

J.-P. Olivier de Sardan

---

## Les représentations des maladies : des modules ?

Sur la base empirique des travaux réunis dans cet ouvrage, et de quelques autres qui leur sont proches, nous proposons de recourir à la métaphore du « module » pour penser un certain type de représentations populaires des maladies. Au sens strict, cette proposition ne peut valoir que pour les aires culturelles d'Afrique de l'Ouest ici étudiées, et seulement pour une partie des représentations des maladies qui y ont cours. Cependant, au-delà des référents empiriques auxquels nous nous limitons, notre proposition prend place dans l'espace théorique commun au champ de l'anthropologie de la santé et au champ de l'anthropologie des représentations. Dans cet espace scientifique, elle peut représenter une solution possible (parmi d'autres) à certains problèmes plus généraux qui jusqu'ici ne nous semblent pas avoir été traités de façon satisfaisante.

### **Les représentations anthropologiques des représentations**

L'anthropologie de la santé est prise entre deux pièges opposés. D'un côté le piège médical, de l'autre le piège du Sens.

Le piège médical, c'est de vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales. Or les catégories populaires et les catégories biomédicales ne sont pas superposables. Le savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Il a son épaisseur propre, ses logiques propres, ses configurations sémantiques propres. Les entités nosologiques populaires, autrement dit les « maladies » telles que

le sens commun les nomme, n'ont souvent rien à voir avec les entités nosologiques savantes, autrement dit les « pathologies » telles que la biomédecine les décrit. Dans les langues d'Afrique de l'Ouest, c'est en tout cas évident : cet ouvrage en témoigne.

Le piège du Sens est en quelque sorte inverse. L'anthropologie a sans doute trop insisté sur le fait que la société entière serait en jeu derrière la maladie<sup>1</sup>. Le désordre du corps serait le révélateur d'un désordre social. Toute guérison mettrait en jeu la communauté, y compris en son rapport symbolique au cosmos. Car cet excès « holiste » (qui consiste à voir le « tout » de la culture derrière chaque événement morbide) se combine souvent avec un excès « symboliste ». Les « visions du monde » et en particulier de son « au-delà », c'est-à-dire les rapports avec le surnaturel (dieux, ancêtres et autres puissances non humaines) seraient le plus souvent mobilisées par les représentations de la maladie et les pratiques thérapeutiques. Or nombre d'entités nosologiques populaires, on le verra également ici, relèvent d'un registre « prosaïque », et ne renvoient ni à la Culture, ni à la Société, ni au Sens, ni au Cosmos, mais à un ensemble restreint de représentations relativement autonomes et circonscrites.

Entendons-nous bien. Ces « pièges » ne fonctionnent que parce qu'ils incluent une part de vérité. Ainsi, du côté des rapports avec la biomédecine, les savoirs populaires sont souvent sous-tendus par des mécanismes cognitifs proches de ceux mis en œuvre par la démarche médicale<sup>2</sup>. Parfois aussi, mais beaucoup plus rarement, une catégorie populaire correspond à peu près à une catégorie biomédicale. De même, du côté du Sens, certaines maladies (mais certaines maladies seulement) mobilisent tout l'entourage et sont indissociables de conflits ou rapports de forces sociaux. D'autres, souvent les mêmes, renvoient à des agressions en sorcellerie ou à une intervention des ancêtres. Mais ces maladies-là, même si elles sont les plus « spectaculaires », ou les plus exotiques pour un observateur européen, sont loin d'être les plus représentatives de la quotidienneté de la maladie, qui est plus faite de prosaïsme et de pragmatisme qu'on ne l'a en général dit.

1. Cf. Augé, 1986.

2. On peut se reporter au texte ci-dessous sur « Les entités nosologiques populaires internes » : les logiques propres aux représentations populaires de ces entités relèvent d'une démarche cognitive générale qui n'est pas si éloignée que cela de celle de la biomédecine.

Les diverses entités nosologiques populaires qui sont présentées dans cet ouvrage figurent certainement, au niveau des interactions quotidiennes de leurs cultures respectives, parmi les maladies les plus citées et celles qui suscitent le plus de quêtes thérapeutiques. Or elles ne font pas intervenir de rituels thérapeutiques, le commerce avec les génies y est réduit à la portion congrue, la sorcellerie n'y joue aucun rôle. Et pourtant, il s'agit de sociétés où rituels, génies et sorciers font partie, pourrait-on dire, du paysage, et interviennent de diverses façons dans les vies et les préoccupations de tout un chacun, y compris dans les maladies. Mais pas dans celles-là, ni d'ailleurs dans quelques autres.

Il nous faut donc trouver le moyen de rendre compte des représentations populaires de la maladie sans tomber ni dans l'excès médical ni dans l'excès du Sens. Il ne serait pas non plus souhaitable de tordre trop le bâton dans l'autre direction : il faut bien sûr laisser la place à d'éventuels rapprochements entre maladies populaires et pathologies biomédicales, et reconnaître tout ce que la maladie peut impliquer de social et de symbolique.

Le problème se complexifie encore un peu si l'on veut bien admettre que l'anthropologie des représentations (et donc l'anthropologie tout court) est victime d'un autre biais, qui à certains égards recoupe les précédents, et qu'on pourrait appeler l'excès systémique. La nécessaire cohérence du langage de description en sciences sociales se transforme souvent en une cohérentisation abusive des référents empiriques sur lesquels il porte<sup>1</sup>. Autrement dit, les représentations collectives, c'est-à-dire celles qui sont partagées par la plupart des acteurs sociaux dans un espace-temps donné, prennent place dans nombre de narrations anthropologiques sous une forme systématisée qui laisse parfois rêveurs ceux qui, comme nous, ont plutôt le sentiment d'avoir affaire à des savoirs en miettes, ou des savoirs « mités » (ce qui n'est en aucun cas un jugement dépréciatif, n'est-il peut-être pas inutile de préciser). Le système de pensée des X, la vision du monde des Y, les représentations de la maladie chez les Z sont souvent des fresques trop majestueuses,

1. C'est une forme de la confusion entre « rationalité épistémique » et « rationalité d'action », la rationalité propre au langage savant ne devant pas être confondue avec celle dont font usage les acteurs en situation ordinaire (cette distinction est due à Granger, 1995 ; cf. également Passeron, 1995). Sur la cohérentisation, et diverses autres formes de surinterprétation, cf. Olivier de Sardan, 1996.

des mécaniques trop bien huilées, pour qu'on n'y soupçonne pas un trop-plein de virtuosité anthropologique.

Car les représentations auxquelles nombre d'entre eux sont confrontés font plutôt penser à des jardins à l'anglaise qu'à des jardins à la française. Les termes qui viennent aux lèvres ne sont pas « système » ou « structure » mais « patchwork », « bricolage », « configurations », « nébuleuses », « ensembles flous », « recouvrements partiels » (*straddling*). C'est manifestement le cas dans le domaine de certaines représentations de la maladie (et plus précisément encore dans celui du corpus comparé d'entités nosologiques populaires ici décrites) et le lecteur pourra d'ailleurs juger sur pièces de lui-même. Bien que nous ayons le sentiment que dans d'autres domaines il puisse en être également ainsi, nous ne tomberons pas dans la tentation d'une extrapolation ni aux représentations en général, ni même aux représentations de la maladie en Afrique en général : on doit en effet admettre que d'un domaine à l'autre (ou encore, pour reprendre le vocabulaire de Jaffré, d'un dispositif à l'autre) les représentations peuvent être organisées différemment.

En tout cas, nous n'avons pas rencontré trace, à travers nos parcours de recherches sur les entités nosologiques populaires, de grandes constructions théoriques indigènes. Ni de vastes systèmes classificatoires. Certes il y a, à peu près partout, un usage d'expressions qui pourraient évoquer par exemple une théorie des humeurs, ou des oppositions structurales qui y renverraient. Chaud/froid, humide/sec, amer/doux sont des couples couramment utilisés, dans toutes les langues où nous avons travaillé, tantôt pour décrire des symptômes, tantôt pour caractériser des aliments, ou pour distinguer des traitements. Mais il faut bien admettre, après examen attentif fait par chacun d'entre nous dans les cultures ici considérées, que nulle part n'existe de théorie des rapports entre ces couples, fonctionnelle ou philosophique (à l'image des théories grecques ou chinoises), et que leurs usages sont variables, non stabilisés, et largement allusifs. Le chaud, par exemple, ce peut être la fièvre, la colère, un traitement de choc ou une affection aiguë, selon les contextes, sans qu'il y ait de lien nécessaire autre que métaphorique entre ces usages linguistiques. Nul système étiologique ou thérapeutique permanent ne s'appuie sur ces notions, qui sont à géométrie variable, et à permutations fréquentes. On peut en dire autant du sang, partout considéré (ce qui ne peut

surprendre : le contraire étonnerait) comme un fluide décisif pour la santé, intervenant dans d'innombrables métaphores, mais qui ne donne nulle part lieu à une théorie véritable<sup>1</sup>. La pratique généralisée des ventouses ou scarifications (équivalents africains de l'ancienne saignée européenne), pour des indications multiples, se limite, en termes explicatifs, à la conception somme toute assez vague que l'on a affaire à un sang « sale » ou en « excès », sans autres conjectures, supputations symbolistes, ou hypothèses anatomiques.

Quant aux taxinomies arborescentes ou aux tableaux synoptiques que l'ethnoscience a popularisés et dont divers anthropologues de la santé se sont inspirés, force est de constater que dans aucune des dix cultures considérées il n'est possible d'en établir sans travestir ou forcer les données. Il faut aussi s'y résigner : il n'y a pas en Afrique de l'Ouest de « système nosologique populaire », au sens strict, pas de véritable « classification des maladies ». Il n'est sans doute pas inutile de préciser ici, pour qui ne connaîtrait pas du tout les représentations et pratiques africaines face aux maladies, qu'il n'y a pas en Afrique, à notre connaissance, de « médecine savante » traditionnelle, les spécialistes populaires que sont les « guérisseurs » (faisant traditionnellement un large usage de plantes) ne recourant nulle part à un corpus stabilisé et standardisé de savoirs organisés (du type médecine chinoise ou indienne...)<sup>2</sup>.

On sait que chaque culture découpe le réel à sa manière (pour une part), et l'étude de ces configurations sémantiques est d'ailleurs à la base de l'anthropologie cognitive. Mais les anthropologues ont parfois, dans leur recherche d'une cohérence sous-jacente, une tendance à « durcir » au niveau interprétatif les configurations sémantiques, en particulier exotiques, y compris dans les domaines de représentations populaires des maladies, alors même que tels ou tels travaux évoquent à leur sujet « *le caractère fluctuant et lâche des catégories nosologiques* » (Sindzingre, 1984 : 115) ou parlent de « *nosographie instable* » (Fassin, 1989 : 69).

Et pourtant tout n'est pas complètement aléatoire. Il y a bien, dans ce désordre général, des formes relatives d'ordre. Il y a bien des représen-

1. On pense à Cros, 1990.

2. Par contre, il existe, partout, des savoirs religieux, divinatoires ou rituels qui sont, eux, stabilisés et standardisés, et qui ont bien sûr des incidences thérapeutiques non négligeables. Mais on verra qu'ils ne couvrent qu'une partie des « maladies », et n'interviennent quasiment pas dans les entités nosologiques populaires ici considérées.

tations communes stables, des noyaux ou des ensembles de significations cristallisées, non seulement dans une même culture, mais que l'on retrouve, qui plus est, d'une culture à l'autre. L'ensemble des matériaux ethnographiques présentés ici l'atteste. Il y a ainsi, en Afrique de l'Ouest, des logiques communes sous-jacentes qui organisent les « entités nosologiques populaires internes » (en général associées au ventre), et leur donnent un « air de famille », comme il y a d'autres logiques communes sous-jacentes, assez différentes, qui règlent les « maladies de l'oiseau » ou la perception de l'abaissement de la fontanelle (cf. *infra*). Comment, dans ces conditions, se représenter à nous-mêmes, chercheurs, médecins, intellectuels, ces configurations de sens partagées que l'on rencontre en Afrique dans les discours populaires quotidiens sur la maladie ?

Mais avant de développer, pour répondre à cette question, le concept de « module », quelques éclaircissements sont nécessaires, autour de l'expression ici centrale de « représentations populaires de la maladie ».

### **Représentations populaires des maladies : langage des maux, logique de la nomination, logique de l'imputation, maladies prosaïques**

*Les représentations populaires des maladies*, dans chaque culture, sont les représentations largement partagées par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites, au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut facilement les identifier ou les solliciter dans les discours de tout un chacun. Ainsi, en peul, bambara ou songhay-zarma, il y a un nombre relativement fini de « maladies », reconnues par tous, et dotées de noyaux de significations et de connotations relativement stables. Nous appellerons « entités nosologiques populaires » ces maladies communément nommées dans les diverses langues locales, sous réserve qu'on n'y voit pas l'effet d'un quelconque « système » nosologique. Ces entités nosologiques populaires se distinguent en général du « langage des maux » ou langage des symptômes, qui décrit dans chaque langue des souffrances, des anomalies, des signes, des troubles, souvent par l'association d'une localisation anatomique et d'une sensation, celle-ci étant en général exprimée par une métaphore verbale. « Mon os se fend », « ma tête éclate », « ma moelle est morte », « mon cœur est coupé », « mes yeux brûlent », autant de traductions au plus près d'expressions

courantes dans les langues africaines<sup>1</sup>. D'ailleurs, parfois, comme dans certains des exemples ci-dessus, la localisation anatomique elle-même peut être métaphorique, en particulier lorsqu'il s'agit de sensations diffuses, sans localisation précise. Dans des expressions telles que « ma moelle est morte », « je n'ai plus de sang »<sup>2</sup> (c'est-à-dire « je n'ai plus de force, je suis épuisé »...), il ne faut voir ni spéculation anatomique ni visée explicative ou diagnostique (pas plus par exemple que le cœur n'est l'organe incriminé dans l'expression française « j'ai un haut-le-cœur »...). Nulle « théorie » ne se profile qui imputerait les troubles constatés à une disparition véritable de la moelle ou du sang, il ne s'agit très banalement que d'expressions rendant compte de la fatigue ou de l'affaiblissement du sujet. La tentation est grande, en anthropologie, de prendre au pied de la lettre ce qui n'est souvent que métaphore naturelle pour les locuteurs<sup>3</sup>. Or, dans le domaine du langage populaire sur la maladie et la santé, les métaphores abondent.

Ce langage des symptômes ne préjuge pas de la « maladie » dont ces symptômes relèvent, qui les organisera en une signification unique. Il est purement descriptif. Par contre, nommer une « maladie », c'est effectuer un diagnostic élémentaire, c'est identifier un ou plusieurs dysfonctionnements comme étant l'expression d'une « cause » ou d'une « chose » connue, c'est-à-dire leur donner une *identité*, qui est celle d'une entité nosologique populaire donnée.

Ce contraste fonctionne le plus souvent, mais pas toujours. Il y a, bien sûr, des cas limites, où il devient difficile de dire si l'on a affaire à une « nomination-diagnostic » (une entité nosologique populaire) ou à un « langage des maux » (celui des symptômes). Le « mal de tête » ou la fracture en sont des exemples que l'on trouve partout<sup>4</sup>. Quant au « mal

1. Respectivement, en songhay-zarma : *ay biro farra*, *ay bojo bagu*, *ay londey bu*, *ay bine pati*, *ay mooyey ton*.

2. Respectivement, en songhay-zarma : *ay londey bu*, *kuro ben ay gaa*.

3. Cf. Keesing, 1985, à propos des « métaphores naturelles » en anthropologie ainsi que l'étude prémonitoire de Dujardin (1933). En ce qui concerne l'anthropologie de la maladie, Zempléni a souligné que l'utilisation de métaphores ou de métonymies n'implique pas nécessairement un lien causal (Zempléni, 1985 : 31-32). Mais il accorde en fait une fonction souvent explicative à la métaphore ou à la métonymie.

4. Quand nous utilisons ici des noms de « maladies » en français, c'est par rapport aux représentations populaires françaises, et non dans un sens biomédical (domaine qui n'est pas de notre compétence). Il faudrait en effet comparer les représentations populaires africaines aux représentations populaires françaises, plutôt qu'aux représentations savantes biomédicales. La

de ventre », qui en songhay-zarma ou en sosso relève clairement d'un langage des symptômes (il s'agit d'un des signes possibles de *weyno* ou de *suma*), il désigne par contre chez les Bisa plutôt une entité nosologique populaire.

Toutes les maladies dont il est question dans cet ouvrage ont des noms. Ces noms sont formés de manière variée : parfois ce sont des noms en quelque sorte « ad hoc », sans équivalent dans le langage courant, souvent empruntés à une autre langue (*kaliya*, *kooko*). Parfois, le nom est construit à partir de l'organe atteint (un peu comme si l'on parlait d'une « fontanelle » pour évoquer l'abaissement de la fontanelle). Parfois il évoque un agent étiologique d'ordre plus ou moins mythique (« oiseau »). Peu importe. Chaque maladie a son nom, qui la spécifie, la particularise, et autour duquel gravite un noyau de représentations associées. Nommer une maladie, c'est donner un sens aux symptômes. Et c'est, le plus souvent, clore en ce point, par ce nom, la quête du sens. Il n'y a plus besoin de chercher ailleurs. Mais il est aussi, dans ces sociétés, des maladies qui n'ont pas de nom. Des maladies pour lesquelles il faut chercher ailleurs. Des maladies dont le sens ne se limite pas à un nom. Des maladies sans identité propre, et qui demandent la quête d'une autre identité qu'elles-mêmes. Je ne parle pas là des cas où le sujet et les siens se cantonnent dans le seul langage des symptômes parce qu'ils restent dans l'expectative ou le doute, et ne peuvent proposer de diagnostic : si aucun nom de maladie n'est en l'occurrence proféré, c'est que tout simplement on ne sait pas de quelle maladie il s'agit. On s'arrête aux symptômes. Mais il y a aussi des cas où l'on va au-delà des symptômes, non pas vers un nom commun d'entité nosologique, mais directement vers un nom propre

---

confusion est facilitée par le fait que le vocabulaire des représentations populaires en France est largement influencé par le vocabulaire biomédical, et que l'écart entre les représentations populaires françaises et les représentations biomédicales est nettement moindre (bien que important) que l'écart entre les représentations populaires africaines et les représentations biomédicales. On ne saurait cependant suivre Boltanski (1971), pour qui, dans un texte ancien très fidèle aux thèses de Bourdieu, il n'y aurait en France d'autres foyers de représentations de la maladie que la médecine savante. En conséquence, les représentations de la maladie dans les diverses classes sociales varieraient uniquement selon leur distance respective à la médecine savante, les classes privilégiées étant ainsi créditées d'un certain capital de savoir, et les classes populaires vivant, en ce domaine comme dans d'autres, dans la déprivation, l'ignorance, et le manque de repères... D'autre part le savoir biomédical n'est lui-même pas homogène, et ses strates (de la clinique à la biologie moléculaire, par exemple) « communiquent » plus ou moins avec les représentations populaires occidentales.



d'agent responsable. Les symptômes sont alors organisés en une configuration sémantique (une sorte de syndrome), qui n'existe pas comme expression d'une entité nosologique populaire « en soi », mais comme « message » morbide d'une figure humaine ou surhumaine particulière. Le sens n'est pas donné et clos par la nomination (d'une maladie), mais par l'imputation (à un responsable)<sup>1</sup>.

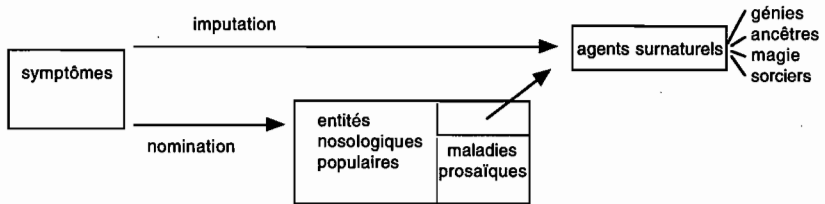
Les types d'agents « surnaturels » qui caractérisent ces syndromes de l'imputation se recourent largement dans les sociétés sahéennes, si leur importance relative ou leurs définitions exactes varient d'une culture à une autre : ancêtres, génies ou fétiches, sorciers mangeurs d'âme, et magie maléfique sont les diverses catégories d'agents régulièrement citées. Parfois certaines catégories font défaut : ainsi, en songhay-zarma, on n'imputera pas de maladies aux ancêtres (là encore c'est l'islamisation quasi totale qui explique sans doute cette absence). Mais on identifiera de façon courante les attaques « magiques » (*kotte*, le charme magique), les troubles imputables à des génies (*ganji* ou *holle*) et enfin les agressions de sorciers (*cerkow*)<sup>2</sup>. En songhay-zarma, les syndromes morbides identifiés comme relevant de l'un ou l'autre de ces agents sont, le plus souvent, directement renvoyés à un agent causal, ils ne sont pas regroupés sous un nom spécifique de maladie. On parlera donc simplement de *ganji doori*, « maladie infligée par un génie », on dira « on lui a jeté un sort » (*i na kottendi*), ou encore « un sorcier l'a attrapé » (*cerkaw na a di*). Mais, parfois, tel n'est pas le cas, et on passera, en quelque sorte, par l'intermédiaire d'une entité nosologique populaire particulière « à étiologie magico-religieuse ». C'est le cas avec « *humburkumey* », « la peur », entité qui regroupe diverses affections dont sont victimes les enfants en bas âge (depuis des affections respiratoires soudaines jusqu'à divers signes qui relèveraient pour la biomédecine de la malnutrition), « peur »

1. Nous avons dit plus haut que, parfois, certaines entités nosologiques populaires ont pour nom le nom de leur agent étiologique, plus ou moins mythique : il peut s'agir d'un animal ou d'un être surnaturel. La « maladie de l'oiseau », analysée dans cet ouvrage, l'illustre bien ; ailleurs on évoquera une « maladie de la tortue », ou du serpent, ou les « flèches des génies », etc. Mais l'agent étiologique invoqué reste, dans ces divers cas, anonyme, impersonnel ; et le traitement ne s'« adresse » pas à lui, pour le « calmer », le combattre, ou négocier, c'est un traitement standard, qui s'intéresse aux effets et non aux causes. Avoir trouvé qu'il s'agit d'une « maladie de l'oiseau » clôt la quête du sens, sans qu'il soit besoin d'identifier un oiseau-génie particulier. On reste dans une logique de la nomination, pas dans une logique de l'imputation.

2. Cf. Rouch, 1960, et Olivier de Sardan, 1982.

imputée à l'action d'un génie ou d'un sorcier (cf. également *infra* pour certaines manifestations du *buuri* peul ou du *gamma* dogon)<sup>1</sup>.

Autrement dit, la logique de l'imputation, qui souvent court-circuite la logique de la nomination, en allant directement du symptôme ou du syndrome à l'agent humain ou surhumain, peut aussi l'utiliser, en glissant derrière la nomination de certaines « maladies » l'hypothèse d'une étiologie « surnaturelle ». On a donc au total le schéma suivant :



Dans cet ouvrage, la plupart des maladies considérées sont d'ordre prosaïque. Dans les langues locales, on dira qu'il s'agit de « maladies de Dieu ».

Car une « maladie de Dieu », dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, et en tout cas dans toutes les aires culturelles où nous avons travaillé, c'est, paradoxalement, une maladie prosaïque, c'est une maladie qu'on ne peut imputer à personne, c'est une maladie qu'on pourrait qualifier de « naturelle », par opposition aux maladies à étiologie magico-religieuse. Cette catégorie des « maladies de Dieu » a été relevée par beaucoup de chercheurs ayant travaillé dans le Sahel partiellement ou totalement islamisé (cf. Sindzingre, 1984 ; Fainzang, 1986 ; Jacob, 1987 ; Bonnet, 1990 ; Roger, 1993).

Il faut ici prendre garde. « Maladie de Dieu », ce n'est pas un diagnos-

1. L'imputation, en ce cas comme pour les autres, est toujours affaire de spécialistes « traditionnels » (le soupçon est bien sûr l'affaire du malade ou plutôt de son entourage) : il n'y a guère de place en l'occurrence pour l'autodiagnostic (les soupçons doivent toujours être confirmés et authentifiés par des « prêtres » ou « magiciens » et/ou des procédures de divination), ni pour l'automédication. Ce sont les spécialistes magico-religieux, et eux seuls, qui décryptent des symptômes, c'est-à-dire donnent un sens en quelque sorte rétrospectif aux souffrances en les imputant à un agent humain ou surnaturel particulier, par la mobilisation d'un contexte familial, social et symbolique donné. Ce sont eux qui négocient ou se confrontent avec le génie, le sorcier, ou le magicien responsable : cette négociation ou cette confrontation sont les conditions d'un traitement dont les « plantes » sont les signes ou les adjuvants.

tic, il n'y a pas là un nom de maladie, et Dieu n'est pas désigné en tant qu'agent spécifique (à l'inverse de ces troubles qui ont pour caractéristique justement d'être le fait d'un magicien malveillant, d'un génie de brousse, ou d'un sorcier « mangeur d'âmes »). Il s'agit simplement de dire, lorsqu'on emploie à l'occasion cette expression, que la maladie à laquelle on a affaire est une maladie sans responsable, une maladie due au destin, à la fatalité, via tel ou tel type de vecteur pathogène identifié, ou sous la forme de telle ou telle entité nosologique, qu'elle soit congénitale, c'est-à-dire « héritée », qu'elle soit « attrapée », contractée par hasard, comme un accident, ou qu'elle se diffuse par contagion<sup>1</sup>. Le champ de ces maladies prosaïques est vaste, et couvre la plupart des maux possibles. Mais elles relèvent toutes de la logique de la nomination.

Peut-être convient-il ici de préciser en quoi l'opposition développée entre *maladies de Dieu*, ou *représentations prosaïques de la maladie* (de l'ordre de la nomination) et *maladies à agents surnaturels* ou *représentations magico-religieuses* de la maladie (de l'ordre de l'imputation, directement ou indirectement) diffère ou non de la célèbre distinction de Foster « *naturalistic/personnalistic* » (Foster, 1976), critiquée par Augé (1984). En fait Forster agglomère et confond deux niveaux différents que l'on peut avec profit désagréger : d'une part une opposition « *maladies à étiologies naturelles/maladies à agents personnalisés* » ; d'autre part une opposition « *logique empirico-rationnelle des humeurs/logique magico-religieuse* ». La première opposition est attestée dans de nombreuses cultures africaines traditionnelles (ce que Augé, qui s'appuie sur les sociétés lagunaires où elle ne fonctionne pas, tend parfois à ignorer), et elle correspond aux données présentées ici<sup>2</sup>. Par contre, la seconde opposition

1. En songhay-zarma : « héritée » = *tubu* ; « attrapée » = *di* ; diffusée par contagion = *diisa*.

2. Nous aurions donc tendance à réhabiliter cette première acception de la distinction de Foster, du moins en ce qui concerne certaines cultures, dont la culture songhay-zarma, tout en reprochant à Foster comme à son critique Augé une excessive propension à la généralisation de leur propos. L'opposition « *maladies à étiologies naturelles/maladies à agents personnalisés* » fonctionne parfois, mais pas toujours (quant à savoir si la non-distinction de ces deux catégories est un état antérieur à leur distinction, nous ne nous aventurerons pas dans ce débat). Elle n'a de pertinence que si elle recouvre plus ou moins une distinction émiq. Il est intéressant de noter qu'on pourrait adopter la même position quant à la distinction « *sorcery/witchcraft* », valable pour certaines cultures (les Songhay-Zarma comme les Nuer) et non valable pour d'autres (les sociétés lagunaires). A ce propos, c'est à nouveau la même référence ethnographique aux sociétés lagunaires qui inspire la critique que Augé adresse (Augé, 1975), à travers Middleton (Middleton et Winter, 1963), à l'opposition *sorcery/witchcraft*, critique assez symétrique de celle qu'il fait de Foster.

semble tout à fait criticable. D'une part la logique empirico-rationnelle des humeurs et la logique magico-religieuse ne sont nullement incompatibles au sein d'une même culture, comme Augé le souligne à juste titre. Par ailleurs, et c'est sur ce point que les analyses ici proposées apportent peut-être un éclairage nouveau, les entités nosologiques populaires ou les représentations prosaïques de la maladie (ce que Foster désigne plus ou moins sous l'expression de « maladies à étiologie naturelle ») ne supposent pas nécessairement une théorie des humeurs ou son équivalent<sup>1</sup>.

## Module

Revenons à notre question initiale. A quelles nouvelles représentations (savantes) des représentations populaires des maladies devons-nous recourir, si les représentations (savantes) habituelles (de type « système », « classification » et « structure ») ne peuvent rendre compte de façon satisfaisante de nos matériaux ?

Notre proposition de solution peut se formuler ainsi : dans les cultures considérées, les représentations populaires des maladies peuvent être avantageusement pensées comme un ensemble – non systémique et non structural – de modules de tailles, de complexités, et d'agencements variables, dont la constitution et les rapports renvoient pour une part à quelques logiques récurrentes, variables selon les maladies considérées.

Les entités nosologiques populaires sont organisées autour d'un nom, qui leur est en général propre. Telle maladie s'appelle *suma* en sosso, telle autre *sayi* en bambara. Quelle que soit l'étymologie proposée localement pour ces noms (parfois il n'y en a pas, souvent les versions diffèrent, ou sont manifestement fantaisistes), ces noms individualisent sans ambiguïté un ensemble variable de signes, symptômes, douleurs sous un terme générique qui est discriminant. L'usage de ces noms spécifiant des maladies est très clairement identique à celui des noms spécifiant des « ethnies », des « animaux » ou des « plantes ». Cette remarque nous a d'ailleurs souvent été faite par les intéressés.

1. De même et plus généralement, une démarche populaire empirique ou pragmatique n'est pas nécessairement sous-tendue par un système explicatif « rationnel » structuré, que ce soit au sens de la biomédecine ou au sens que Horton assigne à la religion, dans sa vision intellectualiste de celle-ci (Horton, 1967) – ceci y compris dans les sociétés occidentales.

« Parmi les hommes, on dit que celui-ci est Zarma, celui-ci est Peul, celui-ci Kado ; on distingue de même parmi les maladies. Seul Dieu, qui a mis les maladies dans le ventre de l'homme, en connaît les origines. Mais on ne les distingue pas pour rien les unes des autres : c'est comme lorsqu'on distingue des Peuls, des Zarma et des Kado. C'est pour cela que l'on parle de *weyno*<sup>1</sup>. »

Les maladies relèvent donc de l'énumération, plutôt que du classement, comme les ethnies. On ne « classe » pas les « ethnies » dans le discours populaire, on ne connaît pas leur nombre, on ne les organise pas en tableau, ni même en catégories stables. On se contente de les distinguer les unes des autres, de les identifier en tant que de besoin, et, parfois, d'en énumérer certaines. Les maladies relèvent exactement du même registre. Il y a un stock disponible d'identités, que l'on mobilisera en fonction du contexte, et on n'ira pas chercher plus loin.

Chaque nom renvoie à un noyau de représentations partagées à peu près stable. Que l'on se reporte à ce qui est dit plus loin de *sanyi*, de *kaliya* ou de *keefi*. Chaque auteur a sollicité de nombreuses descriptions et définitions de l'entité nosologique populaire qu'il étudiait, et chacun a constaté l'existence d'une large acception commune du terme en question. Mais chacun a aussi enregistré de nombreuses variantes, à la périphérie en quelque sorte du noyau stable. Autrement dit, autour d'un accord général sur quelques caractéristiques fondamentales d'une entité nosologique populaire, une place assez grande est laissée à la variété des expériences ou des interprétations personnelles. On pourrait évoquer aussi la métaphore du « foyer » utilisée en son temps par Boltanski pour des noms génériques d'un tout autre domaine (les catégories sociales)<sup>2</sup> : au centre, les conceptions sont concentrées, claires, partagées, univoques, mais plus on va vers l'extérieur, plus elles se brouillent, varient, divergent, s'estompent.

Prenons l'exemple de *kooko*, maladie de grande extension dans la région de Bobo Dioulasso, où elle est considérée comme « nouvelle » et venue des pays côtiers. *Kooko* est situé dans le ventre, et circule dans le sang, *kooko* est congénital, et activé par l'alimentation (trop sucrée ou trop salée), *kooko* fait maigrir ou grossir, *kooko* est à l'origine de douleurs dans la zone intestinale ou génito-urinaire, *kooko* peut s'extérioriser sous

1. Traduction d'un entretien personnel en songhay-zarma.

2. Boltanski, 1982.

formes d'hémorroïdes, ou « monter » vers la tête et se transformer en *mara*, une autre entité nosologique populaire. Autour de ces caractéristiques, assez généralement évoquées, se greffent diverses représentations moins partagées, variables selon les interlocuteurs : *koko* crée la stérilité, *koko* peut faire gonfler la langue, *koko* pourrait être transmis, *koko* peut être une conséquence du paludisme, etc.

Chaque entité nosologique populaire mobilise bien sûr des représentations différentes, plus ou moins variées, foisonnantes. Mais on retrouve toujours l'ensemble « nom générique + noyau de représentations stables + variantes périphériques ». C'est cet ensemble que nous proposons de nommer *module*. Chaque terme a ses avantages et ses inconvénients. « Nébuleuse » aurait pu ainsi faire l'affaire, n'eût été cette connotation d'abscondité qu'elle véhicule... « Module » a pour sa part l'inconvénient de trop marquer une frontière, d'un côté, et de ne pas évoquer cette notion de « foyer », d'un autre côté. Cependant, si les représentations « internes » à une entité nosologique populaire n'ont pas de frontière, le nom de l'entité nosologique populaire opère, lui, une clôture (c'est, ou ce n'est pas, la maladie X), qui peut justifier la métaphore du module, à condition de bien insister sur la fluidité et la porosité des représentations qui y sont incluses. Mais le terme de module a surtout un avantage « externe » : c'est qu'il ne présuppose pas une hiérarchie, un classement, une architecture. Un espace composé de modules est un espace d'ensembles distincts et autonomes. Là réside surtout pour nous la pertinence de cette métaphore : l'espace des représentations des maladies en Afrique de l'Ouest est justement un espace d'entités distinctes et autonomes, un espace non structural et non systémique.

Ces modules sont *de taille et de complexité variables*. Il n'y a pas de taille standard. Certains sont particulièrement vastes, mystérieux et touffus, en ce qu'ils incluent des symptômes multiformes, difficiles à déchiffrer, et récurrents. C'est le cas avec les « entités nosologiques populaires internes », celles qui, le plus souvent, sont localisées dans le ventre. La plus grande partie de cet ouvrage leur est consacrée. D'autres, par contre, sont particulièrement simples et monosémiques, comme cette sorte de conjonctivite, couramment nommée dans le Sahel « *apollo* » (en raison d'une épidémie survenue à l'époque du voyage sur la lune) ou, plus grave, la rougeole (cas où les entités nosologiques populaires en Afrique et en Europe se recouvrent). Tous les cas intermédiaires entre ces deux situa-

tions extrêmes se retrouvent. On verra ainsi, dans cet ouvrage, l'exemple d'entités nosologiques populaires facilement « visibles » et décryptables (à la différence des maladies internes), comme l'abaissement de la fontanelle ou les maladies de peau, mais dotées de représentations d'extension et de complexité différentes.

Ces modules sont *d'agencements variables*, et leur constitution et leurs rapports renvoient pour une part à quelques logiques récurrentes. Ils peuvent en effet s'agencer entre eux. Un module a parfois des modules associés, ou satellites, ou même peut se transformer en un module parent. Là encore, les entités nosologiques populaires internes nous en fourniront de nombreux exemples. Parfois, par contre, un module restera solitaire, sans connexion avec d'autres modules, avec tout au plus un petit air de famille avec tel ou tel autre. C'est le cas des convulsions infantiles, à peu près toujours distinguées de l'épilepsie, et qui renvoient à un mythe étiologique largement commun à toute l'Afrique de l'Ouest (la « maladie de l'oiseau »), mythe dont les conséquences, en termes thérapeutiques, sont d'ailleurs minces. Quelques *logiques* transversales organisent parfois une « famille » de modules. C'est ce que nous entendons montrer à propos des entités nosologiques populaires internes, où semblent simultanément à l'œuvre une logique ambulatoire, une logique entitaire; une logique des avatars, une logique fragmentaire, une logique de l'extériorisation, et une logique de l'activation (cf. *infra*). Peut-être même retrouverait-on certaines de ces logiques à l'œuvre dans d'autres entités nosologiques populaires, mais avec plus ou moins de prégnance.

### **Quelques propriétés interprétatives du module**

La métaphore modulaire offre divers avantages quant à l'interprétation des données disponibles à propos des entités nosologiques populaires, avantages que nous allons maintenant décliner.

#### *L'innovation représentationnelle*

Le problème du dogme holiste est qu'il induit une représentation « totalitaire » du changement : toute modification d'une partie entraîne néces-

sairement une recombinaison de l'ensemble. Or, dans le domaine des représentations des maladies, tout semble montrer qu'il n'en est pas ainsi. Ces représentations changent, bien sûr, même s'il est difficile d'apprécier empiriquement à quel rythme et comment, mais par blocs ou morceaux. Par « modules ». Nous ne savons rien ou presque des modalités des innovations représentationnelles en ce domaine avant la colonisation. Tout au plus peut-on constater ou déduire que, dans le Sahel, l'Islam a partout introduit certaines conceptions communes (par exemple sur le développement du fœtus *in utero*)<sup>1</sup> ou certaines pratiques (par exemple l'usage « magico-thérapeutique » des versets du Coran), tout en laissant intactes nombre de pratiques et de conceptions en place. Mais il n'y a pas de documentation sur les autres modes de transformation précoloniaux des représentations ou pratiques.

Par contre, on peut observer aujourd'hui dans les représentations populaires les traces des discours biomédicaux diffusés sous la colonisation et depuis les indépendances, et des interactions entre les populations et les structures de santé publiques. Là encore, on constate le maintien intégral de certaines représentations anciennes, la transformation majeure ou mineure d'autres, et l'introduction de nouvelles.

Le langage modulaire est bien adapté à ce type de processus. Il est des modules qui disparaissent : la maladie hausa et songhay-zarma des « flèches des génies », boules subites sur le cou ou les épaules dont les chasseurs ou les paysans étaient frappés après une marche en brousse, devient aujourd'hui inconnue en ville, il n'y a plus là que de simples furoncles. Certains modules ne sont pas modifiés : partout les « jaunisses »<sup>2</sup> restent conçues comme elles l'étaient avant, et ce d'autant plus qu'il est partout de notoriété publique que les Blancs ne savent pas les soigner. D'autres modules ne sont modifiés qu'à la marge : *weyno*, en ville, n'est plus la maladie typique des paysans fatigués par les travaux des champs, elle est devenue celle des chauffeurs de taxi condamnés à la station assise. Certains modules sont par contre fortement syncrétiques, mélangeant représentations locales, représentations importées d'une

1. Le développement initial se ferait sous forme de trois étapes de 40 jours chacune : une étape où le fœtus est une boule de sang, une étape où c'est une boule de chair, et une étape où il prend forme humaine.

2. Nous prenons bien sûr le terme populaire français. Il se trouve que, dans chaque langue considérée, « jaunisse » a un équivalent à peu près isomorphe.



culture voisine, et représentations issues de la modernité occidentale : c'est le cas de *kaliya*, maladie senoufo venue du pays bambara, pour laquelle l'« objectif » des patients est d'aboutir à une hernie mûre susceptible d'être opérée à l'hôpital. L'opération, qui demande d'aller en ville et de disposer de certains moyens financiers, tient lieu à certains égards de rite de consécration sociale pour les villageois. D'autres modules enfin sont nouveaux, même si, bien sûr, ils incorporent parfois des matériaux de récupération : le SIDA, la « tension »<sup>1</sup> l'illustrent évidemment.

L'innovation représentationnelle, dans le domaine des maladies en tout cas, n'est pas du tout ou rien, ce n'est pas non plus un rééquilibrage généralisé. C'est plutôt une adjonction de modules, la disparition d'autres, la modification de certains. L'arrivée d'un module peut ne rien changer aux autres.

### *Modules et culture englobante*

Les modules des entités nosologiques populaires sont enchâssés dans un espace plus vaste de représentations et de pratiques « autres », avec lesquels ils entretiennent, ou n'entretiennent pas, de liens directs ou indirects. Ils peuvent ou non « communiquer » ou « interférer », autrement dit, avec d'autres configurations de sens, avec également des pratiques et des institutions, ne relevant pas principalement du domaine de la santé. Si un module « communique » avec des représentations extérieures, il ne s'ensuit pas qu'un autre module, même proche, doive le faire aussi. Prenons le module songhay-zarma *humburukumey* (« peur »), à savoir tout un ensemble de troubles de la petite enfance, fièvres subites, dépérissement, pleurs incessants, prostration, etc. (parfois il s'agira en fait, pour les médecins, de malnutritions, parfois d'affections respiratoires), imputés à la « peur » causée par un génie ou un sorcier. *Humburukumey* est cette entité nosologique populaire à étiologie magico-religieuse évoquée plus haut. Ce module « communique » donc avec l'univers symbolique des

1. Le diagnostic d'hypertension, de plus en plus fréquent en ville, a suscité la création, dans les langues africaines locales, d'une nouvelle entité nosologique, *tansio*, dérivée du français, centrée autour de la notion d'un excès de sang, et de symptômes tels que maux de tête et vertiges.

génies et de la sorcellerie. Mais il est d'autres modules proches qui, eux, n'ont aucune communication avec cet univers. C'est le cas du module *samiya*, également songhay-zarma, qui regroupe lui aussi divers troubles des nourrissons (dont certains seront également diagnostiqués comme des malnutritions par les médecins) : il s'agit d'une « maladie » prosaïque présente dans le lait de la mère, sans rien à voir avec génies ou sorciers.

Certains modules sont parfois associés aux forces et entités surnaturelles (l'imbrication de l'événement-maladie dans un tissu lignager et familial conflictuel peut se combiner – mais pas nécessairement – avec ce cas de figure), la plupart n'ont aucun rapport avec elles. Certains modules sont parfois associés aux conceptions locales de la contagion et de la contamination, la plupart n'ont aucun rapport avec elles. Certains modules sont parfois associés aux conceptions locales de la nutrition, des régimes alimentaires nuisibles ou souhaitables, la plupart n'ont aucun rapport avec elles. Certains modules sont parfois associés à ce qu'on pourrait appeler une « conception vague » des humeurs, la plupart n'ont aucun rapport avec elle. Certains modules sont parfois associés à l'environnement naturel (en particulier l'eau, du fait des messages sanitaires modernes), la plupart n'ont aucun rapport avec lui. Certains modules sont associés à des représentations de « flux », matériels (sang ou eau circulant dans le corps) ou immatériels (« force », plus ou moins symbolique ou occulte), la plupart n'ont aucun rapport avec elles. Mais la plupart ont des rapports avec l'un ou l'autre de ces registres extérieurs de représentations.

Les entités nosologiques populaires se détachent ainsi sur une toile de fond « culturelle » de représentations « non directement sanitaires ». Certains éléments de cette toile de fond sont en communication avec certaines entités nosologiques populaires. Cela seul est attesté. On ne peut donc dire que « les représentations de la maladie » chez les Peuls ou les Bambaras mobilisent une théorie de l'environnement ou de la sorcellerie. On peut simplement dire que chez les Peuls ou les Bambaras telles ou telles entités nosologiques populaires (mais pas toutes) sont communément associées à des représentations de l'environnement et que telles ou telles autres (mais pas toutes) sont associées à des représentations de la sorcellerie. C'est l'avantage d'une représentation modulaire.

Il en est de même pour les contenus étiologiques éventuels. C'est là une autre façon de parler de la même réalité. L'étiologie n'est pas une propriété inhérente par nature aux représentations populaires des mala-

dies. Dire qu'une maladie incorpore une représentation étiologique, cela signifie qu'elle établit un certain type de communication (de type « causal ») avec un certain type de représentations « extérieures ». Telle maladie vient « de l'air », ou d'un oiseau, ou d'une mauvaise alimentation, ou d'un génie, ou des senteurs des herbes nouvelles, ou d'un sorcier (toutes formes d'hypothèses étiologiques que l'on rencontre couramment en Afrique de l'Ouest pour une maladie ou une autre). Certains modules font ainsi un lien causal avec une représentation extérieure, et incorporent donc par ce biais une hypothèse étiologique, d'autres non. Il est de nombreux modules sans hypothèse étiologique du tout, ou, autre cas fréquent, sans hypothèse étiologique stable. Et les registres des hypothèses étiologiques sont eux-mêmes très divers, des plus « naturalistes » aux plus « magico-religieux ».

Toutes les combinaisons peuvent se rencontrer. Un module « simple » quasi sans étiologie (l'abaissement de la fontanelle : *longiya*, « petite fontanelle », en songhay-zarma). Un module « simple » avec étiologie prosaïque (le « paludisme » : *heemar-ize*, « produit de l'hivernage », en songhay-zarma). Un module « simple » avec étiologie magico-religieuse (les « convulsions » : *curo*, « oiseau » en songhay-zarma). Un module « complexe » quasi sans étiologie (*weyno* en songhay-zarma). Un module « complexe » avec étiologie prosaïque (maladies de peau et lèpre : *kajiri*, « gratter », en songhay-zarma). Un module « complexe » avec étiologie magico-religieuse (*humburukumey*, « peur » en songhay-zarma).

Enfin, les liens entre modules et représentations externes peuvent changer, en fonction de processus historiques, autrement dit en fonction de l'environnement social, et de son impact sur les représentations. L'Islam a ainsi, au fil des années et parfois des siècles, éradiqué certaines configurations symboliques. La plus atteinte est sans doute celle qui concerne le rôle magico-religieux des ancêtres. Autrement dit, ceux des modules qui étaient en communication avec les conceptions pré-islamiques des ancêtres (du type « envoi » de maladie par des ancêtres mécontents) ont vu ce type de liens coupé. En pays songhay-zarma, hausa, bambara, on ne trouvera plus trace du rôle des ancêtres par rapport aux maladies, alors qu'en pays dogon, ou senoufo, où l'islamisation est loin d'être totale, certains modules ont gardé un lien avec eux, lien qui n'est d'ailleurs pas exclusif d'autres liens (cf. le cas de *gamma*).

*Modulaire, cognitif, pragmatique*

Bien évidemment, une représentation modulaire des représentations est d'ordre cognitif. Cela ne signifie pas cependant que les modules existent vraiment et soient « logés dans le cerveau », ce qui est semble-t-il ce que laisse entendre Sperber, à propos des représentations en général<sup>1</sup>. Simplement les représentations des maladies dégagées à partir des données discursives recueillies sont pour nous mieux décrites, plus fidèlement, de façon plus appropriée, grâce à l'usage de cette métaphore. Elle ne nous dit rien des mécanismes par lesquels le cerveau produit des représentations, que ce soit au sujet des maladies ou d'autre chose. On peut estimer que le cerveau peut produire des représentations systémiques, tabulaires, linéaires, modulaires, sans être lui-même homologue aux représentations qu'il produit. Nous laisserons ce débat aux spécialistes.

Mais les modules représentationnels ont aussi des relations avec le monde non cognitif, avec le monde pragmatique. Tout d'abord ce monde existe sous forme de contraintes externes aux représentations et qui influent sur elles, des contraintes physiques (le corps et ses souffrances), mais aussi des contraintes épidémiologiques (la prévalence des maladies) et, bien sûr, des contraintes sociales (statutaires, relationnelles, économiques, biographiques). Les représentations des maladies tiennent compte de ces contraintes, elles ne flottent pas dans l'éther. Elles sont en partie fonction des « dispositifs » (cf. Jaffré, *infra*).

Mais les représentations sont aussi liées aux ressources des acteurs, et constituent elles-mêmes des ressources. Elles sont mobilisées au profit de stratégies pragmatiques des malades, ou de leurs proches (parfois sous la forme du « groupe thérapeutique » dont parle Janzen<sup>2</sup>, parfois de façon beaucoup plus individuelle voire individualiste), pour une quête de soins. Le pragmatisme souvent noté des itinéraires thérapeutiques, peu soucieux de respecter une orthodoxie représentationnelle, s'accommode bien, au fond, de cette organisation modulaire, qui fait qu'on peut, en tant que de besoin, recourir à un module, basculer sur un autre, voire en ouvrir un nouveau, même réduit au strict minimum d'un nom inconnu, la guérison

1. Cf. Sperber, 1996.

2. Janzen, 1995.

ou le soulagement primant. La mobilisation d'un module oriente toujours plus ou moins vers un certain type d'itinéraire thérapeutique, mais sans préjuger d'autres recours, avec ou sans modules correspondants (toujours du point de vue du sujet).

### *Modules et savoirs populaires spécialisés*

Jusqu'ici nous n'avons pas distingué les représentations populaires communes et les représentations populaires spécialisées (celles, par exemple, de guérisseurs, de prêtres de possession, de marabouts), dans la mesure où ces dernières ne contredisent à peu près jamais les premières, mais plutôt s'appuient sur elles. Les travaux que nous avons menés auprès de guérisseurs n'ont pas permis de mettre en évidence chez ceux-ci ces « systèmes » et ces « théories » qui font défaut chez leurs patients. Le savoir des guérisseurs, dans l'aire culturelle considérée, est lui aussi « en miettes », hétéroclite, et à géométrie variable. Le savoir des guérisseurs africains n'a rien d'une médecine savante. Chaque guérisseur a le sien, plus ou moins différent de celui du voisin. Il n'y a aucun corpus de connaissances stabilisées. Simplement des lignes de pente, des tendances, des logiques plus ou moins parentes et récurrentes, autour desquelles chaque guérisseur bricole sa propre configuration thérapeutique.

En fait, et c'est là le plus important, les guérisseurs pensent et travaillent à partir des mêmes modules que tout le monde. Disons qu'à l'intérieur des quelques modules qui sont sa spécialité un guérisseur raffine, il peaufine. Souvent, c'est d'ailleurs plus au niveau des traitements d'une maladie (combinaisons particulières de plantes, assorties éventuellement d'incantations ou formules) qu'au niveau des représentations de cette maladie que le guérisseur a un savoir spécifique distinct de celui de ses patients. C'est à ce niveau-là d'ailleurs qu'il a éventuellement ses « secrets » (plantes ou incantations connues de lui seul). Autrement dit, le guérisseur « travaille » à partir des représentations communes, il s'appuie sur elles. Ses modules sont identiques à ceux du savoir commun. Tout au plus observe-t-on une propension des guérisseurs à multiplier les classifications internes à un module, les « sous-modules » en quelque sorte. La logique fragmentaire ou « infraclassificatoire » que nous avons dégagée,

parmi d'autres, à propos des entités nosologiques populaires internes (cf. *infra*) devient plus « virtuose » chez les guérisseurs.

On voit bien que cette « communauté modulaire » entre savoir populaire commun et savoir populaire spécialisé est une source importante de la légitimité thérapeutique des guérisseurs africains, et donne à leur propos la force d'une *évidence partagée*. C'est par contre un handicap pour l'implantation de représentations inspirées de la biomédecine, surtout quand les entités nosologiques populaires sont très éloignées des catégories nosologiques médicales, tout en recouvrant des symptômes identiques (cas des entités nosologiques populaires internes). L'arrivée d'un nouveau module inspiré de la biomédecine, ou la réorganisation du module ancien, ne sont en de tels cas guère facilités.

### *Des paquets variables de modules*

Les modules peuvent s'agencer, avons-nous dit. Ces agencements ne consistent pas seulement en liens privilégiés entre modules « parents », ou en « transformation » d'un module en un autre (logique des avatars), ils peuvent aussi prendre la forme de regroupements occasionnels en « paquets », c'est-à-dire en catégories plus vastes, basées sur des liens d'affinité eu égard à une caractéristique commune. C'est pour éviter toute représentation arborescente ou tabulaire de ces catégories, qui serait inappropriée, que nous employons le terme de « paquet ». Ces paquets de modules sont en quelque sorte « de circonstance », occasionnels, liés à des contextes précis. Il ne s'agit en aucun cas de catégories stables. Nul ne « classe » les maladies en les distribuant entre ces catégories.

On trouvera par exemple partout le paquet « maladies de femme » (traduction littérale du songhay-zarma : *weyboro doori*), à savoir *grosso modo* les maladies sexuellement transmissibles. Chacun pourra en énumérer une série, avec quelques valeurs sûres, présentes dans toutes les énumérations (du type « chaude-pisse ») et quelques incertitudes (certains estiment que telle maladie en fait partie, d'autres pas). Ou encore le paquet des « maladies contagieuses » (*kan ga diisa*, en songhay-zarma). Ou bien le paquet des « maladies d'enfant » (*zankay doori* en songhay-zarma). Ce sont là trois paquets courants, présents dans de nombreuses langues d'Afrique de l'Ouest, ne fonctionnant jamais ni en concurrence, ni en

parallèle : chacun peut être éventuellement mobilisé si le contexte s'y prête, mais tout seul. On voit que les multi-appartenances sont possibles (la rougeole sera immanquablement citée dans les maladies d'enfant et dans les maladies contagieuses), que nombre de maladies ne figurent dans aucun paquet, et que ces paquets ne sont ni permanents, ni hiérarchisés, ni clos.

Ces paquets sont ceux qui, dans les discussions, peuvent donner lieu à une énumération minimum de leurs composantes<sup>1</sup>.

### Modules et comparaison interculturelle

Venons enfin au propos central de cet ouvrage, qui est comparatif. Notre projet comparatif a pu trouver sa forme adéquate parce que les représentations des maladies sont de type modulaire. C'est au fond une dernière propriété de la métaphore modulaire que de faciliter les comparaisons interculturelles sérieuses. En effet comparer en tant que tels le « système de la représentation de la maladie chez les X » au « système de la représentation de la maladie chez les Y » est une mission impossible. On ne peut en ce cas que se rabattre sur des généralités approximatives et douteuses, voire des « valeurs » plus ou moins arbitrairement érigées en emblèmes, qui feraient que les X sont, mettons, plus portés sur les plantes, et les Y plus sensibles à la sorcellerie. C'est un peu comme comparer l'anglais à l'allemand. La comparaison tourne vite court, car les ensembles à comparer sont trop complexes et hétérogènes et toute assertion généraliste proférée à leur sujet relève plus de la comparaison de bistrot ou de salon que d'un exercice rigoureux.

En prenant les modules comme unités pertinentes de la comparaison, c'est-à-dire en tant que constituant des unités de significations cohérentes et circonscrites, on a affaire à un matériau empirique relativement commensurable. Tout l'ouvrage présent est bâti sur cette méthode. Nous avons procédé à plusieurs modes de comparaison raisonnée entre modules. Tout d'abord une comparaison entre un ensemble de modules n'ayant en com-

1. En songhay-zarma, il s'agira des situations où la demande *jaabi ay se* (« fait pour moi une série de traits dans le sable ») est pertinente. En effet, en milieu rural, toute énumération est ponctuée d'une série de traits tracés parallèlement dans le sable, qui correspondent aux items évoqués.

mun que de relever de l'intérieur du corps, un corps donc « crypté », complexe à déchiffrer, bourré de symptômes divers peu lisibles, et au centre de nombre des préoccupations quotidiennes liées à la maladie. Sur la base de cette diversité de symptômes qui leur étaient communs, et constituaient en quelque sorte des points de passage obligés des différents parcours interprétatifs, chaque culture a élaboré un ou plusieurs modules différents, groupant à sa façon les symptômes et leurs parcours, et mettant l'accent sur des zones du corps variables. Chaque module d'une culture est en général irréductible à ceux des autres cultures, autrement dit chacun a un « nom propre », intraduisible tant dans la langue voisine que dans le langage populaire français ou le langage biomédical. Et, en même temps, il y a entre tous ces modules un étrange « air de famille ». D'où le recours au concept de « logiques transversales » pour rendre compte de ces affinités entre des modules pourtant organisés chacun à sa façon.

Un autre mode de comparaison auquel nous avons recouru a été de nous intéresser à des modules quasiment partout identiques dans les cultures considérées, comme les « maladies de l'oiseau », présentes du Sénégal au Niger, et du Mali à la Côte-d'Ivoire, qui sont aisément « traduisibles » d'une langue à une autre, et le sont aussi dans le langage populaire français de la maladie (il s'agit plus ou moins de convulsions infantiles). La comparaison part cette fois de l'isomorphie de ces modules d'une culture à l'autre pour s'interroger sur les variations.

On voit que toute notre entreprise comparative est au fond basée sur cette possibilité d'autonomiser les modules, autonomie dont nous pensons qu'elle n'est pas constituée artificiellement par nous pour des raisons heuristiques, mais qu'elle est bel et bien une propriété « émique »<sup>1</sup> des représentations populaires de la maladie dans cette région du monde.

Mais il faut aussi faire remarquer que notre comparatisme est un comparatisme intensif de proximité. Les cultures considérées sont voisines, et des relations multiséculaires se sont tissées entre elles. A certains égards, et dans un sens très large du mot, il s'agit d'une même « civilisation », appréhendée en sa contemporanéité. Le comparatisme ici se réfère à un même espace-temps. C'est peut-être une limite du propos, mais c'est aussi une condition de sa rigueur.

Enfin, prendre le module comme unité de travail oblige à entrer dans

1. Cf. Olivier de Sardan, 1998, pour une discussion de cette notion de « émique ».



les détails ethnographiques, et ce n'est pas un de ses moindres avantages. Dans les textes de cet ouvrage, la description ethnographique est pointue, minutieuse, à très petite échelle. Elle suppose aussi une compétence linguistique solide, innée ou acquise. Nous avons essayé de nous adonner à une sémio-anthropologie scrupuleuse, qui a trouvé, avec le module, un cadre opportun de travail.

### Ouvrages cités

Augé M., 1975, *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Hermann.

Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement, in Augé et Herzlich (éd.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.

Augé M., 1986, L'anthropologie de la maladie, *L'Homme*, 26 (1-2), 81-90.

Boltanski L., 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales*, 205-231.

Boltanski L., 1982, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Éditions de Minuit.

Bonnet D., 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, in Fassin et Jaffré (éd.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, 243-258.

Cros M., 1990, *Anthropologie du sang en Afrique*, Paris, L'Harmattan.

Dujardin E., 1933, Mon sang n'a fait qu'un tour, ou La lettre n'a pas de pied, *Revue languedocienne d'analyses textuelles*, 1 : 21-34.

Fainzang S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladies, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.

Fassin D., 1989, Les écarts de langage des guérisseurs. Systèmes de classification et modes de communication, *Colloques INSERM*, 192 : 65-74.

Foster G., 1976, Disease etiologies in non-western medical system, *American Anthropologist*, 78 : 773-782.

Granger G.G., 1995, Les trois aspects de la rationalité économique, in Gérard-Varet et Passeron (éds.), *Le modèle et l'enquête. Les usages du principe de rationalité dans les sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Horton R., 1967, African traditional thought and western science, *Africa*, 37 (1) : 50-71 et 37 (2) : 155-187.

Jacob J.-P., 1987, Interprétation de la maladie chez les Winyè, Burkina Faso, *Genève-Afrique*, 25 (1).

Janzen J., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala (éd. angl. 1978).

Keesing R., 1985, Conventional metaphor and anthropological metaphysics : the problematic of cultural translation, *Journal of Anthropological Research*, 41 : 201-217.

Middleton J.R. et Winter (éd.), 1963, *Witchcraft and Sorcery in East Africa*, London, Routledge and Kegan.

Olivier de Sardan J.-P., 1982, *Concepts et conceptions songhay-zarma (histoire, culture, société)*, Paris, Nubia.

Olivier de Sardan J.-P., 1996, La violence faite aux données. Autour de quelques figures de la surinterprétation en anthropologie, *Enquête*, 3 : 31-59.

Olivier de Sardan J.-P. 1998, Émique, *L'Homme*, 147 : 151-166.

Passeron J.-C., 1995, Weber et Pareto : la rencontre de la rationalité dans les sciences sociales, in Gérard-Varet et Passeron (éd.), *Le modèle et l'enquête. Les usages du principe de rationalité dans les sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Roger M., 1993, Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution, in Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.

Rouch J., 1960, *La religion et la magie songhay*, Paris, PUF.

Sindzingre N., 1984, La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo, in Augé et Herzlich (éd.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.

Sperber D., 1996, *La contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*, Paris, Odile Jacob.

Zempleni A., 1985, La « maladie » et ses « causes ». Introduction, *L'Ethnographie*, 2 : 13-44.

Olivier de Sardan Jean-Pierre. (1999)

Les représentations des maladies : des modules ?

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, 15-40. (Les Champs de la Santé). ISBN 2-13-050230-X