

J.-P. Olivier de Sardan

Introduction

Jamais, nulle part, les représentations populaires des maladies ne coïncident avec les représentations savantes, biomédicales. Cependant, l'écart est plus ou moins grand. Ainsi, dans les sociétés occidentales, les catégories de la médecine moderne ont largement influencé les représentations populaires. Le cancer, la colite ou la bilharziose sont certes des configurations représentationnelles différentes selon qu'on s'adresse à un médecin ou à un patient, mais c'est pour une bonne part à partir de bribes de discours médical réinterprété que se construisent les représentations populaires.

En Afrique, la situation est assez différente. La plupart des représentations populaires des maladies qui ont encore cours actuellement ont été produites dans les langues et cultures précoloniales, sans lien aucun avec la médecine moderne. Certès, au contact de celle-ci, depuis la colonisation, elles ont évolué, et de nouvelles représentations sont venues s'ajouter aux anciennes. Mais les rapports quotidiens que les gens entretiennent aujourd'hui avec les maladies continuent bien souvent à être pensés et dits avec des mots et des catégories peu influencés par la biomédecine occidentale, et qui font partie en quelque sorte du « fond culturel local ».

Nous appellerons « entités nosologiques populaires » ces maladies du sens commun en Afrique, que ce sens commun soit peul, songhay-zarma, bambara, etc. Nombre d'entre elles n'ont rien à voir avec le système nosologique de la biomédecine. Elles sont donc strictement intraduisibles. C'est en particulier le cas avec ces « maladies plus ou moins liées au ventre » que sont les entités nosologiques populaires « internes », dont

les descriptions forment une grande partie de cet ouvrage. Elles relèvent d'un corps « crypté », d'un intérieur énigmatique. Chaque culture tente d'y mettre un peu d'ordre et de sens, et d'en penser les dysfonctionnements de façon cohérente. Une entité nosologique populaire n'est jamais que le moyen privilégié de ce déchiffrement. Chacune regroupe à sa façon des symptômes qui, pour le clinicien moderne, relèvent en fait de pathologies multiples. De plus, d'une culture à l'autre, les entités nosologiques populaires diffèrent. Le *sanyi* hausa n'est l'équivalent ni du *suma* sosso ni du *kaliya* bambara.

Et cependant, elles offrent bien souvent un certain « air de famille ». On retrouve chez le voisin comme un écho, plus ou moins déformé, des entités nosologiques populaires que l'on a chez soi. L'observateur attentif ne peut manquer d'être frappé par ces résonances, ces similitudes, ces recouvrements. Tout se passe comme si des logiques similaires étaient à l'œuvre. Mais chaque culture les accommode à sa propre sauce.

D'autre part, on emprunte aussi des maladies au voisin. Le *kaliya* bambara est passé en peul, en sénoufo, et même en dogon, avec quelques glissements sémantiques. *Kooko*, qui vient du monde akan, est devenu une maladie dioula, puis bobo, voire mossi, en montant vers les savanes, où il apparaît comme une maladie « nouvelle ». D'autres types de maladies, non plus « internes » cette fois, mais clairement « visibles » ou « lisibles » sur le corps, illustrent bien ces emprunts incessants. Ainsi la « maladie de l'oiseau » se retrouve un peu partout en Afrique de l'Ouest. On désigne par là les convulsions infantiles, associées à une sorte de mythe étiologique « mou » qui en impute la responsabilité à un oiseau. D'une culture à l'autre, l'oiseau responsable change, le mythe varie, mais le schéma de base semble largement commun.

Mise en œuvre de logiques représentationnelles largement similaires (en partie contraintes par les déterminants pathologiques et par une même démarche empirique de description de symptômes identiques) ou emprunts linguistiques et culturels, la question centrale reste la même : comment diverses cultures contiguës d'Afrique de l'Ouest se représentent-elles un certain nombre de maladies « parentes » ? Cette question est au cœur de cet ouvrage.

Pour cela, il fallait une ethnographie approfondie, minutieuse, délibérément descriptive, mais guidée par une problématique minimale commune, d'un certain nombre d'« entités nosologiques populaires » de

même type¹. On en trouvera ici les résultats. C'est sur ce socle empirique solide que s'appuient les quelques tentatives de synthèse ou de conceptualisation qui sont aussi proposées.

En fait, cet ouvrage repose sur le croisement de deux choix fondamentaux, dont l'un concerne le comparatisme et l'autre l'anthropologie de la santé : (a) le choix du comparatisme de proximité ; (b) le choix d'une description des sémiologies populaires.

Comparatisme de proximité

Malgré une forte propension à l'exercice monographique, l'anthropologie n'a jamais renoncé à son ambition comparative, contamment réaffirmée par les uns ou les autres. Le problème est : quel comparatisme ? Je n'évoque pas ici le comparatisme « sauvage », plus ou moins camouflé, qui parcourt plus ou moins toute œuvre en science sociale, aussi monographique soit-elle, mais bien les diverses formes du comparatisme raisonné et assumé en tant que tel. Or, on constatera facilement la prédominance de deux genres comparatistes, qui ne conviennent ni l'un ni l'autre au présent projet. L'un est le comparatisme planétaire, ou au moins à très grande échelle, qui franchit allégrement les distances culturelles, voire les époques : le prix à payer est une forte décontextualisation des énoncés comparatifs². L'autre est le comparatisme de commodité, où

1. Cet ouvrage est issu d'un programme de recherche collectif développé depuis 1993, et initialement intitulé « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest ». Il a d'abord bénéficié d'un appui financier du PIR-Villes du CNRS pour un sous-ensemble concernant Bamako et Niamey, ainsi que d'un appui financier de l'ORSTOM, pour des études au Niger et pour deux ateliers qui ont réuni l'ensemble de l'équipe à Bamako et à Niamey, respectivement en 1995 et 1996. Il se prolonge désormais depuis 1998 sous le titre « Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest) », avec un financement de l'Union européenne.

Que soient ici évoquées les mémoires de Myriam Roger-Petitjean, Djigui Diakité et Binet Poudiougou, qui furent tous trois membres de ce programme, et de Thierry Berche, qui en était un compagnon de route.

2. Certes on pourrait sans doute étendre utilement la comparaison entre entités nosologiques populaires à des cultures d'autres continents (y compris les sociétés européennes avant le développement de la médecine expérimentale) et on y trouverait éventuellement la mise en œuvre de logiques plus ou moins similaires : mais un tel changement d'échelle suppose, si l'on veut éviter les pièges de l'essayisme, que des travaux analogues à ceux qui sont ici présentés aient été accomplis aussi systématiquement dans les divers sites de référence de l'entreprise comparatiste.

l'auteur se plaît à mettre en rapport deux (voire plus) terrains contrastés qu'il a successivement parcourus. Les éléments comparés ne sont pas le produit d'un choix argumenté, mais relèvent d'un parcours biographique plus ou moins rationalisé *a posteriori*.

Nous avons choisi ici une autre stratégie comparative. Elle a consisté à bâtir une équipe d'auteurs à partir de la proximité de leurs objets et de leurs terrains. Il s'agit donc d'un comparatisme intensif, où les contextes sont délibérément proches, voisins, connexes. Cette vicinalité est tout à la fois culturelle (géographique) et thématique.

Les aires culturelles couvertes par les contributions de cet ouvrage (cf. carte p. 5) sont contiguës, voire intersécantes. Il s'agit du cœur de l'Afrique de l'Ouest, dans ce qu'on pourrait appeler un espace civilisationnel unique¹. La vaste zone mandingue, tout d'abord, avec non seulement l'aire bambara, mais aussi ses extensions ou ses influences au Burkina (en pays sénoufo ou à Bobo), en Guinée (le susu est une langue d'origine mandé), en Côte-d'Ivoire (culture dioula). Immédiatement adjacente vers l'est, on trouve l'aire songhay-zarma, puis l'aire hausa. Au sud, l'aire dogon, puis l'aire dite parfois « voltaïque », elle-même assez diverse (ici représentée avec mossi, bissa, bobo). Enfin, partout présent, imbriqué parmi tous les autres, l'archipel peul (ici présent sous deux formes : le Macina et le Fouta-Djalon).

Au total, l'ensemble ici considéré couvre quelques dizaines de millions de locuteurs : il ne s'agit donc pas de travaux sur de petits groupes marginaux ou sur des langues résiduelles, mais d'une entreprise de comparaison systématique sur une grande partie des populations de l'Afrique de l'Ouest, celles-là mêmes dont les systèmes de santé nationaux, les ONG et les institutions internationales essayent non sans d'énormes difficultés d'améliorer l'état de santé, sans pourtant s'être trop souciés jusqu'à maintenant de disposer de connaissances sur la façon dont les symptômes morbides étaient perçus, exprimés, et organisés par les principaux intéressés.

1. Cet espace civilisationnel est aussi un espace historique éminent, largement documenté, depuis les Empires médiévaux du Mali et du Songhay jusqu'aux Etats hausa ou mossi. C'est également un espace largement islamisé, soit totalement, soit en majorité. Cependant l'Islam ne semble pas avoir profondément influencé les représentations populaires des maladies (en tout cas celles qui sont ici étudiées : dans d'autres domaines très particuliers, comme par exemple le traitement des fous, les représentations et pratiques thérapeutiques inspirées de l'islam sont plus importantes) : on ne constate son influence qu'en marge, en quelque sorte, essentiellement à travers le rôle des marabouts et des charmes maraboutiques dans les pratiques de « guérissage ».

Ici, pour la première fois, un aussi vaste ensemble est analysé du point de vue des conceptions populaires des maladies, ou plus précisément d'un certain type de maladies.

Car la proximité recherchée dans cet ouvrage n'est pas seulement de voisinage, elle est aussi, voire surtout, thématique. Il ne s'agit pas en effet ici de comparer de façon générale « les représentations de la maladie chez les X, les Y et les Z », mais bien de comparer les représentations de maladies « proches », appartenant manifestement à des « types » analogues. Le comparatisme est donc ici volontairement pointu. On ne peut faire autrement s'il est question de sémiologie.

Description des sémiologies populaires

Dans chacune des langues considérées, les locuteurs recourent à un stock déjà constitué de mots pour dire leurs maux, leurs corps, leurs maladies, leurs traitements. On constate que, dans une culture populaire donnée, les représentations de la maladie et de la santé sont pour une part largement partagées, même si le sens précis des mots peut varier d'un locuteur à l'autre ou d'un contexte d'élocution à un autre. Ces variations, qu'elles soient de type idiosyncratique ou statutaire (homme/femme, aîné/cadet, guérisseur/profane), ne mettent pas en cause l'intercommunicabilité des notions et conceptions véhiculées par ces mots. Il y a bien une sémiologie populaire commune, et c'est elle que chacun des auteurs a tenté, pour la langue qu'il maîtrise et dans la culture qu'il étudie, de décrire aussi fidèlement et aussi précisément que possible, pour ce qui concerne un certain type d'entités nosologiques populaires. Les entités nosologiques populaires qui ont été ici privilégiées sont des maladies omniprésentes, parmi les plus évoquées dans les interactions quotidiennes. On découvrira qu'elles sont aussi pour une bonne part des maladies « prosaïques », qui ont peu ou pas de lien avec l'univers magico-religieux (dont la vitalité est pourtant grande dans les diverses cultures considérées).

Les travaux descriptifs ici présentés se distinguent des interrogations classificatoires, étiologiques et causales qui ont beaucoup marqué l'anthropologie africaniste de la santé. Ainsi, dans cet ouvrage, les 11 textes, de type monographique (2^e partie), qui rendent chacun compte d'une entité nosologique populaire « interne », ont tous suivi un parti pris

résolument descriptif et émique, en gardant un profil interprétatif bas. Cette étape nous semble en effet incontournable. Il ne peut y avoir de comparaison sérieuse sans une description aussi précise que possible des différents éléments à comparer.

Deux niveaux interprétatifs

C'est par contre dans la phase proprement comparative que les hypothèses interprétatives ont pris place. Elles sont d'ordres divers, et renvoient en fait à deux niveaux différents.

Un premier niveau reste proche des données empiriques, et essaye de rendre compte de ce qui fonde l'air de famille qui unit, au-delà de leurs différences, les entités nosologiques populaires recensées. Un article se consacre ainsi à dégager les logiques cognitives sous-jacentes aux diverses entités nosologiques populaires « internes » décrites dans la 2^e partie. Les quatre articles de la 3^e partie abordent directement de façon comparative d'autres types d'entités nosologiques populaires, « externes » : l'abaissement de la fontanelle, les maladies de l'oiseau, les maladies de peau et les maladies oculaires.

Un second niveau interprétatif (qui constitue en fait ici la 1^{re} partie) regroupe deux essais plus « théoriques », qui prennent plus de risques conceptuels, en proposant pour l'un de raisonner en termes de « module », pour l'autre de s'appuyer sur la notion de « dispositif ».

Olivier de Sardan Jean-Pierre. (1999)

Introduction

In : Jaffré Y. (dir.), Olivier de Sardan Jean-Pierre (dir.). La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest

Paris : Presses Universitaires de France, 7-12. (Les Champs de la Santé). ISBN 2-13-050230-X