

APPROCHE ANTHROPOLOGIE DES FAITS DE MALADIES DANS LES SITUATIONS URBAINES CONTEMPORAINES

Résumé du rapport intermédiaire

Le programme de recherche Santé et Urbanisation à Brazzaville pour lequel nous avons été affecté en tant qu'anthropologue se donnait pour objectif essentiel de localiser et hiérarchiser les problèmes sanitaires et de reconnaître leur spécificité en milieu urbain, en montrant comment les pathologies rencontrées en ville diffèrent de celles du milieu rural, mais aussi et surtout, combien la solution des problèmes sanitaires est conditionnée par la prise en compte de la complexité du fait urbain, les facteurs environnementaux et d'intégration socio-culturelle étant connus pour intervenir de façon prépondérante...."

L'approche de l'anthropologie dans une vision à la fin synchronique et diachronique devait permettre de saisir le rôle de l'environnement humain dans les modalités d'apparition et de résolution de la maladie.

Une des caractéristiques des situations contemporaines dans les pays industrialisés comme dans les P.V.D est l'importance des mouvements de population de toute origine. Ceci et l'accélération des faits de modernité crée un contact complexe dans lequel se côtoient, se rencontrent, s'affrontent et se conjugent des systèmes de pensées et des pratiques hétérogènes.

Pour aborder l'étude de la maladie et de la santé dans un contexte de pluralisme médical nous nous sommes définis deux axes de recherche :

- l'étude des différents recours thérapeutiques et des représentations qui les sous-tendent,
- le suivi de parcours thérapeutiques divers en essayant de repérer,
 - les différentes représentations culturelles et symboliques relatives à la santé, la maladie, la mort et à leurs traitements,
 - les différentes modalités d'identification, d'explication et d'intervention qui leurs correspondent,
 - le contenu sémantique et les interconnexions des différents registres interprétatifs et résolutifs,
 - l'incidence des différentes variables relatives à l'environnement social (variables ethniques, socio-économiques, religieuses, psychologiques, sexe, âge, etc ...).

- Sur le plan théorique et méthodologique nous nous sommes au départ trouvée confrontée au problème de l'articulation entre anthropologie médicale et anthropologie urbaine. Mais il nous est vite apparu qu'au-delà du découpage traditionnel entre différentes disciplines, ce qui importait, était de cerner quels pourraient être les apports de l'anthropologie urbaine à la définition de notre objet de recherche.

Parmi les différentes opérations de recherche du programme nous nous sommes intégrée au niveau des études de quartier considérant que l'approche anthropologique, venant s'ajouter à un ensemble d'investigations émanant d'autres disciplines (géographie urbaine, épidémiologie etc ...), permettait ainsi une analyse vraiment pluridisciplinaire.

S'il est vrai que la prise en considération plus accentuée de la démarche de l'anthropologie urbaine, ou sa relativisation par rapport à d'importantes remanences ethniques peut être déterminée par le quartier étudié, sa délimitation en ce qui concerne Ngangouoni (quartier où nous avons choisi d'intervenir) ne semble ni pertinente, ni spécifique.

Par contre l'appartenance ethnique, bien plus que son inscription dans l'espace institutionnel et relationnel urbain détermine, par sa plus ou moins grande proximité du lieu d'origine, la logique thérapeutique fortement liée aux groupes d'appartenance et notamment la parenté du village.

Or les habitants de ce quartier sont à 95 % LAADI-SUNDI et leur zone de peuplement - le Poo! - qui entoure BZV a, par sa proximité et de facilités de déplacements concomitantes, fort probablement aidé à la permanence de la tradition malgré une grande ouverture aux changements et à la modernité.

Pour la constitution du corpus d'information, en plus de l'apport bibliographique (étalé sur le temps en raison de la difficulté à trouver à BZV un certain nombre d'ouvrages de base), nous avons utilisé les techniques propres à l'anthropologie c'est à dire une approche du terrain portant une attention particulière à l'aspect qualitatif, par une observation participante, des entretiens directifs et semi directifs etc... La plupart des entretiens ont été réalisés en langue LAADI-SUNDI par l'intermédiaire d'un interprète les enregistrements étant ensuite transcrits et traduits. Nous avons attaché une importance particulière à l'étude linguistique notamment en réalisant un index des noms et notions intéressants à partir du lexique laadi de Monsieur JACQUOT et par des discussions avec les linguistes de l'Université Marien Ngouabi.

Nous avons dans un premier temps préparé le passage à un an de l'enquête santé (vérification et mise en ordre des dossiers), en choisissant, pour des raisons méthodologiques, de ne pas interférer in situ avec l'approche épidémiologique. ceci nous a permis cependant d'appréhender hors terrain la structure de la population du quartier.

Puis nous avons pris un premier contact avec les habitants en réalisant une dizaine d'entretiens sur l'histoire du quartier et l'histoire des gens dans leur quartier ce qui, à propos de la famille des chefs traditionnels, nous a donné un aperçu intéressant sur la relation entre les stratégies de pouvoir, la transmission des biens, la maladie, la mort, la sorcellerie.

Ensuite partant de l'hypothèse qu'un certain de nombres de plantes présentes ou transplantées dans l'environnement urbain avait en dehors de leurs autres usages (alimentaires décoratifs etc...) des propriétés et une utilisation médicinale, nous avons abordé le terrain en faisant une cartographie des plantes poussant dans les parcelles et fait ainsi plus ample connaissance avec les habitants au niveau d'un objet médiatisé ne touchant pas directement la personne, mais dont le questionnement aboutissait logiquement à la santé, à la maladie et à leur pratiques.

Ceci a orienté les études de cas qui ont suivi.

Nous avons par ailleurs eu un certain nombre d'entretiens avec des agents de santé des trois types de recours en présence : occidental, traditionnel et syncrétique (religieux) dont on trouvera une présentation pragmatique dans notre rapport.

Par ailleurs, nous livrerons l'analyse des études de cas dans notre thèse qui tentera d'exposer et d'expliciter la logique des parcours thérapeutiques dans LAADI-SUNDI urbanisés à Brazzaville

Nous pouvons cependant d'ores et déjà donner à ce sujet quelques réflexions partielles et provisoires.

La logique du parcours thérapeutique est à mettre en relation avec la logique de l'efficace réel et/ou symbolique.

Les causes de la maladie chez les balaadi-basundi sont de deux ordres :

- les maladies naturelles dues à Dieu-Nzaambi (par exemple toute maladie de vieillesse) ou à la nature, le monde visible. Ce sont les maladies "au quotidien" identifiées par leurs manifestations symptomatiques et l'absence de caractères de gravité et se concluant par une guérison rapide.
- d'autre part les maladies non naturelles signe d'une attaque par l'autre, ancêtres (biiba) esprits des mort (bakuyu), fétiches (mikisi) ou sorcières (ndoki) et se manifestant dans un premier temps sous la forme d'une maladie naturelle mais résistant aux traitements ou devenant chronique, ou alors se manifestant dès le départ par des symptômes spécifiques (rare) et/ou (beaucoup plus souvent) par un caractère de violence ou de gravité apparaissant souvent brusquement.

L'itinéraire classique peut se résumer ainsi.

Lors d'un épisode pathologique considéré comme naturel le patient va indifféremment, se soigner de façon empirique tout seul ou sur les conseils d'un membre de sa famille ou d'un voisin ou consulter un herboriste (ngaanga miti) ou aller au dispensaire ou à l'hôpital. Il y a cependant une certaine idée de progression dans ce type de recours mais il faut noter la très grande fréquentation des structures occidentales (en ville) pour des maux bénins types maux de ventre ou d'estomac, céphalées etc...

L'efficacité du ngaanga miti qui n'est pas forcément pourvu d'un pouvoir mystique est celle de son médicament le bilongo (principalement constitué de plantes et de quelques éléments d'origine animale et/ou minérale). De même vis-à-vis de la médecine occidentale. Il y a assimilation spontanée du médicament occidental à la classe bilongo c'est à dire relativement à une sphère qui relève d'un double critère :

- celui de la composante du monde naturel ou/et des éléments possiblement objectifs d'une guérison
- et d'autre part celui d'une connaissance opératoire se manifestant notamment par l'habileté nécessaire à leur mise en forme médicamenteuse.

A ce niveau le médicament fini et son pouvoir, son efficace apparaissent comme relativement indifférent à la personne du ngaanga en tant que telle, comme le montre la non intervention dans sa fabrication d'éléments mystiquement et charnellement constitutif de celle-ci (crachats etc...), toujours réparables dans les traitements et médicaments de type mukisi (pluriel : mikisi) et/ou boonzo (pluriel : maboonzo) qui eux relèvent du pouvoir mystique du ngaanga.

L'homogénéité des médicaments de type bilongo se manifeste également par leur commune impuissance devant toute maladie supposée causée par les ancêtres (biiba), les esprits maléfiques (bakuyu) les fétiches (mikisi) les sorciers (ndoki) dont on recherchera l'intervention et/ou un caractère non naturel de la maladie, s'il n'y a pas guérison.

Il y a à ce stade toujours consultation d'un devin,

- soit le ngaanger mpiatu pour détecter une atteinte par les mikisi et en dernier recours le ngaanger ngombo, véritable voyant (lumoni liwe nandi) pour identifier une atteinte par le ndoki (sorcier).
- soit le ngunza, le prophète guidant une secte religieuse à vocation thérapeutique.

Le ngaanga lutte entre autres contre les effets d'une sorcellerie avec laquelle il partagera la même configuration idéologique au point de pouvoir être soupçonné d'y appartenir. On retrouve là le doublet classique en Afrique d'opposition affirmée et d'identification supposée entre guérisseur et sorcier.

Les sectes religieuses, traitent également les symptômes sorciers mais définissent ce combat comme un affrontement idéologique d'essence ce qui lui confère un statut autre que celui qu'elle a dans la société traditionnelle.

On a pu reperer à l'intérieur de la catégorie "maladie mystique" la distinction entre ancestralité et sorcellerie, distinction qui n'est d'ailleurs qu'idéelle puisqu'un sorcier peut faire appel à un esprit d'ancêtre (biiba-bakuyu) ou se greffer sur l'attaque d'un ancêtre et inversement un ancêtre mieux attaquer sur le terrain affaibli par le sorcier ; le tout référant à une logique de la force vitale ou plusieurs interprétations sont possibles, la même faiblesse pouvant être la manifestation de différents types d'affaiblissement distincts ou conjoints.

Ces ambivalences sur le plan interprétatif ne font que renvoyer à des ambivalences sur le plan des pouvoirs agissant, dont on peut se demander s'ils ne sont pas en rapport actuellement avec des modifications au niveau des clan et des groupes d'appartenances et/ou des relations d'individus et groupe d'appartenances etc... ; ou encore et fort probablement à mettre en relation avec le contact de guérisseurs étrangers, y compris ceux de type occidental .

Qu'est-ce qui dans cette contellation polyvalente aussi bien interprétative que thérapeutique renvoie à d'autres fuites fonctionnelles, à des phénomènes syncrétiques et/ou à un processus historique de changement des structures sociales et symboliques. C'est ce que nous tâcherons de dégager dans notre thèse.

Hélène VIALE

(janvier 1985)

Viale Hélène

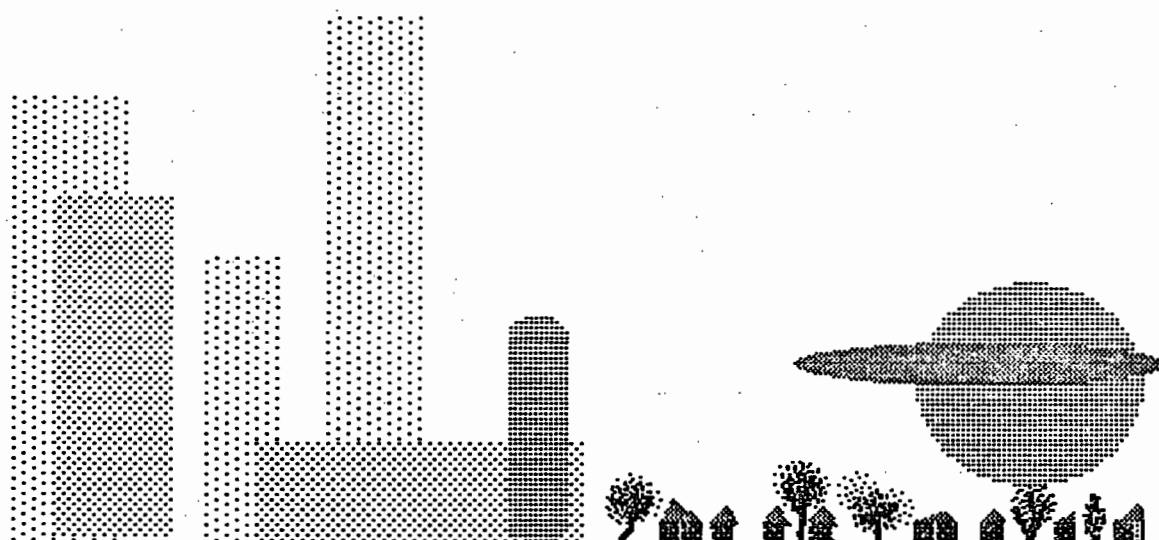
Approche anthropologique des faits de maladies dans les situations urbaines contemporaines

In : Santé et urbanisation. Paris : ORSTOM, 1985, p. 122-125 multigr..

SANTÉ

et

URBANISATION



ORSTOM

**Institut Français de Recherche
Scientifique pour le Développement
en Coopération**

Correspondance : Marc LALLEMANT

Département "Urbanisation et Sociosystèmes Urbains "

24, rue BAYARD, 75008 PARIS

CONTRAT MRT N° 83L0439

Ce rapport intermédiaire 84-85 est présenté de la façon suivante :

- I - Rappel de la problématique et de la démarche adoptée pendant la première phase du programme
- II - Liste et calendrier des opérations de la première phase terminées ou en cours.
- III - Etat d'avancement en Janvier 1985 des opérations principales.
Bibliographie.
- IV - Perspectives 85-86
- V - Annexe A : publications et rapports
Annexe B : questionnaires d'enquête