

Risques sanitaires et territoires à risque

Perception individuelle et perception collective, du groupe à l'État

JEANNE-MARIE AMAT-ROZE

*J'ai reçu mon invitation pour le festival de ce monde,
et ainsi ma vie a été bénie.
Mes yeux ont vu et mes oreilles ont entendu.
C'était ma part à cette fête, de jouer de mon instrument,
et j'ai fait tout ce que j'ai pu.
Maintenant, je le demande, le temps est-il venu enfin,
où je puisse entrer, voir ta face
et t'offrir ma salutation silencieuse ?*

Rabindranath Tagore, *L'Offrande lyrique* (16)

L'ÉTAT DE SANTÉ d'un individu est la résultante d'un système multifactoriel complexe. La perception d'un risque sanitaire est relative et celle d'un besoin de santé, ambiguë. Malgré l'élaboration scientifique de normes sanitaires, être en bonne santé est une appréciation éminemment variable, où se mêlent des éléments physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels, du ressort de l'individu mais aussi du collectif et du politique. Ainsi, les savoirs, les croyances, les valeurs d'une société déterminent des perceptions originales des risques pathogènes, des états morbides et des remèdes. En découlent des stratégies culturelles porteuses de comportements aggravant, favorisant ou atténuant, éliminant un risque sanitaire. Ces pratiques façonnent alors de véritables aires culturelles des maladies. De ce fait,

l'ignorance de ces logiques élève des barrières d'incompréhension et compromet la réussite des politiques de santé destinées à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Le monde mêlé de la santé

Au-delà de l'appréciation personnelle, le concept de normalité en santé s'appuie, dans le monde d'aujourd'hui, sur des valeurs de références emboîtées : les références du groupe auquel l'individu appartient et les références des structures sanitaires traditionnelles et/ou modernes dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé des populations. Malade ou non, l'individu s'identifie au groupe qui lui transmet

ses logiques sociales, culturelles, économiques. Il lui doit son être, son éducation, ses traditions, ses pratiques. L'individu s'appuiera donc sur la perception et l'interprétation de symptômes en fonction de représentations diverses : fonctionnements du corps et de l'esprit, rôle du sang, des aliments, des excréta, du pur et de l'impur, images de la force, de la virilité, de la bonne santé, ou à l'opposé de la faiblesse, de la maladie, du mal être, véhiculées par sa société et la société. Son itinéraire, son niveau de vie, son genre de vie, attachent plus ou moins l'individu à telle ou telle référence. Connaître ces références donne une logique à des conduites considérées à risque par le discours médical scientifique, ainsi qu'aux attitudes et pratiques adoptées face à un état morbide.

Science tournée vers l'action, la médecine s'est efforcée de tout temps de soulager les maux des hommes. En l'absence de causes discernables, la maladie était considérée comme une sanction surnaturelle. Pathologie et mythologie étant liées, la médecine s'appuyait sur des pratiques magiques, la prière, la divination et seuls des êtres doués de pouvoirs exceptionnels, sorciers, devins, prêtres, pouvaient intervenir efficacement. Cette conception n'a pas disparu. La mortalité due à la récente épidémie de sida nous en fournit de très nombreux exemples. Ainsi en Zambie, chez les Goba, près de la frontière du Zimbabwe, tout décès d'une personne jeune est dû à la sorcellerie, quelle que soit la maladie qui l'ait précédé. Or le sida frappe majoritairement les jeunes adultes. Le ministre de la santé zambien fait remarquer : « *Il faut s'attendre à une multiplication des accusations de sorcellerie liée à l'augmentation du nombre de décès dus au sida* ». Au cours d'une enquête sur les représentations de la maladie, réalisée en 1990 dans un village Goba, 18 % des personnes interrogées déclaraient que tous les décès récents étaient dus à la sorcellerie, et associaient

les MST aux pratiques maléfiques (Bawa Yamba, 1996). Dans de nombreux pays du tiers monde, l'importance de la croyance à une origine surnaturelle de la maladie fait que médecine et monde magico-religieux demeurent intriqués.

C'est à Hippocrate que l'on doit la désacralisation de la maladie. Parce qu'il considère l'homme malade dans son unité individuelle et dans son environnement, il place la maladie dans le système des phénomènes naturels. L'observation devient la base de l'art médical. Les connaissances du cadre de vie, des habitudes de vie des populations deviennent l'outil pour voir, interpréter et agir. Vingt-quatre siècles après, le célèbre raisonnement du médecin londonien J. Snow illustre parfaitement cette démarche. En 1854, pendant l'épidémie de choléra, il porte sur une carte le domicile des malades et l'emplacement des fontaines publiques, et localise ainsi la fontaine responsable de la diffusion du vibron. L'isolement du lieu à risque permet de casser la dynamique épidémique. Ce raisonnement connu d'ailleurs en Europe, de la deuxième moitié du XVIII^e à la fin du XIX^e siècle, un véritable âge d'or avec la rédaction par les médecins d'innombrables topographies médicales, études qui avaient pour objet « *la description des lieux et des hommes dans leur relation de santé et de maladie afin d'éclairer la connaissance, d'une part de l'étiologie des maladies, et d'autre part des moyens appropriés à mettre en œuvre pour préserver la santé et prévenir les maladies* » (Rofort, 1988). À la fin du XIX^e siècle, en montrant que des germes étaient responsables d'une maladie, Louis Pasteur et Robert Koch, fondateurs de la microbiologie, font entrer la médecine dans l'âge adulte. Mais, avec l'identification des agents pathogènes, les préoccupations environnementales passent au second plan. La révolution pasteurienne et ses applications victorieuses conduisirent des médecins à détacher l'homme malade de son environnement et de

son groupe. La médecine était devenue une science, le malade, un individu en demande d'assistance technique.

Depuis deux décennies, la pression de plusieurs facteurs – montée des sociopathies, résistance de maladies comme le paludisme, recrudescence de vieilles affections, choléra, tuberculose, émergence de nouveaux fléaux, sida, virus hémorragiques, coût de la santé, dénuement des pays les plus pauvres, échec des interventions de la médecine occidentale entre autres – invite à agir autrement et contribue à renforcer les politiques de médecine préventive qui ne peuvent être efficaces qu'une fois pesés tous les facteurs d'une maladie (Amat-Roze, Gentilini, 1995). C'est ce retour à l'homme et à son environnement qui dicte à G. Brucker et D. Fassin en 1989 cette définition de la santé publique : « *Discipline sans frontières, la santé publique embrasse tous les facteurs conditionnant la santé et tous les systèmes de santé... Orientée vers l'action, elles s'appuie sur des disciplines scientifiques diverses, en particulier l'épidémiologie, l'économie, la géographie et les sciences sociales, auxquelles elle demande des outils pour analyser les problèmes de santé* » (Brucker, Fassin, 1989). Les chemins de la santé passent par la connaissance des racines écologique, économique, sociale, culturelle des maladies ou du mal-être. Au sein de ce cortège, la méconnaissance des facteurs sociaux et culturels est à l'origine d'échecs patents, d'incompréhensions, de résistances des populations.

La perception de territoires à risque, pour qui ? pour quoi ?

Des valeurs sociales et culturelles transmises à l'individu par son groupe peuvent, quand l'adhésion au groupe demeure forte, conduire à des situations collectives de vulnérabilité. Nombre de sociologues et d'anthropologues ont mis en évidence ces processus à l'origine de risques de contamination ou d'aggravation

d'un phénomène morbide. Ainsi en Chine, la rougeole est-elle considérée comme un épisode nécessaire à l'équilibre de la santé des enfants ; cette représentation de rite de passage d'une classe d'âge à l'autre, de l'enfance à la puberté, est susceptible d'aggraver l'affection par retard à la consultation (Huard, Lapierre, 1981). En Afrique centrale, les cicatrices d'une dermatose (le pian) « *étant considérées comme le test du courage civil, certains Africains hésitent à accepter le traitement de cette maladie* » (Huard, Lapierre, 1981). Dans d'autres régions d'Afrique, l'urétrite gonococique est perçue comme une maladie valorisante parce qu'elle est considérée comme signe de la virilité sexuelle du sujet qui en est atteint (Traore, 1996).

L'exemple de la bilharziose (ou schistosomiase) urinaire, affection parasitaire essentiellement répandue en Afrique et à Madagascar, due à des vers plats qui vivent dans le système circulatoire, illustre bien ce dialogue entre territoires à risque et perception collective. Le passage des œufs pondus par les femelles adultes au travers des parois des organes uro-génitaux provoque des lésions dont le signe le plus apparent est l'hématurie (les œufs sont éliminés avec les urines). L'espace à risque bilharzien est un milieu aquatique, des eaux douces où vivent les mollusques hôtes intermédiaires infestés d'embryons libérés par les œufs au contact de l'eau. Les hommes s'infestent lors d'immersions dans les eaux contaminées par les mollusques. L'espace aquatique peut signifier aire de jeu rafraîchissante pour les enfants, lieu de toilette pour une communauté villageoise, ressource en eau pour la consommation et les besoins domestiques, lieu de travail pour les pêcheurs, les bateliers, les riziculteurs. Dans de nombreuses régions de transmission, l'hématurie est tellement habituelle qu'un garçon ayant des urines claires paraît anormal ; il lui manque l'équivalent de la menstruation chez la fille. L'eau est richesse

et non péril. Puisque l'hématurie est culturellement considérée comme une manifestation normale, la perception de la relation eau = risque explique la non-réceptivité des populations aux campagnes d'information et d'éducation sanitaires conduites par les États ou les ONG ; or l'adhésion des villageois est indispensable. La bilharziose s'inscrit dans un système. Lutter contre le parasite, c'est intervenir sur un maillon. Mais le seul recours médicamenteux ne signifie pas nécessairement élimination du fléau. Les populations peuvent se réinfester dans les heures qui suivent le traitement, à l'occasion d'un nouveau contact avec le territoire à risque. Se poser les questions : qui fait quoi ? où et quand ? permet d'identifier des territoires à risque pour des populations spécifiques. Ajouter « pourquoi ? » éclaire des logiques répondant à des conditions de vie, à des attitudes culturelles, aide à comprendre des blocages liés à la diffusion d'un savoir étranger au groupe. Sans ces interrogations, l'assistance médicale des États et des organismes internationaux peut se révéler vaine. Ajoutons que la bilharziose urinaire (comme la bilharziose intestinale) est un indicateur de sous-développement et que l'éradication du fléau passe par des investissements socio-sanitaires conduisant à une amélioration des conditions de vie et à une perception des risques liés à l'absence d'hygiène.

P. Gourou livrait dans un riche article de 1954, consacré aux Kikuyu, une autre dimension possible du territoire à risque. Il ne s'agit plus seulement de conditions de vie et de concept de normalité sanitaire mais des croyances des hommes et des lieux chargés de spiritualité. Le jeune enfant kikuyu, malade, se trouve paradoxalement exclu de l'habitation, parce que ce lieu est un « *espace de communion avec un ensemble de signes et de valeurs* » (Bonnemaïson, 1981) : quand un enfant est entré dans le royaume des hommes, sa présence dans la case, s'il est malade, représente une

menace pour la communauté. L'habitation, territoire protecteur, devient territoire interdit, l'extérieur, espace de risque pour l'enfant. Les Kikuyu, afin d'écarter de la maison l'esprit du défunt, évitaient qu'un décès ait lieu dans la hutte. « *Tant que la famille de l'enfant n'avait pas accompli les rites de la "deuxième naissance", entre un et deux ans, celui-ci n'était pas considéré comme un être humain. [...] sa mort dans ces conditions n'avait aucune conséquence grave... l'enfant malade pouvait rester dans la hutte* » (Gourou, 1954). Par contre, après la cérémonie de la deuxième naissance, s'il était malade, il était placé à l'extérieur de la hutte. Sur les Hautes Terres kenyanes, situées à plus de 1 800 m d'altitude, une telle pratique, dans le contexte du début du siècle, exposait de nombreux enfants à des infections pulmonaires létales. Cette coutume paraissait dénuée de tout bon sens aux yeux des médecins européens. Le savoir médical moderne se heurte là aux images de conception du monde du groupe. Leur abandon signifie perte d'une part d'identité, voire de « géo-symboles », à l'origine de résistances culturelles incomprises par le médecin soucieux de faire le bien.

Dans notre monde aux populations de plus en plus nomades, les croyances et pratiques religieuses de sociétés déracinées sont un moyen de faire vivre le territoire perdu. Le culte des morts en est un des plus forts. Autour et au travers de l'hommage rendu à son représentant disparu, le groupe retrouve sur un autre support spatial une forme d'identité. Mais le nouveau contexte environnemental peut représenter un milieu à risque à l'égard de ces cérémonies. La récente épidémie de choléra survenue en Equateur l'illustre. Le choléra ne s'était plus manifesté en Amérique latine depuis 1895. En 1991, une épidémie se déclare au Pérou ; elle gagne rapidement l'Équateur et la ville côtière de Guayaquil, première ville du pays par le nombre de ses habitants (1 600 000 habitants), enregistre le plus grand

nombre de cas (5 861 victimes entre le 28 février et le 10 août 1991, dont 1,50 % de cas mortels). Site, milieu chaud et humide, chaos urbain l'ont favorisée. Des pratiques sociales aussi. « *Moments privilégiés de rencontres entre les populations (porteurs sains et les autres), certains jours de l'année ont été marqués par des catastrophes : les dimanches et les fêtes "... qui se lisent" sur les courbes épidémiologiques* » (Collin-Delavaud, 1996). « *Les pratiques funéraires ont été vite repérées, étant donné l'importance spectaculaire des cas déclarés à la suite d'un enterrement.* » (id.). Les pratiques des populations d'origine serranaise sont porteuses de risque dans une ville marquée par la chaleur. « *En cordillère, il faut une veillée de trois jours et trois nuits pour que le mort soit dignement honoré par les siens* » (id.). Occasion de réunir tous les membres de la famille, certains viennent de fort loin. « *Promiscuité, alcool et manque d'hygiène feront que certaines veillées aboutiront à plusieurs dizaines de cas par contact direct avec un cholérique (soit le mort, soit un «porteur») ou avec la nourriture contaminée* » (id.). À Guayaquil, la chaleur conduit au contraire à un enterrement rapide. La coutume funéraire de la communauté andine a fait de la ville basse un territoire chargé de risques. « *Très vite, le temps de veillée s'est raccourci ... par peur mais, une fois l'alerte passée, les habitudes sont revenues* » (id.).

Les chemins de soins

La santé engage la responsabilité commune de l'individu, de la collectivité et des gouvernements. Si l'épidémie de Guayaquil n'a pas été plus meurtrière, c'est parce que le système hospitalier a répondu à l'afflux des malades et que les médias ont été le support de diffusion d'une campagne d'information et de prévention massive. Mais cette épidémie a révélé aussi la mauvaise gestion de la municipalité et l'une de ses expressions, le non entretien des réseaux d'assainissement, a placé les habitants en situa-

tion de vulnérabilité sanitaire. Dans ce contexte de risque urbain, les pratiques de certains groupes eurent un effet amplificateur. L'amélioration de l'état de santé des populations passe par une approche globale et l'engagement concret de tous les partenaires impliqués dans le processus.

Comme la perception d'une maladie, le chemin des soins fait appel aux fondements d'une société ; sa lecture est plus complexe aujourd'hui qu'hier parce qu'aucune société, où quelle soit, n'est restée réellement traditionnelle. Dans les pays en développement, médecine occidentale et médecines locales interfèrent, dans des conditions très variables : hostilité, contradiction, indifférence, collaboration. Du coup, le pluralisme de l'offre fait que le recours d'un individu à une thérapeutique est un processus d'interactions où se mêlent le géographique (représentation de l'espace, des distances, de l'accessibilité), l'économique (niveau de vie, politiques de santé), le social et le culturel (image de l'efficacité et charge culturelle des différents systèmes), auxquels il faut ajouter l'appréciation d'un état morbide par le malade lui-même ou par son groupe. Ainsi, il est courant en Afrique noire de voir les mères adopter deux itinéraires thérapeutiques successifs : d'abord consultation du sorcier, du tradipraticien ou du marabout, puis celle du représentant de la médecine scientifique quand l'état de l'enfant s'est subitement aggravé. Tous ces thérapeutes exercent simultanément dans leurs propres logiques. Quand celles-ci se contredisent, les résultats peuvent être catastrophiques. Les acteurs des campagnes de prévention contre le sida en lisent actuellement les effets. Chez les Goba, en Zambie, les populations sont soumises à trois discours contradictoires sur la prévention contre le sida. Le premier s'appuie sur la médecine scientifique et suggère le traitement des MST, l'utilisation des préservatifs et le changement de comportements sexuels ; le second est celui des

missionnaires, recommandant d'éviter le préservatif, de pratiquer l'abstinence, et de revenir au respect des interdits sexuels « traditionnels » ; le troisième renvoie à l'idée de causalité surnaturelle. Les programmes de prévention du VIH sont conditionnés par les réponses à deux questions primordiales : savoir si les gens pensent que la maladie dépend de leur comportement ou qu'elle est sous le contrôle de forces qui les dépassent ; position de l'État vis-à-vis des discours qui accordent le pouvoir au surnaturel. Dans cet exemple, la police et les autorités déclaraient qu'ils ne pouvaient rien faire contre la sorcellerie. En quelques mois tous les acquis de l'information sur la transmission du virus peuvent être réduits à néant (Bawa Yamba, 1996).

Introduite parallèlement à la colonisation, la médecine scientifique est devenue la médecine de référence des États. La Conférence internationale d'Alma-Ata, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1978, l'a consacrée « *soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde* » (In Alma-Ata 1978, OMS-FISE, Genève, 1978). La stratégie proposée pour atteindre ce but repose sur la priorité donnée aux soins de santé de base dénommés soins de santé primaires. Ceux-ci visent à rendre les soins essentiels de la médecine scientifique accessibles à toute la population, y compris dans les zones rurales. Le refus d'exclure la médecine traditionnelle et la quête de ce qu'elle peut comporter de bénéfique a été cependant recommandé. Ainsi l'activité des matrones, ou accoucheuses traditionnelles, éduquées ou rééduquées, a-t-elle eu une influence positive sur l'état de santé des enfants de moins de 5 ans. La prévention du tétanos ombilical, l'éducation nutritionnelle, la thérapie par réhydratation orale pour le traitement des diarrhées

sont des domaines où leur intervention a permis d'améliorer la situation sanitaire de ce groupe d'âge. Mais, imposée plus que demandée, cette politique de soins a inspiré la méfiance, voire la résistance, et les populations de certains États ont gardé leurs références traditionnelles : au Bénin, « *le vaudou avec son système complexe de représentations est placé au «sommets» du système de santé. Face à l'importance que les pratiques magico-religieuses revêtent au sein de la population, les soins de santé primaires délivrés par l'État font figure de médecine de second ordre, de palliatif* » (Bourdier, 1995). Ailleurs, comme en Inde, en Chine, dans la péninsule Indochinoise, ces médecines traditionnelles se sont montrées capables de survie et d'adaptation à la vie moderne. La Chine a associé de façon remarquable science occidentale et médecine nationale. Dans les pays développés, c'est la médecine scientifique qui est considérée comme traditionnelle ! Les autres voies thérapeutiques proposées sont appelées « médecine parallèle », « médecine douce ». À la fin du XIX^e siècle, la médecine occidentale était encore très désarmée face aux fléaux exotiques et elle continuait à faire des emprunts aux médecines locales. L'exemple le plus ancien et le plus célèbre est certainement celui de l'utilisation empirique de l'écorce du quinquina pour lutter contre les fièvres palustres. Écorce utilisée au Pérou comme breuvage tonique par les Indiens, elle fut introduite en Europe par les jésuites au début du XVII^e siècle. Son principe actif, la quinine, isolé en 1820, allait permettre pour la première fois la prévention médicamenteuse d'une maladie transmissible. « *Les conséquences furent considérables, puisque cette utilisation était indispensable pour la colonisation des pays tropicaux par les Européens* » (Charmot, 1997). En s'appuyant sur les traditions populaires locales, la pharmacopée demeure un de ces domaines de relations privilégiées. En 1979, l'OMS fondait à Rome un premier centre pour la médecine traditionnelle, orienté en particulier

vers l'usage des plantes médicinales (Huard, Lapierre, 1981). Et devant les trop nombreux exemples de transferts de technologies ou de savoir-faire inadaptés, du coût de la médecine occidentale (interventions d'experts qui proposent des programmes de santé calqués sur les habitudes occidentales, amalgament des situations sanitaires et des genres de vie différenciés, méconnaissent les facteurs sociaux, culturels, le contexte économique), l'OMS a développé ces dernières années des programmes de technologies appropriées pour la santé. C'est en quelque sorte une reconnaissance des « Anciens », les praticiens coloniaux, qui, insistant sur les obstacles culturels et géographiques à la diffusion des pratiques sanitaires occidentales, réalisaient de nombreuses études ethnologiques pour comprendre avant d'agir (Monnais-Rousselot, 1997) ou recommandaient, comme E. Jammot (1879-1937), une médecine communautaire et itinérante de brousse allant au malade, s'appuyant sur un personnel médical et paramédical peu coûteux, formé sur place, capable d'utiliser du matériel simple. Cette stratégie permit d'aboutir au contrôle de la maladie du sommeil. Les chemins de la santé ne peuvent cesser de conjuguer épidémiologie, prophylaxie et ethnologie géographique. Ils doivent aussi, ne l'oublions pas, y associer une volonté politique.

Les sociétés tracent dans l'espace les chemins de leur santé. Ceux-ci dessinent des territoires sanitaires, images mêlées des faits politique, économique, social, culturel qui les façonnent. Images mouvantes, instables, à l'image des sociétés humaines. Soigner signifie d'abord savoir regarder, savoir écouter pour comprendre. Les succès des sciences médicales occidentales, dans le sillage de la révolution pasteurienne, ont détaché le malade de son univers. Aujourd'hui, le siècle se referme sur

un retour à l'homme, au groupe. Les sciences sociales passent du statut de sciences parallèles à celui de sciences partenaires de la biomédecine. La géographie, forte de sa capacité à appréhender les phénomènes dans leur contexte et leur localisation, est bien placée pour accompagner cette évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- Amat-Roze (J.M.), Gentilini (M.), 1995. « La santé en cartes ». In *Penser la terre, stratèges et citoyens : le réveil des géographes*, série Mutations, Ed. Autrement, Paris n° 152 : 119-137.
- Bawa Yamba (C.), 1996. « Il faut s'attendre à une multiplication des accusations de sorcellerie liée à l'augmentation du nombre de décès dûs au sida ». In *Sociétés d'Afrique et sida*. Éd. GRID, Université de Bordeaux 2/CNRS, n° 14 : 10-11.
- Bonnemaison (J.), 1981. « Voyage autour du territoire ». *L'Espace géographique*, n° 4 : 249-262.
- Bourdier (F.), 1995. « Le secteur informel des soins de santé, méthodes d'approche et terrain (le cas de l'Inde) ». *Bull. de la Société Neuchâteloise de Géographie*, n° 39 : 163-176.
- Brucker (G.), Fassin (D.), 1989. *Santé publique*. Ellipses, Paris.
- Charmot (G.), 1997. « Histoire du développement des antipaludiques ». *La Revue du Praticien*, n° 47 : 244-248.
- Collin Delavaud (A.), 1996. « Guayaquil au temps du choléra ». Paris, *Bull. Inst. fr. études andines*, 25 (3) : 509-527.
- Gourou (P.), 1954. « Une paysannerie africaine au milieu du xx^e siècle : Les Kikuyu et la crise Mau-Mau ». *Les Cahiers d'outre-mer* n° 28, 7^e année, octobre-décembre : 317-341.
- Huard (P.), Lapierre (J.), 1981. *Médecine et santé publique dans le tiers monde*, col. Médecine humaine, Éd. Le Centurion, Paris.
- Monnais-Rousselot (L.), 1997. *Médecine coloniale, pratiques de santé et sociétés en Indochine française (1860-1939), une histoire de l'Indochine médicale*. Thèse d'histoire, Université de Paris VII.

À Joël Bonnemaison, le Voyage inachevé...

Rofort (M.F.), 1988. Les topographies médicales aux XVIII^e et XIX^e siècles : aux origines de l'épidémiologie, de la géographie des maladies et de la santé. *Cahiers Géos* n° 11, Université Paul Valéry, Montpellier.

Traore (O.), 1996. « Place et fonction du système de représentation en médecine traditionnelle, le cas spécifique du sida ». *Sidalerte*, Lyon n° 57 : 22-24.

