) en zone rurale qu'en zone urbaine. Il y a donc une relation inverse entre la pathologie observée et le discours des citadins et des ruraux.

Le paludisme, par sa symptomatologie polymorphe (maux de tête, hyperthermie, autres symptômes), provoque donc un « éclatement » du diagnostic aussi bien au sein de la biomédecine (le syndrome associant céphalées et fièvre peut avoir des étiologies diverses) qu'auprès des guérisseurs et devins burkinabè pour qui le signifiant « corps chaud » (fièvre) peut avoir de multiples signifiés.

Les paludologues demandaient donc à l'ethnologue si les populations percevaient une maladie qu'eux-mêmes ne parvenaient pas totalement à identifier cliniquement. Loin d'être contraignante, cette situation a eu l'avantage de m'accorder une grande liberté de recherche.

D'un point de vue méthodologique, deux possibilités s'offraient à moi. Soit enquêter auprès de malades atteints d'accès palustre que j'aurais suivis dans leur démarche thérapeutique, notant ainsi les diverses causes attribuées à leur affection par les guérisseurs et devins ; soit travailler à partir de descriptions orales rétrospectives de maladies par des individus et/ou des guérisseurs.

L'étude des sujets atteints d'accès palustre aurait nécessité la présence continue d'un médecin et l'examen parasitologique des malades. Les modalités et le temps d'enquête en auraient été considérablement modifiés. La présence de l'ethnologue accompagnée d'un médecin aurait aussi influencé les individus dans leur demande de soins et aurait donc faussé l'enquête. Enfin, l'étude des personnes à l'unique plainte de « corps chaud » était beaucoup trop vaste. J'ai donc décidé de travailler à partir d'entretiens avec des guérisseurs et non pas sur des observations de malades. Dans tous les cas, il s'agit d'enquêtes qualitatives.

De plus, l'anthropologue travaillant à la reconstitution de systèmes de pensée, ne peut pas raisonner -au stade ethnographique tout au moins - à partir de concepts de sa propre société. Le paludisme tel que le décrivent nos cliniciens ne pouvait donc pas être un point de départ au niveau de l'enquête. L'étude de la notion de « corps chaud », de la convulsion chez l'enfant et du système nosologique mossi (transcription officielle : *moose*) a permis de pallier ces difficultés.

La partie concernant les entités nosologiques pouvant faire songer au paludisme a été reprise par les démographes de l'équipe dans des enquêtes quantitatives.

L'ensemble du travail ethnographique a été réalisé à proximité de Bobo Dioulasso (deuxième ville du Burkina Faso) dans la vallée du Kou où le gouvernement burkinabè a mis en place avec l'aide de la Chine un aménagement hydro-rizicole. Ce choix géographique a été fait en fonction des lieux d'implantation de mes collègues médecins et entomologistes.

La vallée du Kou est une zone de migration récente (années 70). La plupart de ses habitants proviennent de la frange nord du pays mossi (régions du Yatenga et de Sanmatenga) <sup>(1)</sup> où j'avais enquêté entre 1975 et 1980. Je connaissais donc de nombreux villages d'où provenaient les guérisseurs avec qui j'ai mené les entretiens.

## 2. LA NOTION DE « CORPS CHAUD »

Les malades qui se rendent auprès des centres de santé se plaignent souvent de maux de tête et d'avoir le « corps chaud » (*ne-tulgo*). Dans de nombreux cas, l'interprète burkinabè traduit spontanément ce tableau par « il a un palu ». Du point de vue de la santé publique, ce manque de rigueur linguistique n'est pas problématique car il suscite un comportement thérapeutique recommandé par les paludologues et par l'Organisation Mondiale de la Santé dans les zones où le parasite est sensible à la chloroquine : tout accès fébrile doit être suivi d'un traitement d'anti-paludéens. Encore faut-il être sûr que le « corps chaud » désigne une hyperthermie. Du point de vue de la relation médecin/malade, cette mauvaise traduction peut en revanche entraîner quelques confusions au niveau de la compréhension du discours du malade tout au moins en ce qui concerne ses représentations du corps et de la personne. D'un point de vue médical, il est évident que cet abus de traduction peut conduire à des erreurs de diagnostic. D'un point de vue épidémiologique, il a peut-être contribué à exagérer le nombre de décès attribués au paludisme. Enfin, d'un point de vue anthropologique, cette traduction restreint l'expression à un sens uniquement médical ; or les données recueillies par l'enquête ethnographique montrent, au contraire, qu'« avoir le corps chaud » ne signifie pas dans tous les cas « avoir de la fièvre ».

L'étude sémantique de la notion de « corps chaud » révèle une logique binaire de la pensée où le chaud nommé *tulgo* en moré (langue des Mossi) s'oppose au frais *masga*. Cette organisation dualiste du chaud/frais est commune à de nombreuses sociétés en Afrique et même sur d'autres continents. Pour certaines d'entre elles, les Touareg notamment, elle est le fondement de la nosographie et de la thérapeutique traditionnelles ; ce qui a conduit des anthropologues à subordonner ces systèmes classificatoires aux principes de la médecine humorale. Selon M. H. Logan, le principe de base de cette médecine humorale est « la croyance selon laquelle la santé peut être perdue ou retrouvée par le résultat des effets des qualités du « chaud » et du « froid » sur le corps humain (...). Ces qualités ne se réfèrent pas à une température réelle ou à un goût mais plutôt à une propriété intrinsèque trouvée ou associée à des états de maladie ou à la plupart des substances naturelles, particulièrement les aliments et les agents thérapeutiques » (Logan 1977 : 88). Ainsi, les maladies jugées fraîches

---

(1) La forte densité démographique des populations du Nord, la pauvreté des sols cultivés, et les modalités d'organisation du pouvoir politique ont conduit les Mossi des royaumes du Yatenga et de Sanmatenga à s'installer dans les régions du Sud-Ouest du pays à partir du début du XX<sup>ème</sup> siècle et plus massivement dans les années 1930-1940.

sont soignées par des traitements associés au chaud et inversement. Les Sonrhai, par exemple, considèrent que certaines formes d'alopecie, un prolapsus anal ou même des maux de dos sont consécutifs à un excès de chaud. Ces troubles sont traités avec du sable humide ou de l'eau froide (Jaffré 1987 : 20).

Chez les Mossi, le système binaire du chaud/frais n'organise pas à ce point le système nosographique ; il révèle surtout l'existence d'une théorie partiellement humorale de la personne. Un individu au tempérament impulsif et nerveux est classé dans la catégorie du chaud alors qu'une personne calme et mesurée est fraîche. Les fortes émotions (une peur, un effet de surprise) et les efforts physiques donnent au corps un excès de chaleur qu'il est souhaitable d'atténuer par la pratique d'ablutions d'eau fraîche. La notion de chaleur étant associée à celle de rapidité et inversement celle de fraîcheur à celle de lenteur, les individus rapides font partie de la classe du chaud tandis que les personnes lentes sont fraîches. Par exemple, un chef marque sa noblesse par la lenteur de sa démarche tandis qu'une sorcière, prompte à saisir sa proie, est chaude et rapide.

Les Samo, aux conceptions religieuses voisines des Mossi, classent l'homme dans la catégorie du chaud et la femme dans celle du froid. Le sang, le sperme et le lait étant des substances associées au chaud, une femme en période menstruelle, enceinte ou allaitante est considérée comme étant chaude. Elle doit veiller alors à maintenir un équilibre humoral, de crainte que l'excès de chaud n'ait une incidence sur sa vie corporelle (altération du lait maternel) ou sur celle de son nouveau-né (diarrhée, fièvre). L'hyperthermie du nourrisson est censée provenir dans ce cas d'un excès de chaleur maternelle. On interdit alors aux femmes d'avoir des relations sexuelles durant ces périodes afin de ne pas introduire de déséquilibre humoral dans leur corps. Le sperme et le lait sont ainsi considérés comme incompatibles, ce qui expliquerait, selon F. Héritier-Augé (1987 : 7-17) l'interdit sexuel d'allaitement (2).

Dans le cas mossi comme dans celui des Samo, la dichotomie du chaud/frais renvoie davantage à une théorie sociale de la personne qu'à une théorie explicative de la maladie. D'après F. Héritier-Augé, ce système de pensée relève, dans une perspective plus générale, d'« une logique de l'identique et du différent » (le chaud et le frais, l'humide et le sec, l'amer et le sucré, etc.) commune à toutes les sociétés mais plus ou moins à l'oeuvre dans leurs systèmes médicaux.

Du point de vue sémantique, l'état de chaleur, dans la langue moré, s'exprime par deux expressions. Le terme *ne-tulgo* regroupe d'un point de vue causal un ensemble de sensations d'origine affective, sensorielle, thermique ; ou encore désigne un ensemble de personnes ou même d'êtres surnaturels associés à la catégorie du chaud de par leur statut social et/ou symbolique. Ce terme ne correspond donc pas spécifiquement à un état pathologique mais plutôt à un état physiologique ou à un statut symbolique : autrement dit un état physique peut être associé à un état symbolique.

Le terme *ne-wendgre* (corps échauffé) désigne plus spécifiquement l'hyperthermie et contient aussi l'idée de cuisson. Il ajoute aussi celle de souffrance corporelle qui n'est pas contenue dans l'expression *ne-tulgo*. *Ne-wendgre* est le terme utilisé par l'ensemble des malades pour évoquer la fièvre dans les consultations biomédicales. Il désigne donc plus particulièrement un état pathologique et constitue même une entité en soi. Vingt pour cent des consultations d'un dispensaire rural des

(2) Les femmes sont soumises à un interdit sexuel post-natal d'une durée moyenne de 21 mois en ce qui concerne les Mossi. Si cet interdit témoigne de la croyance en la dangerosité de contiguïté de certaines substances (lait/sperme), il vise aussi à espacer les naissances (D. Bonnet, 1988 : 39)

environs de Bobo-Dioulasso sont du reste motivées uniquement par un accès fébrile (Baudon, Gazin, Rea et coll. 1984 : 138). Le « corps échauffé » est donc un symptôme isolé qui peut engager un itinéraire thérapeutique. Néanmoins, un accès fébrile n'est pas considéré dans tous les cas comme étant pathologique. Une « poussée de fièvre » à un changement de saison est jugée, à l'instar de la médecine hippocratique, comme une expurgation régénératrice (Foucault 1972).

L'hyperthermie est, pour les Mossi, le résultat d'un échauffement du sang. Alors que la transpiration du « corps chaud » exsude « l'eau du corps », l'accès fébrile d'un « corps échauffé » fait sortir « l'eau du sang ». La qualité et le mouvement du sang sont donc des éléments repérés comme déterminants dans l'observation de l'hyperthermie. Une mauvaise circulation sanguine (sang considéré comme trop abondant ou insuffisant, noir, trop sucré, mal réparti dans le corps, etc.) provoque une dysharmonie des humeurs corporelles et une dévitalisation de la personne. Les représentations relatives à la fièvre sont donc étroitement liées à celles du sang.

Ces croyances de type hippocratique conduisent les Mossi à considérer qu'il est nécessaire d'évacuer le mauvais sang. Tout écoulement à la pleine lune est jugé néfaste ; par contre, il est bénéfique à la lune descendante. Un malade qui saigne du nez à la lune descendante est estimé sur la voie de la guérison. Un mauvais sang non évacué est susceptible de donner céphalées et dermatoses.

Parfois, le sang s'échauffe par contiguïté avec le principe vital lorsque ce dernier est lui-même échauffé. Celui-ci a en effet la capacité d'effectuer des allées et venues hors du corps humain et de subir des variations calorifiques qu'il communique au corps à son retour. Par exemple, un individu qui s'endort dans la journée à l'ombre d'un arbre et dont l'énergie vitale quitte le corps à l'occasion d'un rêve, risque de se réveiller fiévreux si l'énergie vitale est partie circuler au soleil. Le principe vital en réintégrant l'enveloppe corporelle transmet au corps la chaleur contractée à l'extérieur. De nombreuses maladies sont ainsi censées provenir des sorties diurnes et nocturnes de l'énergie vitale du dormeur. Ces idées expliquent, pour les Mossi, la fréquence des maladies qui apparaissent au réveil. Le même processus peut se rencontrer à l'occasion d'une frayeur, car la peur est susceptible d'expulser le principe vital du corps humain pendant quelques instants. A cette occasion, il peut contracter des maladies qu'il communique au corps humain à son retour.

La contamination ne s'effectue pas toujours par le biais du sang. Dans certains cas, il y a même une absence totale de médiation par des substances corporelles. Le principe vital entretenant une relation métonymique avec le corps humain, la dévitalisation de l'un implique celle de l'autre. Le devin peut, par exemple, déterminer que le malade est victime d'une agression en sorcellerie lorsqu'il observe chez le consultant des éclatements de vaisseaux sanguins ou des yeux rouges qui sont, dans cette société, des signes d'agression en sorcellerie au même titre que l'enflure (3). Dans ce cas, on juge qu'il y a eu attaque du principe vital par le sorcier sans médiation physique.

Les théories relatives à la contamination présentent en fait deux niveaux de discours, l'un de type mécaniste, et l'autre de type plus symbolique. Les deux discours

---

(3) Précisons que le choix d'une cause par le devin n'est pas univoque mais soumis à un ensemble de critères : événements personnels associés à l'apparition de la maladie, événements antérieurs mais à dimension répétitive, mode d'apparition du trouble (brutal, par exemple), évolution de la maladie, caractéristiques de certains signes tels que l'enflure, discours du malade et de sa famille au moment de la consultation divinatoire, histoire du lignage, statut du devin (marabout, devin qui officie par communication avec les génies), etc.

peuvent se rencontrer chez le même individu. Dans certains cas, une personne privilégie une interprétation plutôt qu'une autre. Par exemple, les guérisseurs auprès desquels j'ai travaillé dans la vallée du Kou, avaient un discours où les interprétations de type mécaniste prédominaient. La plupart d'entre eux étaient musulmans, tous étaient migrants. Leur religion qui abolit le culte des ancêtres et la croyance aux esprits de lieux (remplacés néanmoins par les djinns), leur statut de migrant en rupture avec les structures d'autorité d'origine, le fait qu'ils recevaient de nombreuses informations des animateurs de l'éducation sanitaire du pays, tous ces facteurs ont certainement contribué à « matérialiser » leur propos sur la maladie. De même lorsque je travaillais sur les conceptions relatives à la vie intra-utérine, les descriptions différaient selon que le locuteur était une accoucheuse ou un devin, même si les deux se référaient au même univers symbolique.

Tout ceci nous oblige donc à appréhender avec attention le statut du locuteur et à reconnaître qu'il n'existe pas un discours vraiment homogène sur la maladie au sein d'une « ethnie » même si l'on observe un ensemble de représentations culturelles communes. Les individus ne parlent pas de la même façon de la maladie selon qu'ils sont homme ou femme, païen ou musulman, chef ou forgeron, malade ou en bonne santé, scolarisé ou non, citadin ou rural, etc.

Des sociologues (Garfinkel 1984, Pharo 1982)<sup>(4)</sup> et des linguistes (Austin 1970) ont montré déjà l'importance à accorder à la position du locuteur ainsi qu'à la relation entre le sens d'un mot et la situation contextuelle où il est employé. Lorsqu'une personne se plaint d'avoir le « corps chaud » à l'hôpital devant l'infirmier, chacun songe qu'il ne peut s'agir que d'hyperthermie. Dans bien des cas, c'est exact ; mais il peut s'agir aussi d'un glissement sémantique des signifiés. Le patient, bien sûr, ne se réfère pas à un état symbolique mais il peut utiliser cette expression afin de traduire un malaise somato-psychique qu'il ne parvient pas à exprimer, si ce n'est par des plaintes corporelles ; et peut-être aussi parce qu'il pense que l'infirmier ne peut entendre que des plaintes corporelles. Si le personnel soignant prend à la lettre cette plainte, il risque de s'en tenir à une pathologie uniquement somatique.

En conclusion, le « corps chaud » ne désigne pas toujours un état pathologique. Son étude sémantique révèle qu'un état physique peut être associé à un état symbolique, et qu'il peut aussi être utilisé afin d'exprimer un malaise somato-psychique non étiquetable. Le « corps chaud » en zone rurale comme le « palu » en zone urbaine viennent donc souvent signifier autre chose qu'une hyperthermie ou un accès palustre. Il constitue, en fait, une entité autonome susceptible d'engager un itinéraire thérapeutique.

### 3. TRADUIRE

Un malade présentant l'unique symptôme de « corps échauffé » peut souffrir d'un accès palustre. Mais cette entité peut s'appliquer à une trop grande variété d'affections. Trois termes moré permettent, en revanche, d'appréhender le paludisme d'un point de vue clinique.

---

(4) L'ethnométhodologie est un courant de pensée américain qui traite notamment des interactions sociales et de la façon dont les individus interprètent leurs règles sociales. L'étude des échanges linguistiques constitue donc une des méthodes de travail de ce mouvement.

*Weogo* et *koom* s'appliquent au binôme hyperthermie/céphalées. Une distinction est effectuée selon l'âge du sujet, *koom* concernant les moins de quinze ans alors que le terme de *weogo* est utilisé pour l'adulte. Le *weogo* est, en fait, décrit comme un accès fébrile accompagné de frissons, de courbatures et de céphalées. Il est donc susceptible d'inclure un syndrome grippal ou certaines arboviroses.

Si un dysfonctionnement digestif ou hépatique s'adjoint au *weogo* on parle alors de *sabga* : l'évolution de la maladie peut donc la faire changer de catégorie nosologique. Mais des affections digestives ou hépatiques d'origine non palustre (l'hépatite, par exemple) peuvent être aussi qualifiées de *sabga*.

D'une région mossi à l'autre des différences s'observent du point de vue nosographique. Au Nord-Ouest du Burkina (Yako) le terme *koom* est connu mais jamais employé; il est remplacé par celui de *sabga* qui désigne tout syndrome infectieux chez l'enfant (fièvre, diarrhée, vomissements). Au Nord-Est du pays (Pissila), *koom* est largement utilisé et décrit alors que *sabga* concerne plus spécifiquement les affections accompagnées de troubles digestifs, surtout chez l'adulte (5).

Le rythme de la fièvre (tierce, quarte) n'est pas observé comme dans la médecine hippocratique. On a vu que la qualité du sang est d'avantage pertinente. Il n'existe pas, non plus, différents types de fièvre comme cela est le cas chez les Ewé du Togo (Wendle 1983) ou chez les Kiswahili d'Afrique australe (Sibertin-Blanc 1983). Ainsi, on qualifie chez les premiers de fièvre blanche une hyperthermie accompagnée d'enflures, de frissons et de selles fréquentes ; et de fièvre jaune, une fièvre avec urine colorée, selles blanches et ongles jaunes (hépatite). Chez les seconds, la fièvre jaune désigne aussi une jaunisse, tandis que la « fièvre du ventre » serait une typhoïde.

Si on retient, dans le cas mossi, *weogo*, *koom* et *sabga* comme trois entités pouvant faire songer au paludisme, on doit faire appel à un quatrième terme, *liula* (l'oiseau), pour évoquer l'accès pernicieux de l'enfant.

L'accès pernicieux chez l'enfant, appelé aussi neuro-paludisme, s'exprime cliniquement notamment par des convulsions, et peut entraîner le décès de l'enfant. Le terme moré *liula*, l'oiseau, désigne divers accès convulsifs infantiles, quelle qu'en soit l'étiologie biomédicale. Cette appellation se justifie par une analogie qui est effectuée entre la convulsion et le battement d'ailes ou de queue d'un oiseau identifié comme étant *Glaucidium perlatum*, communément appelé chouette chevêchette perlée, et jugé responsable de la crise. La maladie qui en résulte se caractérise par une « connexion biunivoque entre un symptôme et son agent » (Zempléni 1985 : 30).

Ce thème de « l'oiseau » responsable de la convulsion de l'enfant est commun à la plupart des sociétés africaines. Il s'agit dans tous les cas d'un oiseau de nuit, qui prend parfois l'allure d'un oiseau mythique, chez les Goin notamment (6), et qui peut parfois être manipulé par les sorciers comme en Afrique centrale par exemple. Chez les Mossi, il s'agit d'un oiseau nocturne qui nidifie dans les tombes ou dans des cavités naturelles, parfois utilisées comme tombes par les populations. Bien que *liula* soit fréquemment évoqué en tant que cause du syndrome convulsif chez l'enfant, ceux de « lapin » (*soamba*) et d'« antilope cheval » ou hippotrague (*wil-pelgo*) sont aussi utilisés. Chez les Evuzok (Cameroun), l'antilope est aussi jugée responsable, dans certains cas, des convulsions de l'enfant (Mallart Guimera 1977 : 40).

(5) M. Debouverie, médecin ORSTOM, communication personnelle.

(6) D'après M. Dacher (1988 : 31), sa description fait parfois songer à l'engoulement à balanciers (*Macrodipteryx longipennis*), personnage de nombreux contes africains.

Dans le cas mossi, il ne semble pas que le choix du terme soit fait en fonction de la symptomatologie du sujet mais plutôt selon l'effet considéré du traitement. Si les crises se renouvellent malgré les soins apportés, on considère que l'étiologie était erronée. L'interprétation s'oriente alors vers les autres animaux contaminants « lapin » ou « hippotrague » ou encore vers l'épilepsie. La seule distinction symptomatologique que j'ai pu remarquer à ce sujet est que la maladie du lapin est plus souvent décrite par des contractures que par des convulsions. Elle peut donc faire songer au tétanos ombilical. Mais les médecins de l'équipe ont rencontré des tétanos qualifiés de maladie de l'oiseau. Les Bambara, d'après Jaffré (1987 : 18), regroupent sous le terme *kono* (oiseau) l'accès pernicieux, le tétanos ombilical et les diverses convulsions du nourrisson. Il faut donc, là encore, rester prudent au niveau d'une traduction terme à terme.

De la même manière qu'il n'y a pas de notion d'évolutivité de la maladie entre *weogo* et *sabga*, il n'y a pas de relation effectuée entre *koom* et *liula*, soit entre un syndrome infectieux chez l'enfant et un état convulsif. Ceci ne veut pas dire, pour autant, qu'il n'existe pas de notion d'évolutivité de la maladie en règle générale.

D'un point de vue préventif, il est recommandé aux femmes enceintes de ne pas dormir au dehors afin d'éviter d'être survolées par l'oiseau contaminateur. Si la chaleur oblige la femme à dormir à l'extérieur de sa case, on lui conseille alors de déposer auprès d'elle unealebasse remplie d'eau afin que l'ombre de l'oiseau, qui représente en fait son âme ou son principe vital, soit captée par l'eau au moment où son image s'y reflète. Le même rite est effectué pour l'enfant en bas âge. Il est fréquent aussi de voir les petits enfants scarifiés au visage (deux traits obliques en haut, des pommettes) ou sur le corps pour leur introduire dans le sang une poudre dont un élément représente l'oiseau. Parfois, on les munit d'un collier fabriqué à l'aide d'un morceau de peau de bête qui contient une plume de l'oiseau. Enfin, selon le même principe, on baigne l'enfant dans une eau où a trempé le nid de la chevêchette. Ces derniers procédés employés (scarifications, bain ou port de remèdes magiques) correspondent à ce que Fainzang (1986 : 85) appelle, en référence à Frazer, une « homéopathie symbolique », c'est-à-dire une « thérapeutique utilisant un remède confectionné à partir de l'élément pathogène ou d'un objet le représentant, sur la base d'un processus de marquage analogique ». Notons qu'il s'agit ici autant d'un rite d'évitement que d'un traitement.

De par son caractère polymorphe, il n'est pas étonnant que le paludisme ne soit pas reconnu comme une entité unique par les populations. Les Kiswahili ont aussi plusieurs termes pour appréhender le paludisme. Chez les Bantou, A. M. Madingou écrit qu'il n'a pas rencontré de « désignation commune unificatrice ». Chez les Goin, « aucune entité nosologique n'est reconnue comme telle » (Dacher 1988). Les termes utilisés ne sont d'ailleurs même pas autochtones mais dioula (*sumbaya* et *sumbaya ba*).

Faut-il en déduire que le paludisme ne constitue pas pour de nombreuses populations une maladie en soi, comme cette idée a pu être développée par Ackerknecht (1945) à l'occasion de son étude sur la malaria au 19<sup>ème</sup> siècle dans la vallée du Mississippi ? Selon l'auteur, la fréquence de certains tableaux cliniques banalise des affections au point qu'elles ne sont plus considérées comme des maladies ou qu'on leur attribue plus facilement une origine naturelle. A Java, écrit-il, toutes les maladies proviennent des esprits des morts sauf le paludisme ; les Kwoma, ajoute-t-il, croient que tous les troubles « sérieux » viennent de la sorcellerie sauf le paludisme et la tuberculose. En fait, pour Ackerknecht le paludisme est surtout prétexte à montrer la différence entre le concept de *disease* qui relève du biomédical et celui d'*illness* qui ressortit du culturel. Une affection (*disease*) peut donc être culturellement définie comme n'étant pas une maladie (*illness*).



En ce qui concerne l'étiologie mossi, il s'agit aussi, comme dans la plupart des sociétés citées par Ackerknecht, d'une origine « naturelle » : *weogo* est censé provenir d'un excès d'humidité; *koom* peut avoir différentes origines mais toutes se réfèrent à une causalité naturelle (excès de fraîcheur, déséquilibre alimentaire, etc.); *sabga* a une cause du même type (excès de sucre et/ou de graisse) bien que les mécanismes de sa transmission, qui ne seront pas développés ici, soient d'ordre plus symbolique. Notons pour répondre à ceux qui s'interrogent sur la relation moustique/maladie, qu'en aucun cas les Mossi n'attribuent la maladie au moustique qui ne représente qu'une nuisance pour le dormeur. Cette même observation a été faite par M. Madingou pour les *Ko* : *ongo bantou*, par Dacher dans le cas des Goin (1988 : 23) et par S. Fainzang (1986 : 60) pour les Bisa qui attribueraient l'origine du paludisme à l'eau et à l'humidité de la saison des pluies (7).

*Weogo*, *koom* et *sabga* sont donc qualifiées de « maladies de Dieu » par les personnes interrogées, c'est-à-dire non intentionnellement données par un agent humain (sorcier) ou surnaturel (ancêtre, génie). Mais il faut distinguer le système tel qu'il est donné à l'ethnologue par les thérapeutes de la façon dont un ou des symptômes peuvent prendre sens dans la vie d'un individu lorsqu'il se rend chez un thérapeute. Le malade fiévreux et courbatu qui se rend auprès d'un devin peut très bien n'entendre jamais parler de *weogo* ou de *sabga*. Si cette fièvre obstinée intervient dans sa vie après bien d'autres malheurs (difficultés conjugales, mauvaise récolte, etc.) le devin qui détermine son interprétation en fonction d'un ensemble de critères où la parole du malade est parfois davantage influente que ses symptômes, peut déclarer qu'il s'agit en fait de l'attaque d'un sorcier ou de l'avertissement d'un ancêtre. Dans certains cas, la durée prolongée d'une affection ou son évolution orientent le devin vers des suspicions de sorcellerie. On est loin, alors, du *weogo* ou du *sabga*. Pourtant il s'agira des mêmes symptômes. La présentation d'un système médical ne restitue donc pas la dimension individuelle et événementielle de la maladie. Il y a ainsi une marge à observer entre une théorie médicale et la « réalité » de l'interprétation, appelée par M. Augé la « logique de l'événement » (1983 : 5).

L'utilisation des lexiques terme à terme doit donc être effectuée avec prudence. Elle est même souvent illusoire, d'un point de vue tant anthropologique que médical. Il s'agit plus d'un calcul de probabilités pour le médecin que d'une traduction littérale.

Les études d'anthropologie médicale ou d'ethnomédecine qui se focalisent uniquement sur l'étude du médical ont le désavantage de ne pas restituer la logique sociale dans laquelle s'inscrit un système médical, notamment la façon dont il peut être manipulé ou subi par les individus (malades, familles de malades, thérapeutes). A trop vouloir délimiter le champ médical d'une société, on en vient à mettre en place des modèles qui ne rétablissent pas la dynamique sociale dans laquelle ils s'insèrent. Certains anthropologues, en France en particulier, refusent cette approche qu'ils considèrent comme étant trop sectorielle et relevant davantage de la médecine, au même titre que l'épidémiologie et la santé publique, que de l'anthropologie. Ils revendiquent la nécessité d'une étude plus globale ou « holiste » de la maladie en tant que fait social et préfèrent parler d'anthropologie de la maladie plus que d'anthropologie médicale ou d'ethnomédecine (Augé 1986).

(7) Ackerknecht déclare que déjà en 1910 les Masai établissaient une relation entre la malaria et le moustique!

#### 4. L'USAGE DE L'ANTHROPOLOGIE PAR LA DÉMOGRAPHIE, L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Pour les épidémiologistes et les démographes, les mesures de morbidité rétrospective et de mortalité se heurtent aux problèmes de diagnostic, particulièrement en ce qui concerne la mortalité étudiée par autopsie verbale sans possibilité d'examen biologique. De plus, on a vu que le paludisme n'est pas reconnu comme une entité unique et qu'au contraire plusieurs entités sont utilisées. La multiplicité des entités et le fait qu'une entité de notre clinique ne corresponde pas nécessairement à une entité mossi et vice versa introduisent un flou dans les statistiques. L'utilisation des entités de l'enquête ethnographique ne résout donc pas le problème mais, pour les démographes, elle est plus fiable qu'un questionnaire par symptômes.

En effet, l'approche démographique classique laisse à l'enquêteur la responsabilité de la traduction en français, traduction dans laquelle il introduit ses présupposés des risques de maladies et de mort. On a vu plus haut que la plupart des enquêteurs traduisent par paludisme ce que l'enquêté a déclaré être un « corps chaud » accompagné de céphalées. Les risques d'erreur sont donc nombreux.

L'étude ethnographique des entités nosologiques pertinentes dans la langue des Mossi a été reprise par les démographes et les médecins de l'équipe à l'occasion d'une enquête sur la consommation médicale effectuée auprès d'un échantillon d'un millier de personnes en zone rurale mossi (Vaugelade et Gazin 1987).

Les résultats de l'enquête donnent une prévalence maximale du *koom* et du *weogo* entre les mois d'août et d'octobre (respectivement 90% des cas de *koom* et 71% des cas de *weogo*) ; ce qui correspond aux variations saisonnières du paludisme constatées par les paludologues. Par ailleurs, le *koom* et le *weogo* correspondent à 7% de l'ensemble des maladies déclarées, de même que d'après les enquêtes médicales, le paludisme figure pour 6% des motifs de consultations (Baudon, Gazin, Rea et coll. 1984).

Une étude menée actuellement sur la mortalité avant l'âge de cinq ans attribue 1 à 2% des décès au *koom* et au *weogo* (Debouverie, Duboz, Vaugelade 1988). Ce chiffre est faible, comparé aux estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé qui considérait dès 1970 le paludisme comme responsable de la mort d'un million d'enfants africains par an, soit environ 20% des décès (8). Une première hypothèse formulée par les démographes et les médecins de l'équipe est que la mortalité du paludisme est beaucoup plus faible que ce que l'on pense. Par exemple, le taux de létalité du paludisme dans un service hospitalier (pédiatrie) de Dakar n'est que de 5% pour les garçons et 12% pour les filles (conduites plus tardivement à l'hôpital), ce qui représente 1,7% des décès (de 0 à 14 ans) alors que le taux de létalité pour l'ensemble des pathologies de ce service est de 17% (Lallement, Teyssier 1988 : 215). Une deuxième hypothèse non exclusive de la première peut être posée par l'ethnologue : les entités nosologiques retenues (*koom*, *weogo*) ne sont plus pertinentes en cas de décès, ceux-ci étant mêlés à d'autres causes d'ordre plus persécutif (ancêtres, sorciers, génies) et/ou s'appréhendant dans des entités nosographiques encore plus composites comme le *sabga* et le *liula*.

(8) L'O.M.S. ne livre que des estimations relatives à la mortalité infantile due au paludisme.

L'enquête quantitative est donc en plein accord avec les observations de l'étude qualitative. On observe dans les deux cas la possibilité d'un changement d'entité nosologique soit entre *koom* et *liula* <sup>(9)</sup> soit entre *weogo* et *sabga* ainsi que la faculté à passer d'une interprétation « naturelle » de la maladie à une interprétation « surnaturelle » de la mort.

L'enquête sur la consommation médicale en zone rurale mossi a permis de recueillir des informations relatives aux recours thérapeutiques de *koom*, *weogo* et *sabga*. Elle nous informe notamment que le *ne-wendgre* et le *weogo* sans signes d'inquiétude associés dans la vie du sujet, sont de plus en plus fréquemment traités par l'agent de santé villageois. Elle nous apprend aussi que si le recours à l'infirmier est beaucoup plus important, comme on s'en doute, dans les villages situés à proximité d'un dispensaire que dans ceux qui sont éloignés de toute structure sanitaire, le recours au guérisseur, en revanche, n'en diminue pas pour autant. En fait, l'infirmier est consulté non pas au détriment du guérisseur, mais au désavantage du vendeur de comprimés installé sur les marchés (vente de chloroquine, d'acide acétylsalicylique et de sulfamides).

Infirmiers et guérisseurs n'entretiennent pas de rapports concurrentiels, soit parce que leurs compétences ne concernent pas les mêmes maux, soit parce que la demande des malades à leur égard n'est pas de même nature. La stérilité conduit généralement la femme chez le devin tandis que les maux de tête sont souvent traités par l'agent de santé villageois ou l'infirmier (comme premier recours thérapeutique).

De même, les mères d'enfants de moins de cinq ans consultent d'avantage l'agent de santé ou l'infirmier que le guérisseur ou le devin, en recours de première intention tout au moins. D'autres enquêtes menées au Togo et en Côte d'Ivoire (Guillaume et Rey 1987) ont déjà souligné cette évolution des comportements lorsque les soins et les médicaments modernes sont disponibles. Plusieurs explications peuvent être données à l'observation de ces faits. D'abord, les femmes sont de plus en plus fréquemment suivies au cours de leur grossesse dans les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI). Elles prennent donc de plus en plus souvent l'habitude de s'y rendre après la naissance de l'enfant. Ensuite, chez les Mossi, jusqu'au sevrage, l'enfant est pris en charge par sa mère, même souvent financièrement. Un nourrisson malade est donc conduit chez le thérapeute par sa mère tandis qu'à partir de 5-6 ans c'est le père ou le chef du groupe familial, responsables à l'intérieur du lignage de leur progéniture, qui l'y amèneront. De plus, la femme n'étant pas soumise aux obligations sociales consécutives à la consultation divinatoire (sacrifices à accomplir), ce sont des critères d'ordre plus individuel qui interviendront dans le choix de son premier recours.

L'enquête inclut dans ce qu'elle qualifie de thérapie moderne : les agents de santé villageois, les infirmiers, les vendeurs de comprimés et l'automédication par comprimés ; et dans ce qu'elle nomme thérapie traditionnelle : les guérisseurs, les devins et l'automédication par phytothérapie. D'après les réponses au questionnaire de l'enquête sur la consommation médicale, les diarrhées de l'enfant sans fièvre sont soignées par des thérapies familiales traditionnelles (lavements ou infusions de plantes) mais le *koom* est déclaré être traité dans 67% des cas par voie moderne. Dans 4% seulement des cas, les femmes déclarent avoir utilisé différents recours (moderne et traditionnel). Le *weogo* et le *sabga*, par contre, sont déclarés avoir été traités avec de multiples recours dans 10% des cas.

---

(9) Des mères déclarent que l'enfant a eu le *koom* comme maladie et qu'il est mort du *liula*.

Cette étude a l'intérêt de faire valoir l'importance de l'automédication comme recours thérapeutique (45% pour l'ensemble des maladies). Une thèse récente de médecine au Bénin montre que les 3/4 des personnes interrogées lors d'une enquête sur 275 ménages de Cotonou, essaient de résoudre leurs problèmes de santé par l'automédication (Akangah 1988).

L'enquête, néanmoins, ne prend pas en compte les interprétations de type « persécutif », car les statistiques ne recueillent que les maladies qui ont une identification nosographique. Or de nombreuses affections ont des interprétations sociales mais ne sont pas identifiées au niveau nosographique. Si on demande aux mères de nommer les maladies dont ont souffert leurs enfants dans les mois qui précèdent l'enquête, on ne leur permet pas d'évoquer les affections qui ne s'insèrent pas dans la nosographie de leur système médical mais qui peuvent engager un itinéraire thérapeutique.

De plus, les personnes interrogées ont dû parfois répondre en élaborant un auto-diagnostic. La femme qui a eu recours à l'infirmier et qui déclare que son enfant a eu un *koom* ne se réfère pas au diagnostic d'un thérapeute mais à une terminologie « populaire » comme on pourrait parler en français de « grippe », de « bronchite » ou de « crise de foie ». Ces observations confirment l'aspect composite de certaines entités nosologiques comme *weogo*, *koom* et *sabga*.

La pluralité des recours thérapeutiques est aujourd'hui communément observée. Les affections courantes (fièvre, maux de tête) sont souvent soignées par l'automédication (par phytothérapie ou par comprimés) et par l'agent de santé villageois. Si le symptôme persiste, la famille du malade se mobilise et engage un itinéraire thérapeutique aux multiples recours. L'accès palustre ayant une pathologie polymorphe et une évolution variable, sa thérapeutique est obligatoirement différenciée.

L'interpellation initiale des médecins à l'égard des ethnologues s'appliquait, rappelons-le, à pouvoir communiquer avec les populations. « Comment parler du paludisme s'il n'est pas identifié comme une maladie ? ». La lutte contre le paludisme est non seulement thérapeutique mais prophylactique. Le souci des paludologues est donc que les populations associent le moustique au paludisme et consécutivement s'en protègent individuellement et collectivement (assainissement, moustiquaires, insecticides). Pour ce faire, les paludologues ont recours à l'éducation sanitaire qui élabore et diffuse des messages du type « le moustique donne le paludisme, donc protégez-vous du moustique ».

L'expérience en la matière permet de poser trois questions :

- 1- L'information communiquée par l'éducation sanitaire permet-elle d'introduire un savoir nouveau auprès des populations ?
- 2- Comment un savoir nouveau est-il intégré à un savoir précédent ?
- 3- L'acquisition d'un nouveau savoir conduit-elle à un changement de comportement ?

La formule « le moustique donne le paludisme, ... » n'introduit pas nécessairement un savoir nouveau même si le message établit une relation de cause à effet dans sa formulation. Le récepteur peut recevoir le message comme une information qu'il n'est pas capable de reproduire à la première personne. De plus, ce n'est pas seulement la reproductibilité d'une information qui lui permet d'acquérir le statut de savoir. On peut du reste se demander par quelle opération mentale et selon quelles conditions sociales une information devient un savoir.

Dans certains cas, le savoir est incorporé mais il n'a aucune incidence sur la vie du sujet. Il n'est ainsi pas rare de rencontrer des enfants d'animatrices en rééducation nutritionnelle, gravement atteints de malnutrition. L'animatrice possède un ensemble de connaissances qu'elle n'est pas en mesure d'appliquer dans sa vie quotidienne, soit parce que ses conditions d'existence ne le lui permettent pas, soit parce que ce savoir introduit une contradiction trop importante avec les connaissances acquises auparavant. Ces observations corroborent celles de chercheurs (Bourdieu 1972, Sperber 1979) qui ont fait valoir l'existence de mécanismes de rejet ou de ré-interprétation d'informations nouvelles lorsque celles-ci remettent en cause des informations de structures cognitives ou sociales incorporées.

L'enseignement reçu dans le cas de l'animatrice, comme le message sanitaire dans celui du simple quidam non seulement n'annulent pas l'acquis préalable mais sont ré-interprétés selon les schèmes classificatoires de leur société. S. Fainzang dans le cas des Bisa a montré que la diffusion du terme « onchocercose » dans les programmes d'information sanitaire au cours des dernières années a provoqué la création d'une nouvelle catégorie nosologique : *ôko*, considérée comme « maladie des génies ». « L'idée, écrit-elle, aujourd'hui largement admise selon laquelle la maladie *ôko* est transmise par la simule, ne modifie en rien le fait qu'elle soit considérée (...) comme « maladie des génies », et en l'occurrence des génies de l'arbre, utilisant ici la mouche pour « envoyer » la maladie » (Fainzang 1986 : 105). Cet exemple montre bien la ré-interprétation des informations nouvelles selon les schèmes classificatoires bisa.

Les guérisseurs auprès desquels j'ai enquêté dans la vallée du Kou connaissaient pour la plupart d'entre eux, comme dans le cas bisa, l'existence du paludisme et son vecteur, le moustique. Ils possédaient aussi des moustiquaires que leur avaient remis les animateurs locaux ou qu'ils s'étaient procuré eux-mêmes mais qu'ils utilisaient pour lutter contre la nuisance du moustique et non par mesure prophylactique. Leurs connaissances sanitaires nouvelles n'annulaient pas non plus leurs représentations culturelles « traditionnelles » de la maladie. On observait même une stratification de la pensée où s'ajoutaient de manière cumulative des savoirs acquis par la tradition, l'enseignement coranique, les émissions radiophoniques, l'éducation sanitaire, etc. Dans le même ordre d'idées, les médecins ont observé la facilité avec laquelle les malades absorbaient les dérivés de la quinine et acceptaient en cas de désordre intestinal l'arrêt de la consommation de fruits. Or la dyade amer/sucré est une catégorie mentale et sociale pertinente dans cette société où de nombreux traitements sont à base d'amertume et où l'excès de sucre est jugé nuisible à la santé. Il est commun d'entendre des personnes affirmer que « les mangues donnent le paludisme » (on retrouve là le *sabga* causé par un excès de sucre). Dans ce dernier cas, l'information nouvelle peut s'incorporer à un schème classificatoire déjà existant (amer/sucré). Les mécanismes de traitement de l'information par les populations peuvent donc expliquer en partie les réussites ou les échecs de certains programmes d'éducation sanitaire.

\*

L'étude présentée ici a été essentiellement utile aux médecins cliniciens, aux démographes et aux épidémiologistes. Elle a permis aux premiers d'être plus attentifs aux discours des malades par une meilleure compréhension des logiques symboliques qui les sous-tendent. Elle a conduit les autres à reconsidérer leurs méthodes de travail, de façon à améliorer la fiabilité de leurs résultats.

L'objectif de l'anthropologie est l'étude des organisations sociales et des systèmes de pensée des populations, même lorsque cette discipline se donne pour objet d'étude les faits de santé et de maladie. Une équipe de recherche médicale qui fait appel à l'anthropologie ne doit donc pas considérer cette science sociale comme un simple outil méthodologique supplémentaire mais comme une discipline scientifique qui a ses contraintes épistémologiques et ses objectifs propres. Les travaux des ethnologues doivent ainsi surtout aider les développeurs à mieux comprendre les structures cognitives et sociales des populations au sein desquelles ils cherchent à intégrer de nouveaux modèles de penser et de savoir-faire.

## BIBLIOGRAPHIE

ACKERKNECHT E.T.

- 1945 *Malaria in the Upper Mississippi Valley 1760-1900*, Johns Hopkins Press, Baltimore, (supplements to *the Bulletin of the History of Medicine*) N°4 : 142.  
 1946 « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XIX, N° 5, May : 467-495.

AKANGAH A.S.

- 1988 *Automédication en milieu urbain béninois. A propos d'une enquête auprès de 275 ménages*, Thèse de doctorat en médecine, Université nationale du Bénin, Faculté des Sciences de la Santé.

AUGE M.

- 1983 « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé, Cl. Herzlich, éd. des archives contemporaines, Paris.  
 1986 « L'anthropologie de la maladie », in *L'Homme. Anthropologie. État des lieux*, EHESS/Lib. Gnie. Française, Paris : 77-88.

AUSTIN

- 1970 *Quand dire c'est faire*, Seuil, Paris.

BAUDON D., GAZIN P., REA D. & COLL.

- 1984 « Epidémiologie clinique : morbidité palustre, mortalité palustre », *Études Médicales*, N° 3, Sept. 135-144.

BONNET D.

- 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*, ORSTOM, coll. Mémoires N° 110, 138 p.

BONNET D. (en collaboration avec J. VAUGELADE)

- 1988 « Approche culturelle du paludisme et mesures de la morbidité et de la mortalité chez les jeunes enfants au Burkina Faso », *Congrès Africain de Population*, Dakar, vol. 1 : 1.2.39-1.2.44.

BOURDIEU P.

- 1972 *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Librairie Droz, Genève/Paris, 269 p.

DACHER M.

- 1988 *Les représentations de la maladie chez les Goin du Burkina Faso*, multigraph., EHESS/ORSTOM, Paris, 94 p.

DEBOUVERIE M., DUBOZ P. & VAUGELADE J.

- 1988 « Analyse de la mortalité dans l'enfance après 3 années d'observation. Région de Pissila (Burkina Faso) », multigraph., Ouagadougou, 13 p.

FAINZANG S.

- 1986 « L'intérieur des choses ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, L'Harmattan, Paris.

FOUCAULT M.

- 1972 « La crise des fièvres », *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 177-198.

GARFINKEL H.

- 1984 « Arguments » in *Problèmes d'épistémologie en sciences sociales*, 3, CEMS/EHESS, Paris.

GUILLAUME A. & REY S.

- 1987 « Morbidité par diarrhée : quels recours thérapeutiques ? », *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara*, Union Internationale pour l'Étude Scientifique de la Population, Yaoundé.

HERITIER-AUGE F.

- 1987 « La mauvaise odeur l'a saisi », *La fièvre. Le Genre Humain*, 15, Editions Complexe : 7-17.

HERZLICH C. & PIERRET J.

- 1984 *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris.

JAFFRE Y.

- 1987 « Les mots du malade », *Développement et santé*, Paris : 18-19.  
1987 « Ethnolinguistique et santé publique », *Documents et réflexions*, N°4 : 20.

LALLEMENT A.M. & TEYSSIER J.

- 1988 « Étude sur la morbidité et la mortalité dans un service de pédiatrie au Sénégal », *Population*, INED, 43ème année, N°1, Janvier-Février : 215.

LOGAN M.H.

- 1977 « Anthropological Research on the Hot-Cold Theory of Disease : Some Methodological Suggestions », *Medical Anthropology*, I, 4 : 88.

MADINGOU A.M.

- s.d. *Représentations de la maladie par deux ensembles culturels congolais et notamment du paludisme holo-endémique en milieu de forêt humide*, Projet de thèse 3ème cycle, sous la direction de G. Balandier, ronéo, 83p.

MALLART GUIMERA L.

- 1977 « La classification evuzok des maladies », *Journal des Africanistes*, 47, 1 : 40.

MOUCHET J. & CARNEVALE P.

- 1988 « Le paludisme composante de l'environnement africain », *ORSTOM Actualités*, N°20, Janvier-février.

PHARO P.

- 1982 « Structures sociales et "mise en place" », *Revue Française de Sociologie*, vol. 23, oct.-déc., 23-4 : 639-667.

PROST A.,

- 1988-1989 « Environnement, comportements et épidémiologie des maladies », *Environnement de la santé*, ronéo, Université Pierre et Marie Curie : 34.

SIBERTIN-BLANC J.L.

- 1983 « Matériaux pour une terminologie de la maladie en Kiswahili », *Bulletin d'Ethnomédecine*, N° 22, mai : 11-28.

SPERBER B.

- 1979 « La pensée symbolique est-elle pré-rationnelle ? » in *La fonction symbolique. Essais d'anthropologie*, réunis par M. Izard et P. Smith, Gallimard, Paris : 17-42.

VAUGELADE J. & GAZIN P.

- 1987 « Les besoins de santé exprimés par une population rurale du Burkina », in Symposium *Le médicament essentiel dans les pays en développement*, Groupe d'Études Épidémiologiques et Prophylactiques, Paris, 19-20 mai.

WENDLE T.

- 1983 *Einige Konzeptionen von Krankheit und Heilung bei den Ewe*, Universität München.

ZEMPLINI A.

- 1985 « La "maladie" et ses "causes". Introduction », *L'Ethnographie*, numéro spécial : Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, 81, 96-97, 2 et 3.