

POUVOIR  
ET MALADIE  
EN AFRIQUE

DIDIER FASSIN

puf

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

Pouvoir et maladie  
en Afrique

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

*Collection dirigée par*

P. Cornillot et S. Lebovici

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

---

# Pouvoir et maladie en Afrique

Anthropologie sociale  
dans la banlieue de Dakar

DIDIER FASSIN



Presses Universitaires de France

*à mes parents*

ISBN 2 13 043397 9  
ISSN 0993-5800

Dépôt légal — 1<sup>re</sup> édition : 1992, janvier

© Presses Universitaires de France, 1992  
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

# Sommaire

---

PRÉFACE par Andras Zempléni . . . . .	13
PROLOGUE. — Histoire de Nianguiri . . . . .	17
INTRODUCTION. — Repères . . . . .	21
1   Position . . . . .	21
2   Maladie . . . . .	22
3   Ville . . . . .	24
4   Enquêter . . . . .	30
5   Remarques . . . . .	36

## PREMIÈRE PARTIE

### LES THÉRAPEUTES

CHAPITRE PREMIER. — <b>Dispensaires et cliniques</b> . . . . .	41
1   Santé publique . . . . .	41
2   Chronique d'un dispensaire . . . . .	47
3   Les deux visages du privé . . . . .	54
4   Le voyage à Dakar . . . . .	59
CHAPITRE 2. — <b>Marabouts et guérisseurs</b> . . . . .	65
1   Les hommes de savoir . . . . .	65
2   Du côté de chez Ablaye . . . . .	68
3   Les marabouts . . . . .	73
4   Les guérisseurs . . . . .	78

CHAPITRE 3. — <b>Pharmaciens et colporteurs</b> . . . . .	85
1   La valeur du médicament . . . . .	85
2   Les officines privées . . . . .	87
3   La vente illicite . . . . .	90
4   Un marché prospère . . . . .	93
CHAPITRE 4. — <b>Tradition et changement</b> . . . . .	99
1   Travestissement et bouffonnerie . . . . .	100
2   Transgression et oppression . . . . .	103
3   Thème et variations . . . . .	105
4   Glissement et euphémismes . . . . .	108

## DEUXIÈME PARTIE

### LES MALADES

CHAPITRE 5. — <b>La recherche de soins</b> . . . . .	113
1   Itinéraires thérapeutiques . . . . .	113
2   Etapes en chemin . . . . .	118
3   Errances dans la ville . . . . .	122
4   L'offre et la demande . . . . .	125
CHAPITRE 6. — <b>La quête de sens</b> . . . . .	129
1   Les visages de la lèpre . . . . .	129
2   Les quatre cavaliers de la persécution . . . . .	134
3   Le crépuscule des sorciers . . . . .	139
4   La croyance et le doute . . . . .	146
CHAPITRE 7. — <b>Les inégalités devant la santé</b> . . . . .	149
1   Représentations de la pauvreté . . . . .	150
2   Images de la misère . . . . .	152
3   Recours aux soins . . . . .	155
4   Zones d'ombre dans un questionnaire . . . . .	162

<b>CHAPITRE 8. — Les réseaux de la solidarité</b> . . . . .	169
1   Liens de sang et liens de lait . . . . .	170
2   Normes et pratiques . . . . .	174
3   Maîtres et captifs . . . . .	178
4   Voisins et amis . . . . .	183

### TROISIÈME PARTIE

### PRODUCTION

### ET REPRODUCTION DES SAVOIRS

<b>CHAPITRE 9. — La constitution des savoirs</b> . . . . .	189
1   Lectures ethnologiques . . . . .	190
2   Savoirs traditionnels . . . . .	194
3   Savoirs islamiques . . . . .	199
4   Savoirs biomédicaux . . . . .	205
<b>CHAPITRE 10. — La transmission des savoirs</b> . . . . .	211
1   La révélation . . . . .	212
2   L'héritage . . . . .	216
3   L'apprentissage . . . . .	222
4   Une formation de guérisseurs . . . . .	226
<b>CHAPITRE 11. — Les mutations des savoirs</b> . . . . .	229
1   Spécialistes et généralistes . . . . .	230
2   Mimétismes et syncrétismes . . . . .	234
3   Aînés et cadets . . . . .	238
4   Pastiches et mélanges . . . . .	240
<b>CHAPITRE 12. — Les nouvelles formes de légitimation</b> . . . . .	247
1   Les fondements de la légitimité . . . . .	248
2   Une association de guérisseurs . . . . .	250
3   Une encyclopédie de la médecine traditionnelle . . . . .	255
4   Une polémique autour d'un centre de lépreux . . . . .	257

## QUATRIÈME PARTIE

## JEUX ET ENJEUX DES POUVOIRS

CHAPITRE 13. — <b>Les pouvoirs politiques</b> . . . . .	265
1   Le Parti et la politique . . . . .	265
2   Un guérisseur dans la ville . . . . .	268
3   Le magicien et le prince . . . . .	272
4   Les politiciens de la santé . . . . .	276
5   La maladie comme subversion . . . . .	282
CHAPITRE 14. — <b>Les pouvoirs religieux</b> . . . . .	287
1   Les confréries et la religion . . . . .	287
2   Un imam dans le siècle . . . . .	291
3   Le prophète et le guérisseur . . . . .	294
4   Dépendance et clientélisme . . . . .	296
5   La religion comme garant de l'ordre . . . . .	301
CHAPITRE 15. — <b>Les pouvoirs économiques</b> . . . . .	305
1   Le prix de la guérison . . . . .	305
2   Un marabout dans les affaires . . . . .	309
3   Le médecin et le financier . . . . .	312
4   Fortune dite et fortunes faites . . . . .	315
5   La richesse comme pouvoir social . . . . .	317
CHAPITRE 16. — <b>Les pouvoirs thérapeutiques</b> . . . . .	323
1   Les révélations d'une grève . . . . .	324
2   La raison du plus fort . . . . .	328
3   La raison du plus faible . . . . .	331
4   Les thérapeutes entre eux . . . . .	334
CONCLUSION. — <b>Quand savoir c'est pouvoir</b> . . . . .	339
1   Le marché de la santé . . . . .	339
2   Le pouvoir de guérir . . . . .	342
GLOSSAIRE . . . . .	347
BIBLIOGRAPHIE . . . . .	349

## Remerciements

---

Ce travail a été réalisé grâce à un poste d'accueil dans l'Unité 164 de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), et sur le terrain, grâce à un financement de l'Unité 401 de l'Institut français de Recherche scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM). J'exprime ma gratitude à ceux qui m'ont aidé à des titres divers, l'équipe Urbanisation et Santé à Pikine, les membres du Projet belgo-sénégalais de soins de santé primaires ; à ceux qui ont participé quotidiennement à cette recherche, Jacques Ndiaye, Pape Ndiaye, Ibrahima Badji, Abdoul Sow, et très particulièrement Ablaye Traoré qui m'a donné, en même temps qu'une place dans sa maison, un peu de sa grande connaissance de la société pikinoise ; à ceux qui ont accepté de se plier à l'indiscrétion des enquêtes, guérisseurs, marabouts, politiciens, infirmiers, médecins, vendeurs de rues, habitants des quartiers. Je suis reconnaissant à ceux qui m'ont apporté une collaboration, leurs conseils, leurs remarques, leurs critiques, à différents moments, notamment René Collignon, Alain Morice, Dominique Cèbe, et surtout Pierre Aïach dont l'aide amicale m'a été précieuse ; à ceux qui ont assuré la réalisation concrète du document, Tidjane Sène pour les cartes, Michèle Aosaka et Marianne Cottet pour la dactylographie. Je remercie le Pr Georges Balandier pour sa confiance et ses encouragements tout au long de ces années. Enfin, il m'est difficile de dire ce que ce travail doit à mon frère Eric Fassin puisque c'est au cours de discussions informelles avec lui que beaucoup d'idées développées ici ont pris forme.



*Peut-être faut-il renoncer à toute une tradition qui laisse imaginer qu'il ne peut y avoir de savoir que là où sont suspendues les relations de pouvoir et que le savoir ne peut se développer que hors de ses injonctions, de ses exigences et de ses intérêts. (...) Il faut plutôt admettre que le pouvoir produit du savoir (et pas simplement en le favorisant parce qu'il le sert ou en l'appliquant parce qu'il est utile) ; que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre ; qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir.*

Michel Foucault,  
*Surveiller et punir*,  
Paris, Gallimard, 1975, p. 32.



## PRÉFACE

---

*Faut-il regretter le temps où un contrat stable et implicite régissait encore les rares rencontres intellectuelles entre médecine et ethnologie ? Quoi qu'il en soit, ce contrat qui remonte au XIX<sup>e</sup> siècle distribue clairement les rôles de chacune. Fidèle à la tradition hippocratique, il postule que l'objet premier de la médecine occidentale n'est pas le malade mais la maladie. Ignorant les subtilités « primitives » de la sickness (de la « maladie » en tant que réalité sociale), il soutient qu'il n'y a de maladie que de l'individu. Et il affirme que cet individu ou plutôt homme médical reste identique à lui-même malgré la variabilité des mises en formes, personnelles ou culturelles, de ses maladies. Les symptômes et leurs représentations sont variables. La maladie et l'homme qu'elle affecte ne le sont pas. Similairement, l'objet de l'ethnologie classique n'est pas la société actuelle, changeante et syncrétique, des « informateurs » de l'ethnologue, mais la Culture supposée cohérente et originaire que cette société historique laisse deviner et, tant bien que mal, reconstituer. Pour cette ethnologie, il n'y a de fait social ou culturel que « total », c'est-à-dire si bien imbriqué dans un univers organisé de sens et de règles qu'il le contient en germe et qu'il serait irrationnel de l'en dissocier. En somme, leur cohérence disciplinaire étant ainsi assurée, la démarche de la médecine finit par s'apparenter à celle de l'ethnologie. Tandis que la médecine vise à retrouver son objet — la maladie — sous les déguisements personnels ou culturels propres au malade, l'ethnologie classique cherche à dégager, pour ne pas dire à dépouiller, le sien — la Culture — des contingences de l'histoire. Dans ces conditions, tout échange entre les deux disciplines passe nécessairement par ces chiens de faïence de la rationalité ethnologique et médicale que sont la Culture insécable*

de l'ethnologue et la *Maladie universelle du médecin occidental*. D'où les conflits d'allégeance incessants de l'« ethnomédecine » à ces deux formes concurrentes et incompatibles de rationalité.

C'est peu de dire que l'ouvrage novateur du D<sup>r</sup> Didier Fassin sur *Dakar se situe aux antipodes de cette vision passablement étriquée, et au demeurant caricaturée, que l'évolution quasi parallèle des notions de « maladie » et de « culture » a progressivement reléguée au passé. D'une richesse foisonnante, ce livre difficilement classable réfuse tout à la fois la tradition culturaliste des monographies d'ethnomédecine et celle des enquêtes biomédicales assorties de quelques coups de chapeau aux incontournables mais ancillaires « facteurs socioculturels ». L'objet de D. Fassin n'est ni la culture ni la maladie ni même le « système médical » syncrétique de la population urbaine de Pikine. Il est, je dirais, la société sénégalaise tout entière prise au grand angle de l'anthropologie et à la pellicule ultrasensible de la maladie : « la société telle qu'elle apparaît à travers les représentations et les pratiques que la maladie met en jeu ». Autant dire toute la société vivante dont toutes les institutions (sociales ou religieuses, politiques ou économiques...) sont impliquées et mobilisées d'une manière ou d'une autre par la souffrance annonciatrice de la mort. Il aura sans doute fallu la double et solide formation et expérience d'un médecin-anthropologue — aussi exercé à la pratique clinique que rompu à l'enquête sociologique — pour tenter ce pari qui réfuse également, et par définition, les dichotomies habituelles entre le rationnel et l'irrationnel, l'empirique et le symbolique, le traditionnel et le moderne, le rural et l'urbain, le religieux et le politique... En effet, ce pari « holistique » — aussi éloigné de la démarche expérimentale de l'isolement et de l'épuration des variables que de la recherche ethnologique de la cohérence culturelle — aurait été perdu d'avance si D. Fassin n'y avait pas engagé toute la fortune de sa méthode. D'une méthode souple qui signe le vrai sociologue de terrain. Débarrassé de tout complexe biomédical ou formaliste, toujours conscient des effets de sa propre position de médecin et donc des pouvoirs de vie et de mort dont ses interlocuteurs le créditent, n'ignorant rien à la complexité des faits urbains d'Afrique, D. Fassin multiplie tant ses sources d'information que ses modes d'approche quantitative et qualitative de manière à multiplier les points de vue sur le même objet : de manière non pas à capter mais à cerner celui-ci. Pour ne citer qu'un exemple, son enquête sur le circuit de vente illicite des médicaments occidentaux est un modèle du genre à cet égard. Et la rigueur de ses investigations quantitatives caractérisées par un souci constant de la définition précise des indicateurs*

*retenus ne cède en rien à la qualité de ses fines et savoureuses études de cas ou de ses excellents portraits de thérapeutes et de malades d'où il ressort nettement qu'il ne confond jamais la « maladie du médecin » et la « maladie du malade » situées de part et d'autre de la barrière d'un pouvoir définissable comme le lieu de coalescence du pouvoir thérapeutique et politique. En bref, D. Fassin gagne son pari en alternant soigneusement ses prises de vue au grand angle et ses gros plans analytiques. Car il a l'art de transformer les nébuleuses de faits empiriques en objets sociologiques. Que l'on se reporte, par exemple, à sa remarquable analyse des nouvelles formes de légitimation des pratiques « médicales » traditionnelles (chap. XII) pour s'en rendre compte.*

*Quant au fond de sa thèse, c'est au lecteur de le découvrir, d'en juger et si possible d'en tirer quelques conséquences pratiques. A l'heure où l'on entend trop souvent que « la Hongrie passe avant la Zambie », ce livre est aussi un précieux guide offert à tous ceux qui restent viscéralement attachés au développement, c'est-à-dire à la vie même, de l'Afrique.*

Andras Zempléni,

Directeur de recherche au CNRS.



## PROLOGUE

---

### Histoire de Nianguiri

Treize août 1985. Dernière journée à Pikine. La chaleur lourde de l'hivernage nous a fait préférer l'obscurité de la baraque ombragée à la lumière crue du sable de la cour, pour cet ultime entretien avec Nianguiri D... Six mois auparavant, je l'avais rencontré, grâce à Ablaye Traoré, dans mes recherches sur les guérisseurs et les marabouts soninké installés en ville. Il avait parlé de ses connaissances coraniques (*al Qoran nkillé*) acquises auprès de son oncle maternel au village, dans le Boundou, et de son savoir noir (*imma mbinné nkillé*) obtenu auprès d'un vieux magicien bambara du Mali. Il avait brièvement évoqué les menaces qui pesaient sur lui et la nécessité dans laquelle il était de se défendre contre ses ennemis, mais n'avait rien voulu ajouter lorsque je lui avais demandé des précisions. Je m'étais contenté d'écrire dans mes notes : « préciser les circonstances qui l'ont amené à s'intéresser au savoir noir des Bambara », espérant pouvoir éclaircir plus tard cette question. A diverses reprises, j'avais essayé de le revoir, mais à chaque fois, un voyage, une absence, un prétexte nous empêchaient de nous rencontrer. Ce jour-là, je me présentai donc chez lui sans conviction. Pourtant, je le trouvai en compagnie de Hamé K... son frère aîné *de même mère mais non de même père*, et il accepta de me parler. Ou plutôt il accepta qu'Hamé me parlât. Comme je demandais si le savoir noir servait à se protéger ou bien à agresser, ce fut ce dernier qui répondit :

« Quand notre mère est morte, Nianguiri était encore au sein, et moi je n'étais qu'un enfant. Nous nous sommes retrouvés seuls. Et je suis parti auprès de Tiémoko Coulibaly qui m'a confié au *komo*. La cérémonie a eu lieu la nuit. Celui qui est confié au *komo*, on ne peut

lui faire de mal car celui qui veut lui faire du mal, c'est sur lui-même qu'il retombe. Le *komo* c'est une corne, et c'est aussi l'esprit qui est dans la corne. Le *komo* te donne le pouvoir de guérir, de blesser, de faire le bien, de faire le mal, de soigner les sorciers. Le *komo*, on lui parle ; c'est un esprit qui est debout, on lui demande ce qu'on veut. Celui qui a le *komo*, il ne prie pas.

« C'est Talibé, le père de Nianguiri, qui est responsable de la mort de notre mère. Un jour, elle avait apporté le repas, mais elle avait oublié de préparer l'eau pour se laver. Talibé est venu. Il a dit : Fenda, où est l'eau pour se laver les mains ? Elle s'est excusée pour son oubli. Alors il a répondu : il n'y a pas de pardon ; si tu refais cela un jour, c'est que tu es encore en vie ; si tu ne le refais plus, c'est que tu ne seras plus. Nous avons tous imploré son pardon, mais il a ajouté : ce que j'ai dit, je le ferai ; si je ne le fais pas, que je boive toute l'eau souillée des Soninké. Après le repas, quelqu'un a dit : qu'on laisse cela entre les mains de Dieu. Talibé a repris : celui qui dit cela ne me connaît pas ; que je me venge moi-même ! Notre mère est restée assise jusqu'au soir, puis elle a dit : j'ai des vertiges et j'ai la nausée. Je suis allé voir Talibé : tu as dit quelque chose tout à l'heure ; aujourd'hui, je suis un enfant, mais un jour je serai grand ; et les paroles que tu as prononcées je grandirai avec. Il m'a répondu : si tu espères grandir, c'est que ta vie est entre tes propres mains. Alors je suis allé dans la chambre et j'ai trouvé notre mère couchée. J'ai mis ma tête sur ses genoux. J'ai entendu des voix qui se moquaient de moi. La chambre grondait de ces paroles. Sur son lit, notre mère regardait le plafond de ses yeux blancs : elle était déjà morte.

« Je suis sorti dans la cour et j'ai trouvé les adultes qui discutaient. Je leur ai dit : j'ai vu ma mère dormir comme je ne l'ai jamais vue. Ils m'ont entouré : prends ton frère Nianguiri et ta sœur Diara sur le dos, et conduis-les dans la maison des Dramé. Je suis parti là-bas. C'était déjà l'aube. Après avoir couché Nianguiri et Diara, je suis venu observer en me cachant, et j'ai vu les femmes qui pleuraient autour du corps de notre mère. J'ai demandé à quelqu'un : est-ce que ma mère est morte ? Non, elle dort seulement. — Alors pourquoi pleurent-ils tous ? — Parce que le sommeil est amer. — Mais non, le sommeil est toujours doux. Je me suis approché d'elle. On lavait son corps. Un peu plus tard, on l'a porté au cimetière et on a creusé la tombe. Je me suis mis à pleurer : je veux que vous m'enterriez avec elle ; je n'ai plus ni père ni mère ; je veux mourir avec elle. Les gens m'ont tiré en arrière et ils ont recouvert

son corps avec la terre. Après l'enterrement, je suis retourné chez moi. A ce moment-là, je me suis souvenu des paroles de Talibé : si tu grandis, c'est que ta vie est entre tes mains. Alors, j'ai quitté le village et je suis parti à la recherche de mon père. C'est à cette époque que j'ai voulu acquérir des connaissances.

« Je suis allé à Kotiari voir des guérisseurs pour être protégé : je n'ai pas d'argent mais je ferai ce que tu me demanderas. C'est ainsi que j'ai obtenu le *komo* des Bambara. Grâce à lui, je peux tuer ou rendre malade. Mais je n'ai pas voulu accomplir tout de suite ma vengeance par pitié pour Nianguiri et Diara qui n'avaient déjà plus leur mère. Aujourd'hui, Talibé est atteint d'une maladie grave. On l'a montré aux guérisseurs, aux docteurs, même aux Chinois, mais ils ne savent pas le soigner. Moi, je sais de quoi il souffre et je sais comment le guérir. La dernière fois que je suis retourné au village, je suis allé le voir. Ce que je lui ai dit alors, je ne peux pas le répéter devant Nianguiri qui est de son sang. Mais je lui ai rappelé ce qu'il avait dit à notre mère. Déjà, j'ai fait venir Nianguiri ici. Bientôt, sa femme va venir le rejoindre. Puis ce sera le tour de Diara. Quand elle viendra, je ne dis pas quand, alors ce sera la fin de la vie de Talibé. »

Hamé s'est tu. Nianguiri semble bouleversé par le récit de son frère. S'il a voulu lui aussi apprendre le savoir noir, c'est qu'il connaît le mal dont son père est atteint et qui le consume lentement. C'est qu'il n'ignore pas que lui-même en est menacé. Je relis les mots prononcés il y a six mois : « J'ai appris le savoir noir qui protège du mal, même provenant d'un parent. Il y a cinq ans mon père a été victime d'un maléfice lancé par un ennemi de son propre village. Il est devenu malade et ne peut plus travailler. Ce n'est qu'il y a un an que je l'ai su car mon père cachait sa maladie et refusait les soins. Alors je suis parti apprendre. Mais je ne veux pas me venger : faire le mal, c'est une affaire entre soi et Dieu. »

Si ce récit est donné en ouverture, c'est qu'il paraît livrer, de manière condensée, les principales *clés* de lecture de cet ouvrage, en même temps qu'il en annonce, comme de façon prémonitoire, la *question* centrale.

Clés théoriques, en obligeant d'emblée à reconsidérer les notions de santé et de maladie, ainsi que les relations entre thérapeutes et malades : la mort de Fenda et l'agonie de Talibé ne sont-elles pas autre chose que des phénomènes biologiques altérant les corps et ne font-elles pas intervenir également les catégories de l'agression et de la protection, du ma-

l'effice et du malheur ? le thérapeute n'est-il pas aussi un malade luttant contre son mal, ou le mal dont sont victimes les siens, et n'y a-t-il pas ambivalence permanente entre les deux pôles dans la menace de mort qui pèse sur les hommes de savoir ? Clés méthodologiques ensuite, en introduisant la discussion sur les modalités de l'enquête et les conditions concrètes de production d'un savoir anthropologique : qui parle ? — car Hamé ne livre pas le même récit que Nianguiri ; en présence de qui ? — devant l'aîné, le jeune marabout se tait ; quelle est la part du dit et du non-dit — car combien de faits ou de sentiments sont passés sous silence dans la narration de Hamé ? Clés humaines enfin, en rappelant — y compris au chercheur parfois enclin à l'oublier dans ses analyses — que, travaillant sur la maladie, on est confronté à la souffrance physique et à la douleur morale des gens, et que dans leurs discours qu'on écoute et leurs actes qu'on observe, ce sont leur vie et leur mort qui, pour eux, se jouent.

La question que pose le récit, et qui sous-tend ce livre, est celle des pouvoirs et de leurs relations avec les savoirs. Au cœur de ce drame social dont les quatre protagonistes principaux sont morts ou menacés de mort, les pouvoirs se trouvent en quelque sorte à l'état brut et entier — « pouvoirs de vie, pouvoir de mort », pour reprendre l'expression de M. Augé —, et leur conquête passe par l'acquisition des savoirs. De même que son demi-frère Hamé a patiemment acquis les connaissances qui lui permettent de venger sa mère, de même Nianguiri a voulu apprendre pour défendre son père. Mais pour les deux, il s'agit plus encore de se protéger soi-même et les siens : la malédiction envoyée par Talibé à son épouse, Hamé doit s'en libérer, c'est-à-dire en libérer son lignage ; tout comme Nianguiri doit annuler le sort jeté par Hamé sur son beau-père afin de sauver sa descendance. Probablement, pour que cesse la double menace, il faut que Talibé meure, car alors Hamé sera vengé et Nianguiri délivré. Mais qu'intervienne un événement incompréhensible — un accident, un décès, un licenciement —, et c'est toute cette histoire qui va resurgir : de nouvelles accusations seront lancées, de nouvelles menaces proférées, de nouveaux désordres annoncés. Dans le combat qu'ils livrent contre la maladie et le malheur, Hamé et Nianguiri n'ignorent pas que comprendre, c'est déjà se donner les moyens d'agir. Que savoir, c'est pouvoir.

## INTRODUCTION

---

### Repères

#### 1 | Position

Dans sa contribution à une interrogation collective intitulée significativement « Anthropologie : état des lieux », E. Terray (1986) évoque la soutenance de sa thèse d'Etat sur l'histoire d'un royaume d'Afrique de l'Ouest et se souvient de la remarque d'un des membres du jury trouvant que son travail « appartenait à une période dépassée de notre discipline », que « les catégories qu'il utilisait, les problèmes qu'il abordait — l'économie, la politique, la richesse, le pouvoir, l'Etat — n'intéressaient plus guère les anthropologues d'aujourd'hui » et que « désormais les chercheurs mettaient en œuvre d'autres instruments, se tournaient vers d'autres thèmes : la santé, la maladie, la religion, le symbolique ».

Si les recherches en sciences sociales sont parfois victimes d'effets de mode, elles sont pourtant aussi conséquences de choix, plus ou moins conscients, opérés par le chercheur pour définir à la fois le sujet sur lequel il va travailler et la démarche pour l'aborder — choix idéologiques, c'est-à-dire en dernier ressort position personnelle devant le monde. Travaillant dans la banlieue de Dakar sur ces thèmes réputés en vogue que sont la santé et la maladie, mais pour des raisons largement tributaires des circonstances (une formation de médecin, un poste d'accueil dans une institution médicale, un rattachement à une unité ayant pour intitulé « Urbanisation et santé »), j'ai orienté progressivement mon approche vers ces problèmes considérés comme démodés par le membre du jury, particulièrement la question des inégalités sociales devant la santé et celle des pouvoirs mis en jeu autour de

la maladie — preuve que les désordres du corps et de l'esprit ne relèvent pas du seul domaine du symbolique.

Cette anecdote, placée en préambule, donne en quelque sorte sa signification à cet ouvrage : la santé et la maladie y sont étudiées non pas pour soi, ainsi que le feraient l'anthropologie médicale et dans une certaine mesure l'ethnomédecine, mais *comme des objets privilégiés permettant d'accéder à une connaissance de la société*. Autrement dit, ce n'est pas le point de vue culturel — avec son risque de dérive culturaliste auquel n'échappent pas nombre de travaux nord-américains dans le domaine — qui sera adopté, mais plutôt le point de vue social, politique, économique — révélateur des mécanismes de différenciation, des rapports de domination, des enjeux de pouvoir, comme n'a cessé de le rappeler G. Balandier depuis ses travaux sur les *Brazzavilles noires* (1955). Non pas que la dimension culturelle ne soit pas pertinente pour parler de la société — wolof, sénégalaise, urbaine, etc. —, mais elle risque de masquer, sous l'unité apparente d'une culture, les différences sociales : même si tous les membres d'une société africaine donnée se réfèrent à un système unique de représentations et de pratiques comme le dit M. Augé (1975a) à propos des groupes lagunaires de la Côte-d'Ivoire (ce qui n'est pas évident dans le cas de la ville), tous n'en font pas le même usage parce qu'il y a des hommes et des femmes, des nobles et captifs, des Peul et des Diola, des patrons et des ouvriers, des individus nés en ville et d'autres au village. C'est l'intérêt pour ces différences de sexe, de statut, d'ethnie, de classe, d'origine, et pour leurs traductions dans la vie des gens qui a été le fil conducteur du travail d'enquête.

## 2 | Maladie

L'étude des faits de santé en a fourni un prétexte idéal. La maladie, et les moyens que les hommes mettent en œuvre pour l'interpréter, la combattre et la prévenir, font en effet intervenir un ensemble de représentations et de pratiques bien au-delà des seuls référents médicaux (entendus au sens large) : en cela, ils constituent un révélateur privilégié du social. Privilégié, car la maladie, parce qu'elle fait entrevoir la mort, a dans toutes les sociétés une triple inscription : physique, à travers la souffrance et la dégradation de l'individu ; culturelle,

dans les interprétations et les thérapeutiques qu'elle rend nécessaires ; morale, par la lutte que s'y livrent le bien et le mal. Phénomène biologique, en quelque sorte naturel, elle est *aussi un fait social*.

Cependant, toute approche anthropologique de la maladie suppose une interrogation initiale : que met-on sous le mot maladie et comment délimite-t-on le domaine du médical dans une société donnée ? Soit encore, pour la formuler comme L. B. Glick (1967) : « Dans une ethnographie, que serait le sujet d'un chapitre intitulé "Médecine" ? »

Dans les sociétés africaines, de même que les frontières de la maladie sont souvent imprécises — ou plutôt : que les représentations et les pratiques qu'elle met en jeu ne présentent pas de solution de continuité avec celles des autres domaines d'activité —, de même la médecine, comme institution sociale, c'est-à-dire objet de représentations et de pratiques, n'est pas dissociable des autres institutions. Lorsqu'un même symptôme donne lieu, presque simultanément, à un recours auprès d'un guérisseur traditionnel, d'un marabout musulman et d'un infirmier de dispensaire, et fait l'objet d'interprétation en termes de colère d'un ancêtre, de vengeance d'un proche et de trouble de la glycémie, doit-on faire appel à trois registres d'analyse sociologique — magique, religieux, scientifique ? Ou faut-il, avec le malade, considérer ces trois recours comme procédant d'une même logique sociale de guérison ? Et lorsqu'une même personne est consultée successivement pour une plaie chronique, une attaque présumée de sorcellerie, une perte d'argent ou un succès électoral, et qu'il a recours, pour ces différentes demandes, aux mêmes techniques divinatoires et aux mêmes pratiques thérapeutiques, doit-on l'appeler alternativement guérisseur, contre-sorcier, devin ou charlatan ? Ou faut-il voir dans la multiplicité de ses pratiques le signe d'une absence de spécialisation des fonctions de thérapeute et d'une négation de l'idée même de médecine ?

La position de la plupart des auteurs se polarise autour de ces deux modèles extrêmes : ou bien le champ médical peut être cerné et isolé du reste du système social ; ou bien les représentations de la maladie et les pratiques de la guérison sont indissociables de l'ensemble des représentations et des pratiques dans la société. Comme le font remarquer N. Sindzingre et A. Zempléni (1982), il s'agit, dans un cas, d'une conception qui postule l'existence d'une autonomie de la médecine, et dans l'autre, d'une conception « de l'anthropologie comme discipline holiste ». Cette distinction est d'ailleurs à la base d'une rupture terminologique et théorique entre les anthropologues anglo-saxons et français : alors que les Américains, dans la filiation des travaux de

W. H. R. Rivers (1924), isolent le champ de la maladie et parlent d'anthropologie médicale dès les années soixante (Scotch, 1963), les Français, dans la tradition de M. Mauss (1980), pensent en termes de « fait social total » et sont réticents à utiliser le mot anthropologie médicale auxquels ils préfèrent celui d'anthropologie de la maladie (Augé, 1986).

Au-delà des enjeux institutionnels qu'elle révèle, cette distinction n'est pas un jeu intellectuel sur des mots, elle renvoie à une difficulté immédiate lorsqu'on commence le travail sur le terrain : qui rencontrer (un chef religieux ou politique ne peut-il pas avoir autant à dire sur ce thème qu'un guérisseur) ? sur quoi interroger les gens (un conflit lignager ou un problème foncier ne sont-ils pas à cet égard aussi instructifs qu'un itinéraire de soins) ? quelles situations observer (une célébration rituelle ou une veillée de prières n'a-t-elle pas un intérêt aussi grand qu'une consultation de guérisseur ou de dispensaire) ? Plus la recherche avançait, et plus il apparaissait nécessaire de ne pas se limiter à la maladie définie par ses critères biologiques et de prendre en compte la totalité des relations sociales qu'elle semblait mettre en jeu — de parenté ou d'alliance, avec les familles au village et avec les voisins dans le quartier, avec les structures politiques et avec les institutions religieuses, etc. Ainsi a-t-on parfois l'impression (peut-être partagée par le lecteur) d'être « hors sujet », alors que l'on se trouve au cœur même du problème et proche de sa solution — extérieure au champ médical.

Cependant, même à l'intérieur de celui-ci apparaissent des divergences évidentes : qu'ont de commun à dire sur la maladie le malade et son thérapeute, le guérisseur et l'infirmier, le marabout et le médecin ? Contrairement à un usage ethnologique qui accorde plus d'intérêt à la tradition qu'à la modernité, aux isolats humains qu'aux concentrations urbaines, aux référents homogènes qu'aux pratiques syncrétiques, il sera autant question ici de sorcellerie que de dispensaires, de confréries islamiques que de comités de santé. Le monde urbain, par l'extrême hétérogénéité de ses institutions de soins, y incitait fortement.

### 3 | Ville

Soumise à des processus complexes de modernisation et d'occidentalisation, d'industrialisation et de prolétarianisation, mais simultanément lieu où se maintiennent et se transforment les pratiques les

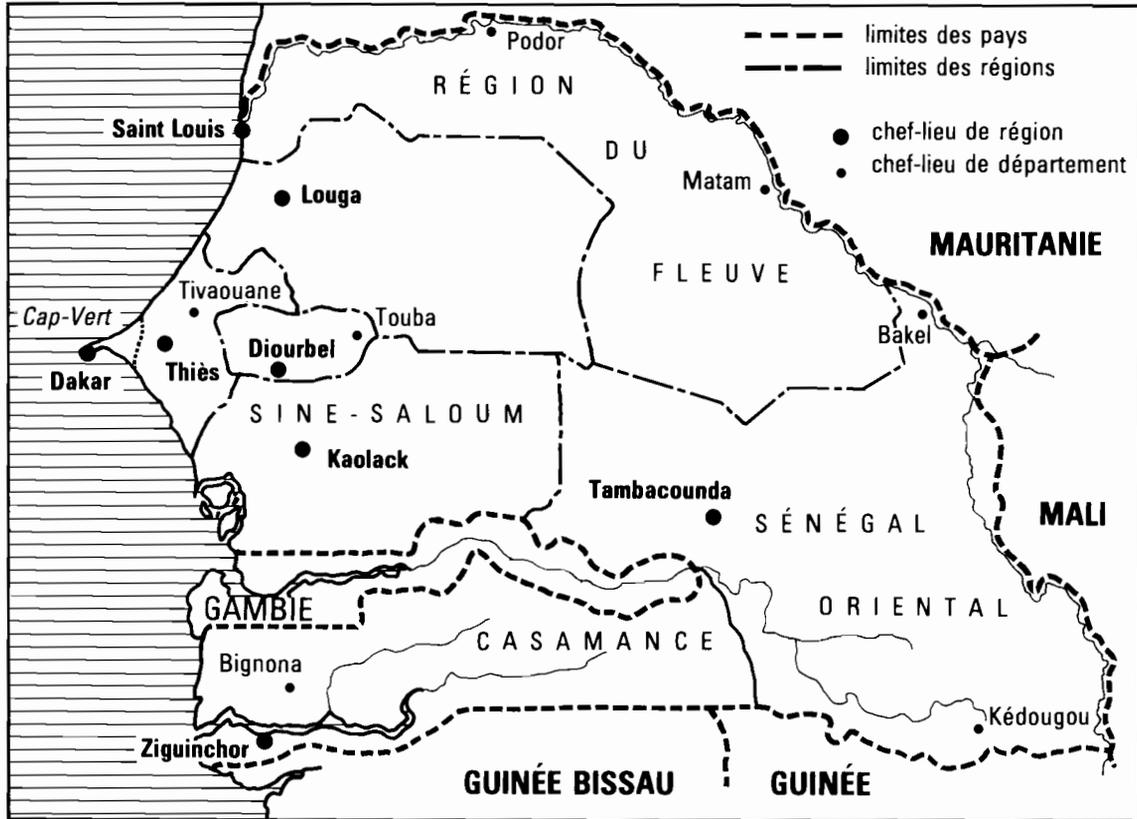
plus traditionnelles, la ville est cet espace de contraste qui fascine le migrant d'origine rurale autant qu'il lui fait peur, semblable en cela à ces personnages déracinés de nombreux romans africains dont *Ville cruelle*, de Mongo Bédi, est l'archétype.

Ce serait pourtant une erreur que de tenter d'isoler le monde urbain du monde rural, comme deux univers irréductibles. Par les mouvements de migration qui s'effectuent dans les deux sens, et par les moyens de communication qui rapprochent les villageois des citadins, la ville ne peut plus être isolée comme un lieu à part : la circulation des hommes et des idées fait qu'un traitement commencé à Dakar peut se prolonger par des cérémonies rituelles en brousse et qu'un modèle culturel présent en ville peut influencer des pratiques rurales. Lorsqu'on parlera ici d'urbanisation, on se référera donc, non pas à un cadre spatial spécifique, mais à *un processus de changement social dont la ville n'est que le pôle dominant*.

Toutes les villes africaines ne se ressemblent évidemment pas, et le poids de l'histoire ne s'y fait pas sentir partout de la même façon : anciennes capitales de royaumes et empires précoloniaux, comme Kano, Tombouctou ou Addis-Abeba, comptoirs de la phase marchande de la colonisation, tels Saint-Louis, Gorée ou Zanzibar, métropoles de la période industrielle de l'ère coloniale, comme Dakar, Abidjan ou Nairobi, enfin agglomérations développées depuis la période des indépendances, comme Pikine, les villes africaines gardent dans leur conformation spatiale et leur organisation sociale, les traces de leur passé. De ce point de vue, la connaissance de l'historique du développement de Pikine est nécessaire à la compréhension de ce qui s'y déroule aujourd'hui.

Si la progression démographique de Dakar a été spectaculaire depuis le début du siècle jusqu'à une période récente, faisant passer l'agglomération de 40 000 en 1926 à 514 000 habitants en 1970, et à plus d'un million actuellement, c'est aujourd'hui Pikine qui absorbe l'essentiel de l'accélération du processus d'urbanisation de la région : la population, qui comptait 8 000 villageois en 1955, atteint 132 000 habitants en 1971 et les estimations actuelles donnent plus de 600 000 personnes, ce qui fait de Pikine la première ville du pays par la taille.

La création de Pikine en 1952 correspond à une décision politique : celle de nettoyer Dakar de ses bidonvilles pour restaurer son image prestigieuse de capitale de l'AOF. En effet, la division coloniale de la ville en un Plateau européen et une Médina africaine que l'épi-

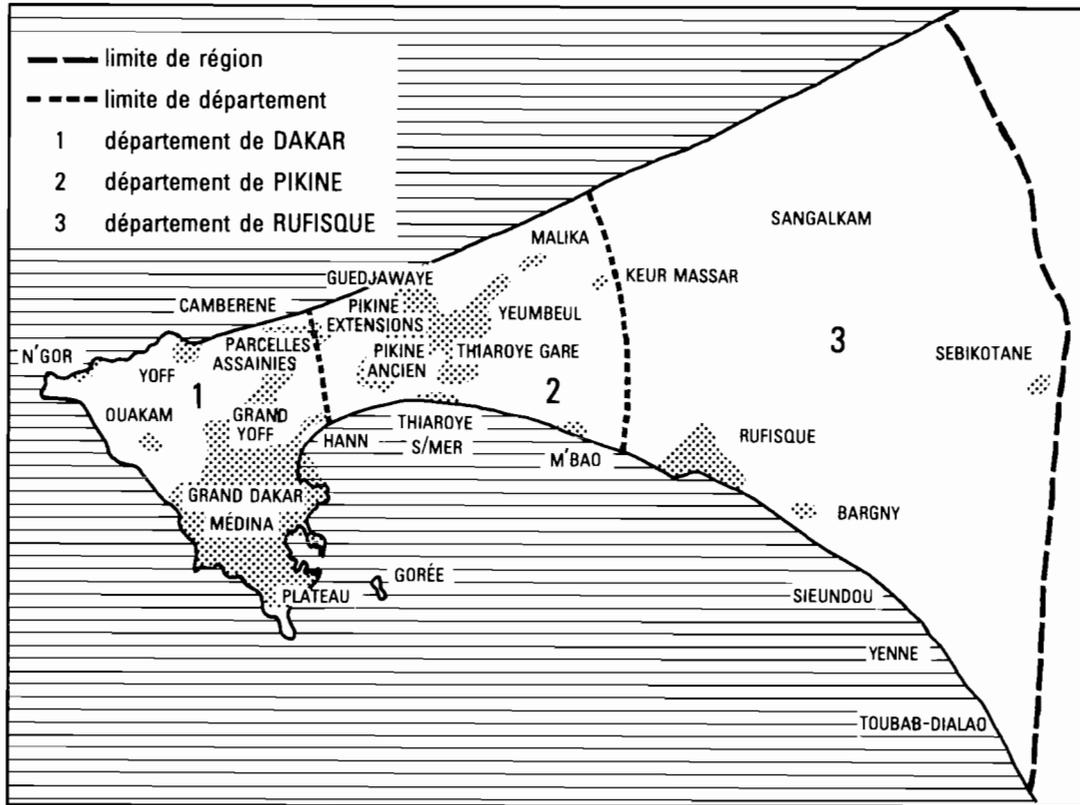


CARTE 1

*Le Sénégal*

démie de peste de 1914 avait justifiée et renforcée ne suffit plus, à cette époque, à assurer, pour les autorités, les garanties d'hygiène sanitaire et de paix sociale : l'arrivée de dizaines de milliers de migrants d'origine rurale a conduit à la construction anarchique entre Médina et Grand Dakar de baraquements dont le nombre et la densité s'accroissent constamment ; l'administrateur français décide donc d'expulser autoritairement les habitants et de les reloger à une quinzaine de kilomètres à l'est, dans les dunes de Thiaroye (Seck, 1970). C'est le début des « déguerpissements », dont les modalités ne seront guère différentes après l'indépendance : après diverses intimations, suivies de réclamations des délégués de quartier tentant de résister, l'armée intervient pour transporter les habitants de force jusqu'à leur nouvelle « résidence », quadrilatère de sable de dix mètres sur quinze où ils déposent leur planches, tôles, meubles, vêtements, vaisselles ; les bulldozers détruisent le bidonville où bientôt réapparaissent de nouveaux baraquements habités par les derniers arrivants dans la capitale, eux-mêmes délogés à leur tour. Dans les années cinquante, Pikine Ancien se constitue de cette façon ; puis dans les années soixante, c'est Pikine Loti Récent et Pikine Extensions ; enfin, au début des années soixante-dix, Guedjawaye correspond à la dernière grande vague d'expulsions. Cependant, ce mouvement n'est pas terminé puisque à lieu actuellement le « déguerpissement » du dernier bidonville important de Dakar : Fass, dont les habitants sont relogés au-delà de Yeumbeul dans des lotissements.

Parallèlement à cette croissance sur le mode volontariste, commence à partir du début des années soixante, et plus précisément de 1964, date de la loi sur le Domaine national, une accession irrégulière à la propriété. « Plus qu'à une nationalisation des terres, cette loi vise à l'élaboration d'un inventaire respectif des terres de l'Etat et des propriétés particulières qui devront être enregistrées. En zone urbaine, le problème se pose en ces termes : quiconque peut présenter à une commission créée pour la circonstance, un "constat de mise en valeur" d'un terrain quel qu'il soit, recevra un "récépissé" presque équivalent à la possession d'un titre foncier. C'est une chance inespérée pour les aspirants-proprétaires dakarois, qui se ruent sur les terrains libres, ou plutôt sur les parcelles que les habiles villageois lèboulent pour eux moyennant finances. L'installation d'un tas de papiers suffit dès lors pour que son auteur aille revendiquer un "récépissé". Devant le nombre exorbitant de demandes, la commission est vite débordée : ces "irréguliers" resteront irréguliers, mais une cer-



CARTE 2

*La région du Cap-Vert*

taine mauvaise conscience de l'administration à leur égard leur assurera une impunité relative. Dès lors le mauvais pli est pris : les autorités tenteront en vain de rattraper une urbanisation spontanée qui leur échappe ; les extensions régulières de Pikine n'y suffiront pas » (Vernière, 1977, 55). C'est ainsi que se développent les quartiers de Thiaroye et de Yeumbeul autour des noyaux villageois lébou, de Bagdad et Médina-Gounasse entre Pikine Ancien et Guedjawaye, de Guinaw Rails et Diamagueune entre la voie ferrée Dakar-Bamako et la route de Rufisque et que se constitue au nord-est un Front d'Urbanisation qui marque la limite extrême de la ville et sa croissance permanente.

Aujourd'hui, Pikine est ainsi constituée de deux types de tissu urbain. D'une part, une ville régulière résultant de « déguerpissements » et parfois de lotissements, dont les habitants sont légitimes propriétaires de terrains qu'ils n'ont pas payés mais qui leur ont été donnés par l'Etat ; le découpage des quartiers est géométrique avec des rues souvent larges, des infrastructures satisfaisantes ; le paysage de maisons construites sur des parcelles de taille identique sur un sol plat offre une image monotone. D'autre part, une ville irrégulière d'habitants illégaux qui ont pourtant acheté, parfois très cher, leur terrain aux propriétaires coutumiers non reconnus par l'Etat ; les parcelles ont des tailles très variables, de la grande maison lebou qui couvre deux îlots à la petite baraque entourée d'une cour ; les ruelles sont étroites et tortueuses, les équipements pauvres, les bornes-fontaines rares ; le paysage est d'autant plus diversifié que tout y est construit jusqu'aux pentes aux sols instables et qu'on y trouve côte à côte les plus riches et les plus pauvres des Pikinois ; illégaux, ces propriétaires sont rarement expulsés ; néanmoins en 1985, un quartier de Guinaw Rails a été entièrement rasé par les bulldozers, en même temps qu'une zone d'habitat spontanée à Grand Yoff, au nord de Dakar.

Diverse dans sa structure foncière et la nature de son habitat, l'agglomération de Pikine l'est également en ce qui concerne les cultures. Une quinzaine de groupes ethniques principaux, parlant autant de langues différentes, s'y côtoient : Wolof majoritaires, provenant des régions centrales et septentrionales du pays, depuis longtemps implantés à Dakar où leurs stratégies d'alliance avec les Lébou, propriétaires de la presqu'île du Cap-Vert, ont contribué à réduire ces derniers à quelques noyaux villageois traditionnels ; Sérér, groupe traditionnellement rural, travailleurs saisonniers ou temporaires à la ville ; Toucouleur et Peul, réunis sous le nom de Haalpulaaren, « ceux qui parlent le pu-

laar », en raison de leur communauté linguistique, gens du Fouta Toro, c'est-à-dire de la Basse-Vallée du Fleuve, et pour certains groupes peul, du Fouta Djalon, dans le sud du pays ; Soninké, Bambara, Manding, Diakhanké, Khassonké, Diallonké, appartenant au groupe mandé du Mali mais vivant au Sénégal oriental, dans la Haute-Vallée du Fleuve ; Diola, Baïnouk, Balant, Mancagne, Manjak dispersé en Casamance, dans les régions forestières méridionales ; à quoi l'on peut ajouter les Bassari, les Bedik, et surtout les groupes d'origine étrangère, Maures dont l'histoire récente a révélé la fragilité de l'intégration, Guinéens, Gambiens et Maliens. Sur cette différenciation ethnique se greffe un dualisme confessionnel : islam prépondérant et conquérant, christianisme cantonné dans quelques groupes — Manjak en totalité, Diola et Sérér pour une faible proportion.

Tout autant que la diversité culturelle, est remarquable la différenciation sociale. En effet, bien qu'issus pour une large part des populations pauvres des bidonvilles de Dakar relogés à la périphérie et des masses migrantes d'origine rurale chassés par la sécheresse, les habitants de Pikine vivent dans des conditions économiques parfois très dissemblables : la plus extrême pauvreté de ceux qui ne savent pas en se levant s'ils mangeront au cours de la journée juxta le luxe insolent de quelques hommes d'affaires, commerçants et marabouts ; cependant, pour la grande majorité, les Pikinois se recrutent dans des classes pauvres (journaliers, petits vendeurs, employés non déclarés, etc.) ou modestes (salariés et fonctionnaires aux revenus peu élevés).

#### 4 | **Enquête**

Pour tenter de rendre compte de cette diversité culturelle et sociale, il a paru nécessaire de multiplier les perspectives et de confronter les techniques. Ainsi ai-je d'abord tenté d'entrer en contact, grâce au réseau de connaissances des trois enquêteurs associés à cette recherche, avec des hommes et des femmes de conditions sociales variées — malades, thérapeutes, religieux, politiciens. En même temps que la meilleure qualité des rapports avec les enquêtés autorisait des entretiens approfondis et répétés, l'objet de mes questions se diversifiait : il n'était plus question seulement d'itinéraires de soins et de bio-

graphies de guérisseurs, mais de pouvoirs magiques, de questions religieuses, d'enjeux politiques. Ce sont en particulier les discours d'une cinquantaine de thérapeutes (guérisseurs, marabouts, infirmiers, médecins, etc.) que j'ai pu recueillir au long d'entrevues répétées à quelques jours d'intervalle ou plusieurs mois de distance : revoyant ainsi à diverses reprises mes interlocuteurs, j'obtenais en même temps qu'un croît de confiance un gain d'informations. Ces entretiens étaient, chaque fois que possible, confrontés aux observations « en situation » des consultations de guérisseurs ou d'infirmiers, des cérémonies rituelles ou des séances de vaccination de façon à pouvoir comparer ce qui était dit et ce qu'on voyait faire.

Deux séjours en milieu rural, l'un au Fouta Toro dans la Région du Fleuve pour y étudier la rougeole, l'autre en Casamance dans la Forêt des Kalounayes pour y analyser un rituel diola, m'ont permis, de plus, de mettre en relation les représentations et les pratiques des thérapeutes et de leurs malades au village et en ville, détour indispensable pour comprendre en quoi l'urbanisation influait sur la façon d'être et de se comporter des uns et des autres. Enfin, deux enquêtes, l'une sur l'accès aux soins s'attachant principalement à décrire le recours aux services de santé de cinq cents femmes et de leurs enfants à l'occasion de leur dernière maladie, l'autre sur le handicap à partir d'un échantillon de dix mille personnes, ont apporté un complément quantitatif — nécessaire pour objectiver la régularité de certains faits ou de certaines corrélations — à cette recherche menée essentiellement à l'aide des techniques qualitatives de l'anthropologie.

Sur ces points, on pourra se référer le cas échéant au document qui a servi de base à cet ouvrage (Fassin, 1988a). Avant d'en terminer avec ces considérations de méthode, deux problèmes généraux touchant à l'épistémologie des sciences sociales méritent attention : ils concernent la position du chercheur, interprète d'une culture pour une autre culture, et la position de l'enquêteur, intermédiaire entre l'anthropologue et son terrain (on peut préciser à ce propos que j'ai essayé de préserver autant que possible, dans la construction grammaticale, ce dualisme en utilisant la première personne du singulier lorsque je m'exprimais à titre personnel sur une idée ou une action et la première personne du pluriel lorsque j'étais associé à d'autres, notamment enquêteurs, ne voulant pas céder à l'artifice stylistique traditionnel qui consiste à parler de soi avec un « nous de modestie »).

Travaillant sur la maladie, il m'était évidemment impossible, d'un strict point de vue méthodologique, de faire abstraction de ma

qualité de médecin que connaissaient tous mes interlocuteurs — guérisseurs ou malades, marabouts ou politiciens —, puisque je me présentais ainsi à eux (tout en leur expliquant mon activité essentiellement d'enquête). Ce qui ne pouvait pas être sans conséquence sur la façon dont ils me considéraient, me répondaient, me testaient, m'utilisaient : ainsi, très souvent l'entretien se terminait-il par une demande de consultation ou de médicaments à laquelle je ne me déroba pas pour des raisons d'éthique médicale facilement compréhensibles (on ne refuse pas de soigner un malade), mais aussi de morale sociologique, si l'on peut dire (le don d'informations qui m'étaient précieuses et qui coûtaient du temps à mon interlocuteur exigeait une réciprocité). De manière plus générale, le fait d'être médecin influençait mes travaux de deux façons.

D'une part, ma formation médicale m'amenait à rechercher derrière la dispersion et la fragmentation apparentes du discours des thérapeutes et des malades, des éléments du savoir positif de la biomédecine : consciemment ou non, je me mettais à décrypter les histoires de maladie pour leur donner une plus grande lisibilité médicale et à organiser le savoir traditionnel pour lui conférer la rigueur d'une nosographie. Tendances positivistes dont on verra plus loin qu'elles se sont heurtées à la réalité plus riche et plus complexe de mes interlocuteurs, me conduisant ainsi à reconsidérer les catégories que j'avais ainsi imposées : la formation de médecin jouait ainsi comme un obstacle épistémologique dont la prise en compte pouvait devenir féconde. En fait, cette propension à classer et ordonner constitue plus généralement l'un des traits caractéristiques de la démarche scientifique, notamment en ethnologie et en anthropologie, comme en témoigne la multiplicité des travaux consacrés à établir des classifications médicales dans les sociétés traditionnelles ; mais dans le cas du médecin, il s'agit non seulement d'imposer un ordre, mais également de proposer un code — le code de lecture des signes et des symptômes qui caractérisent la sémiologie et la nosologie médicales modernes.

D'autre part, et surtout, mon statut de médecin mettait en jeu des pouvoirs que je maîtrisais plus ou moins bien, mais dont mes interlocuteurs ne manquaient pas d'user. Mon pouvoir de guérir, ou tout au moins de soigner, était clairement reconnu, et j'étais fréquemment sollicité pour examiner un malade, apporter un médicament ou donner une recommandation pour l'hôpital ; cependant, cette dimension thérapeutique n'est pas l'apanage du médecin, puisque nombre d'ethnologues, notamment ceux qui ont travaillé sur la maladie, ra-

content qu'ils avaient établi dans leur village une consultation, jouant ainsi sur la confusion homme blanc-homme de savoir que semble indiquer le langage — la racine arabe *tbb* qui signifie savant ou sage, donnant à la fois *toubib*, le Docteur, et *toubab*, le Blanc. Mais ce pouvoir n'était pas non plus sans conséquence sur les relations qu'il m'était possible d'établir avec les guérisseurs, les marabouts, les contre-sorciers : dans des sociétés où la connaissance des plantes et des secrets se mérite, s'achète ou s'échange, le savoir médical avait souvent plus de valeur marchande pour obtenir des entretiens et des informations que l'argent ou les présents — soit que mon interlocuteur se réserve la possibilité ultérieure de faire appel à moi, soit qu'au détour d'une phrase, il inverse la règle du jeu et se mette à m'interroger. Enfin, le pouvoir d'être là, c'est-à-dire d'être, en tant qu'étranger, blanc, chercheur, médecin, en face du sujet enquêté, intervenait, de manière complexe et décisive, dans l'accueil fait par le thérapeute traditionnel ou le délégué de quartier qui se sentaient légitimés et renforcés par cette présence — comme les plus lucides n'hésitaient pas à me le dire. Ainsi, la position de l'anthropologue (et peut-être plus encore de l'anthropologue médecin pour les raisons que l'on vient de lire) n'est-elle jamais neutre, même dans des contextes où il semble entretenir « avec son objet, celle de l'étranger, exclu du jeu réel des pratiques sociales par le fait qu'il n'a pas sa place — sauf par *choix* et comme par jeu — dans l'espace observé, et qu'il n'a pas à s'y faire une place », pour reprendre les mots de P. Bourdieu (1980, 57).

Mais le chercheur travaillant en Afrique est rarement en contact direct avec ses interlocuteurs ; il a le plus souvent recours à un interprète, terme qu'il faut considérer dans son sens le plus plein puisqu'il s'agit de traduire plus qu'une langue : une culture. Les longs développements, que fait M. Augé dans sa thèse (1975a, 311-364), sur la biographie de Boniface, « informateur exemplaire » et « enquêteur enquêté », disent cette place exceptionnelle de *celui par qui le social arrive au sociologue*. Sans l'enquêteur pas d'enquête. Ou plutôt une tout autre enquête, moins riche et moins juste.

L'influence de ce médiateur culturel joue en effet à tous les niveaux de la recherche. Tout d'abord, le fait de travailler principalement avec trois enquêteurs m'a conduit à étudier plus particulièrement trois milieux ethniques : diola, haalpulaar, soninké ; si j'avais collaboré avec un interprète sérér, j'aurais sans doute développé une approche de la société sérér en ville ; les entretiens avec des hommes et des femmes d'autres ethnies posaient des problèmes difficiles, à la

fois d'ordre linguistique (traductions approximatives) et d'ordre sociologique (méfiance à l'égard d'un étranger). Ensuite, le choix des interlocuteurs était lui-même tributaire de la médiation des enquêteurs dans la plupart des cas, et dépendait de nombreux facteurs : ce qu'ils avaient compris de ce que je voulais étudier ; ce qu'ils acceptaient de me montrer et de me faire connaître de leur société ou de leur famille ; ce qu'ils pensaient des conséquences possibles, favorables ou défavorables, de notre entretien pour la suite de leurs relations personnelles avec l'individu ou le groupe enquêté ; et bien entendu, de leur situation sociale, c'est-à-dire de leur réseau de relations, de leur capacité à le mobiliser, du degré de confiance dont ils bénéficiaient. Enfin, l'interprétation des faits observés et des discours prononcés dépendait d'eux : qu'ils ne voient pas un « détail » signifiant, ou fassent semblant de ne pas le voir, et une grande partie du sens d'un événement ou d'une scène m'échappait ; qu'ils ne soient pas familiers avec certaines pratiques trop traditionnelles, ou trop secrètes, ou trop clandestines, et leur observation me devenait opaque ; qu'ils se trouvent dans une position socialement inconfortable par leur statut ou leur histoire, et des pans entiers de vie sociale me restaient cachés. Bien entendu, il ne s'agit pas de présenter le chercheur comme un sujet ballotté au gré des désirs de ses enquêteurs, mais de montrer ce qu'il leur doit, et surtout les conditions concrètes de l'enquête, c'est-à-dire la dépendance extrême vis-à-vis des enquêteurs — et des informateurs. Quelques mots sur chacun de ces trois collaborateurs les situeront pour la suite.

Ibrahima Badji est un Diola né en Casamance, dont le rapport au savoir traditionnel est de fascination et d'adhésion totales, mais dont la référence aux valeurs de la ville moderne, et particulièrement aux critères de réussite sociale et professionnelle, semble également forte. Une anecdote, décisive pour notre collaboration, précisera l'ambiguïté de la place de l'enquêteur, toujours entre le chercheur et l'informateur : un jour que nous nous entretenions avec un vieux musicien traditionnel diola, je me mis à poser à celui-ci des questions sur sa première épouse que je n'avais pas encore rencontrée ; il m'expliqua qu'elle était rentrée au village et, comme je lui demandais pour quelle raison, il me parla d'un rituel qu'elle accomplissait en Casamance ; soudain, Ibrahima Badji, qui s'était jusque-là cantonné dans son rôle de traducteur, se tourna vers moi et, ne se contenant plus, débuta un long récit où il puisait dans son propre savoir et, je le sus plus tard, dans son expérience personnelle ; pendant près d'une heure, oubliant

presque notre enquête qui ne comprenait pas le français, il me décrit ce rituel, qui devait devenir le thème principal de notre recherche ensemble, et que je n'aurais probablement jamais étudié sans son intervention passionnée et son aide ultérieure.

Abdoul Sow est un Peul du Fouta Toro qui a travaillé pendant environ sept ans comme enquêteur de sciences sociales ; son rapport au terrain et à l'enquête se ressent donc fortement de cette longue expérience qui lui permet de mener à bien seul de nombreux travaux de recueil d'informations, tant généalogiques que biographiques. Plus intéressé par la vie politique et sociale que par la magie et la pharmacopée, il est un décrypteur privilégié des enjeux de pouvoir autour de l'élection du bureau d'un comité de santé ou autour du découpage d'une zone urbaine en quartiers administratifs. Sa position sociale personnelle intervient comme un élément essentiel dans son interprétation de la société pikinoise. De statut noble, il revendique ses origines familiales avec fierté, possède une généalogie détaillée de son lignage jusqu'à son quatorzième ancêtre, et parle des captifs de sa famille qui continuent de tenir leur rôle de serviteurs, tout comme lui-même se conduit en maître en les aidant. Haalpulaar, il prend naturellement le parti des Toucouleur et des Peul lorsque se produit un conflit entre deux délégués de quartier, et valorise la vie simple et idéalisée des gens du Fouta Toro qu'il oppose aux citadins oublieux des traditions et intéressés par l'argent. Enquêteur confirmé, il exerce un ascendant sur ses collègues dans l'équipe de recherche, comme sur les enquêtés dans les quartiers. L'information recueillie avec lui, fruit d'un exercice parfaitement maîtrisé, est toujours à lire en fonction de ces données biographiques.

Ablaye Traoré, enfin, qui a été sur beaucoup de sujets mon informateur et mon initiateur privilégié, m'apparaît — aujourd'hui de même qu'à l'époque de nos enquêtes — comme doué d'un sens exceptionnel du social, pour lequel il nourrit une véritable passion intellectuelle. Soninké autodidacte, il a toujours manifesté son originalité et son indépendance : musulman enseignant le catéchisme dans une école catholique, élève des cours du soir de chimie à Dakar, syndicaliste influent jusqu'à sa démission en raison de désaccords avec la base, employé à l'ORSTOM dans plusieurs postes qui ne lui convenaient pas avant d'intégrer finalement les sciences humaines. En fait, son intérêt pour le social trouve probablement son origine dans son histoire personnelle : de famille pauvre, de milieu traditionnel, il sait que pour agir sur le cours des choses, il faut en comprendre les ressorts hu-

mains, surtout lorsqu'on part d'une situation défavorisée. Mais sa position n'est pas celle d'un observateur impartial ou cynique : s'il émet des jugements critiques d'une grande lucidité sur le fonctionnement social, la vie politique, le pouvoir religieux, le charlatanisme, il n'en est pas moins au cœur de ces enjeux, dans son quartier comme dans son travail. Notre recherche commune a été l'occasion d'une formation réciproque, lui m'initiant à une lecture toujours plus riche des scènes auxquelles nous assistions et des entretiens que nous faisions, moi lui découvrant ce que je cherchais et lui livrant sans duperie le regard que je portais sur sa société, sur la magie, sur le pouvoir. Il avait fait sien ce proverbe soninké dont il essayait de me faire partager la sagesse : *seresu muma masaré*, nul n'est né en entier.

## 5 | Remarques

Trois ultimes précisions sont nécessaires avant d'aborder le corps de l'étude.

La première, éthique, concerne le secret de l'information. Il m'a semblé que les entretiens avec les malades, leurs familles, et plus généralement avec les individus rencontrés dans leur vie privée, appartenaient au registre du secret professionnel, d'autant plus que dans bien des cas les histoires de maladie se confondaient avec des histoires de vie ou avec des histoires de famille : tous les noms ont donc été changés, et dans les rares cas où il y avait des circonstances trop précises qui risquaient de rendre possible une identification par déduction (titre ou fonction, événement ou date), je les ai également modifiées sans altérer pour autant le sens de l'anecdote. À l'inverse, en ce qui concerne les personnages interrogés ou vus dans l'exercice de leur activité publique, guérisseur racontant ses exploits, marabout faisant étalage de ses richesses, politicien évoquant une élection, il m'est apparu que les noms n'avaient pas à être dissimulés, puisque les discours et les faits recueillis étaient du domaine public.

La seconde remarque, linguistique, a pour objet le système de transcription des langues africaines. Dans la multiplicité des solutions adoptée par les chercheurs (ainsi le *n* mouillé est écrit alternativement *n* ou *ny*, et le chef confrérique s'appelle selon les auteurs Khalife, Khalif ou xalif), j'ai choisi le système retenu par le Centre de Lin-

guistique Appliquée de Dakar et imposé par le décret 71-566 du 21 mai 1971 publié au *Journal officiel*. Outre les lettres dont la prononciation est commune avec le français, on peut décrire : *c = ti* (comme dans tien), *j = di* (comme dans dieu), *ñ = gn* (comme dans pagne), *x* = correspond au *j* espagnol (comme dans jota), *q* = correspond au *qaf* arabe (comme dans qoran), *w* = correspond au *w* anglais (comme dans water), *n = ng* (comme dans parking), *e = ê* (comme dans tête), *ë = eu* (comme dans peu), *u = ou* (comme dans pou), *o = o* ouvert (comme dans pomme), *ó = o* fermé (comme dans chose). De plus, en pulaar, certaines consonnes sont claquées, et seront indiquées en majuscules : B, D, G, J. Le principe général de ce système est que toutes les lettres se prononcent. Malgré les précautions prises, certains mots, n'ayant pas été repris avec un linguiste, peuvent être mal transcrits par moi ; néanmoins, les différences régionales de prononciation rendent également compte de certaines divergences. En ce qui concerne les noms d'ethnies et les noms propres, je me suis conformé à l'écriture et aux règles d'usage — et notamment pour l'absence d'accord de genre et de nombre. D'une manière générale toutefois, n'ont été conservés ici que les termes vernaculaires indispensables à la compréhension, en raison des difficultés de traduction exacte qu'ils posaient.

La dernière remarque, technique, se rapporte au système d'équivalence des monnaies. Toutes les valeurs indiquées dans cet ouvrage sont en francs CFA, monnaie utilisée en Afrique de l'Ouest et bénéficiant d'une parité fixe avec le franc français : 100 F CFA = 2 FF. Cependant plutôt que de tenter de convertir — ne serait-ce que mentalement — les prix sénégalais en argent français, il semble plus conforme aux réalités sociales de resituer les sommes indiquées par rapport aux pratiques économiques sur le marché local. Ainsi, pour apprécier ce que représente le coût moyen d'une ordonnance évaluée à 5 300 F CFA lors de l'enquête, il vaut mieux savoir que le prix du kilogramme de riz est de 160 F CFA et que le salaire minimum garanti est de 35 000 F CFA, plutôt que de calculer sa valeur dans une autre monnaie, qui serait de 106 FF ou de \$18. D'ailleurs, même cette mise en perspective ne suffit pas à rendre compte de la valeur réelle d'un objet ou d'une prestation qui devrait être interprétée, comme on le verra plus loin à la lumière des phénomènes de redistribution et d'accumulation, de dons et d'échanges, qui caractérisent les sociétés africaines et qui évidemment diffèrent dans le monde villageois et dans le monde urbain.



## PREMIÈRE PARTIE

---

### Les thérapeutes

L'anthropologie médicale, en particulier nord-américaine, s'est attachée depuis ses débuts à dresser des typologies des pratiques médicales, notamment pour dépasser les schémas dualistes de type médecine/magie (Rivers, 1924), biomédecine/ethnomédecine (Hughes, 1968), médecine occidentale / médecine primitive (Ackerknecht, 1971), dont l'ethnocentrisme a été maintes fois dénoncé. Ces efforts ont donné lieu à des modèles binaires qui ne reprenaient pas exactement la même ligne de partage, comme l'opposition entre théories personnelle et impersonnelle de la maladie par H. Fabrega (1974) ou entre interprétations personnaliste et naturaliste par G. Foster (1976), ou bien à des modèles ternaires qui tentaient de faire une place aux médecines savantes indienne ou arabe que C. Leslie (1976) nomme de « grande tradition », par opposition aux médecines locales dites de « petite tradition », ou qui différenciaient, parmi les médecines habituellement appelées traditionnelles, un domaine « populaire » (familial et de voisinage) et un domaine « folklorique » (appartenant aux spécialistes autochtones), selon la terminologie d'A. Kleinman (1978).

Toutes ces typologies ont pourtant un intérêt limité, à la fois parce qu'elles livrent de ces pratiques une théorie *a priori*, et parce qu'elles en donnent une vision volontiers figée et sans histoire, comme nous avons essayé de le montrer avec E. Fassin (1987). Loin de proposer une nouvelle taxonomie, l'analyse se bornera ici à montrer l'extraordinaire profusion des pratiques et leurs relations avec d'autres champs que médical.

La présentation des institutions intervenant dans le domaine de la

santé et de la maladie commencera ainsi par le système officiel de soins, public ou privé, avant d'aborder les pratiques officieuses — typologie qui vise principalement à une commodité de l'exposé, mais correspond aussi d'une part à l'image que se font les gens de leurs institutions thérapeutiques et d'autre part à la réalité sociologique qui situe tous les thérapeutes par rapport à la légitimité conférée par l'Etat. Cependant, afin que cette opposition ne paraisse pas trop réductrice, on donnera une illustration, à travers la vente des médicaments, de la nécessité de dépasser ce dualisme, et afin qu'elle ne semble pas trop statique, on montrera, à travers l'exemple d'un rituel, comment évolue une tradition. *Ce n'est qu'au prix de ce sacrifice de la typologie qu'on pourra saisir la réalité de ces médecines si différentes.*

# 1

## Dispensaires et cliniques

Lorsqu'on pense à la façon dont on se soigne en Afrique, ce sont généralement les images de scènes de possession, de procès en sorcellerie, d'inventaires de pharmacopées qui viennent à l'esprit. En ouvrant la présentation des institutions de soins à Pikine par une description de son réseau de dispensaires et de cliniques, en racontant la chronique d'un dispensaire comme on le ferait pour la consultation d'un devin, il s'agit de rompre d'emblée avec certaines représentations trop exotiques des médecines africaines, un peu à la façon dont G. Balandier (1985) a pu, en parlant de colonisation ou d'urbanisation, et en s'intéressant au travail salarié ou aux pratiques syndicales, tenter d'en finir avec un certain désintérêt des ethnologues à l'égard de l'histoire et de l'actualité africaines, au milieu des années cinquante. La médecine sénégalaise aujourd'hui, ce sont des secouristes, des infirmiers, des médecins, ce sont les soins de santé primaires, les cabinets privés, les centres hospitaliers. Une réalité qu'on ne saurait pourtant réduire à « la médecine moderne » telle qu'on la conçoit en Europe, ainsi que le révèle l'ethnographie du système de soins officiel.

### 1 | Santé publique

Ville nouvelle en croissance rapide, Pikine a été le laboratoire du système de santé sénégalais. L'expérience réalisée dans le cadre de la

coopération avec la Belgique non seulement a servi de test pour le développement des services de santé au Sénégal, mais également a contribué à la définition de la politique des soins de santé primaires par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Ata en 1978, le modèle pikinois étant l'un de ceux retenus, à côté d'exemples chinois, indiens ou tunisiens. Mais pour comprendre le système actuel, il faut en resituer l'histoire dans le contexte du développement de la ville.

La politique coloniale de déplacement, vers le nord-est du Cap-Vert, des populations vivant dans les quartiers taudifiés du centre de Dakar apparaît dès 1946 dans le Plan directeur préparé à la Mission d'Urbanisme du Cap-Vert (Vernière, 1977, 33), mais le volume de la migration semble avoir été sous-estimé et les mesures en matière d'équipement sont restées insuffisantes jusqu'au début des années soixante-dix. Passant de 8 000 habitants vivant pour la plupart dans des paillottes en 1955 à 132 000 habitants résidant dans des maisons souvent construites en dur en 1971, Pikine s'est doté d'une infrastructure sanitaire selon deux procédures distinctes : d'une part, la mise en place, par la Municipalité, de dispensaires et de maternités ; d'autre part, la construction, résultant d'initiatives privées, de dispensaires tenus par des missions religieuses, de cliniques d'accouchement et de pharmacies privées. Dans son rapport sur les équipements médicaux à Pikine, A. P. Rasenberg (1973) dénombre, dans le secteur public, un centre médical (c'est-à-dire ayant un médecin à sa tête), quatre dispensaires, deux maternités, deux centres de protection maternelle et infantile (dont un appartenant à la Faculté de Médecine de Dakar) ; et, dans le secteur privé, deux dispensaires de missions catholiques, deux cliniques d'accouchement et deux pharmacies ; la population est alors estimée à plus de 150 000 habitants. On constate à cette époque un relatif suréquipement de Pikine Ancien et un sous-équipement absolu des quartiers nouveaux de Guedjawaye où seul un dispensaire catholique est ouvert et draine une population considérable. La mission d'évaluation effectuée par A. P. Rasenberg avait été demandée en vue de réaliser un projet de soins de santé de base qui se concrétise en 1975 par la signature d'un accord entre les gouvernements belge et sénégalais.

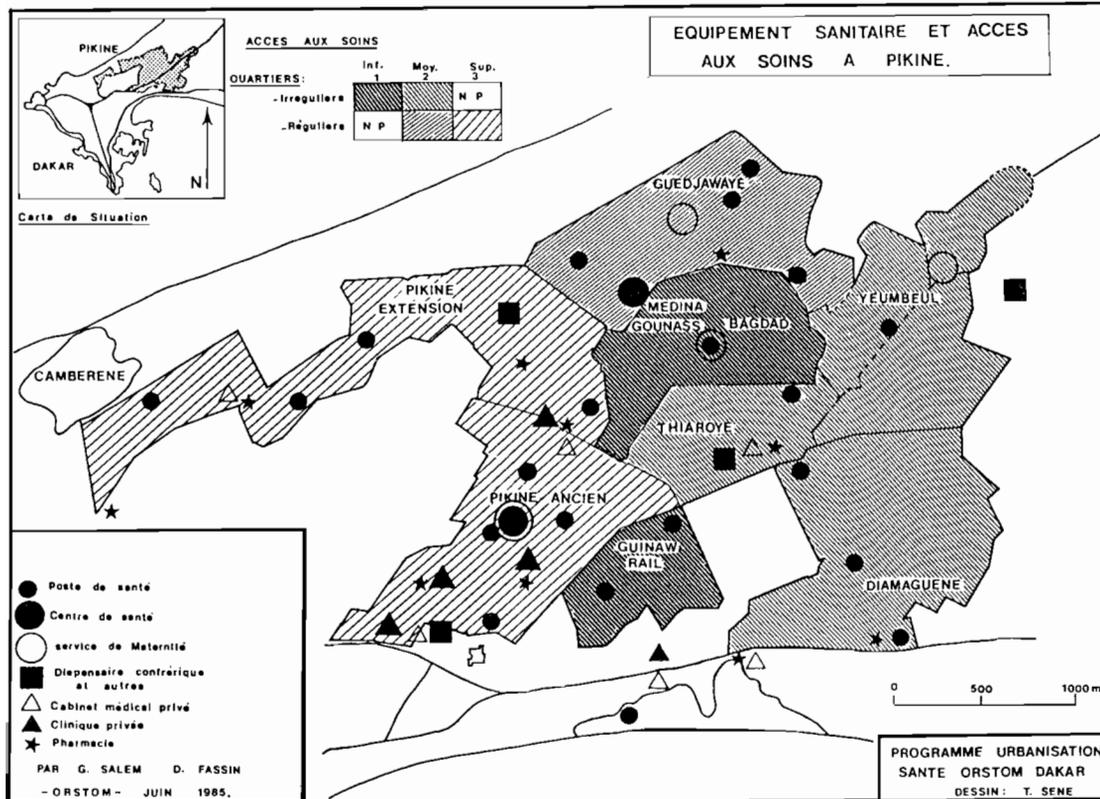
A partir de 1975, la totalité des postes de santé (nouveau nom des dispensaires publics) passe sous le contrôle du projet, c'est-à-dire sous la double tutelle de la Coopération belge et du Ministère de la Santé sénégalais ; bien que situées en dehors du projet, les religieuses des dispensaires de mission participent à certaines activités du secteur pu-

blic comme la formation permanente et la collecte d'informations sur les consultations. En 1985, Pikine compte deux centres de santé (Dominique et Roi-Baudouin), vingt-quatre postes de santé et sept maternités dans le cadre du projet belgo-sénégalais. Le secteur non lucratif bénéficie également de la contribution de quatre dispensaires catholiques et d'un Institut de Pédiatrie sociale de la Faculté de Médecine. Pour une population évaluée à un peu plus de 600 000 habitants, c'est donc une structure de soins de santé primaires pour 20 000 habitants ; il n'est peut-être pas inutile de rappeler que le Sénégal comptait, en 1983, 450 postes de santé dont 91 privés, soit un pour 12 000 habitants. Pour que le tableau du système public soit complet, il faut y ajouter les programmes de protection nutritionnelle et infantile orientés vers la surveillance et le traitement des malnutritions pour les enfants de moins de cinq ans et les services des grandes endémies qui assurent en général, de façon itinérante, et plus récemment de manière intégrée aux autres activités, des vaccinations.

La principale innovation des soins de santé primaires à Pikine est la participation des populations conçue à la fois comme contribution financière (la consultation est payante) et comme contrôle de la gestion (par les comités de santé). Proposée par A. P. Rasenberg, (1973, 53), la solution du ticket de consultation donnant droit aux médicaments a été essayée à Pikine, puis généralisée à l'ensemble du Sénégal ; « l'autofinancement » est devenu, pour le projet, un enjeu primordial (Jancoes, 1982), d'autant plus que l'Organisation mondiale de la Santé avait discuté à la fin des années soixante-dix la possibilité d'une gratuité des soins primaires, dont le responsable actuel du projet montre les inconvénients dans un texte récent intitulé : « Soins gratuits, maladie pour tous » (Jeannée, 1986). L'analyse est la suivante : la plupart des dispensaires en Afrique sont désertés car ils ne disposent pas de médicaments ; si chaque malade paie une somme modeste, le poste de santé peut fournir la totalité du traitement quotidien, sous réserve que les finances soient sagement gérées et que la prescription tienne compte des contraintes économiques. L'autofinancement est donc associé à deux mesures complémentaires : la constitution de comités de santé choisis par la population et chargés d'assurer le contrôle financier du dispensaire ; et la réalisation de schémas thérapeutiques simples pour soigner au moindre coût ; la première mesure est appliquée depuis plusieurs années, la seconde se met en place actuellement. En 1987, la consultation est de 75 F pour un enfant et 150 F pour un adulte ; la somme totale reçue chaque

CARTE 3

Équipement sanitaire et accès aux soins à Pikine\*



\* Les quartiers sont hachurés en fonction du type d'habitat (régulier ou irrégulier) et de l'accès aux soins (données de l'enquête « Accès aux soins » tenant compte de trois critères : l'absence de vaccination pour le plus jeune enfant, l'absence de recours aux structures sanitaires lors de la dernière maladie de cet enfant, et l'absence d'accouchement en milieu médical pour la dernière grossesse).

mois sous forme de participation financière des consultants sert pour la moitié à acheter des médicaments, et pour moitié à assurer la gestion du dispensaire (Réveillon, 1987). La quantité de produits pharmaceutiques disponibles dans les postes de santé passe ainsi de 3 millions (dotation de l'Etat) à 40 millions de francs (autofinancement). Normalement, grâce à ce mode de fonctionnement, les malades devraient recevoir tout leur traitement pour une journée. Qu'en est-il en réalité ?

Pour leur dernière maladie, 39 % des femmes ont consulté dans les dispensaires publics et 79 % d'entre elles ont reçu une ordonnance ; 53 femmes se souviennent de la somme payée pour l'achat des médicaments, qui varie entre 500 et 15 000 F, avec une valeur moyenne de 5 200 F (tableaux 1 et 2). Il est certes probable que celles qui ont gardé un souvenir du montant de l'ordonnance ont plus de chances d'être celles qui ont payé les sommes les plus élevées et que, par conséquent, le coût moyen réel soit un peu inférieur. Il n'en reste pas moins que des ordonnances atteignant le tiers ou la moitié du salaire minimum garanti (dont disposent moins de la moitié des ménages) sont régulièrement délivrées, fait que nous avons également relevé au cours des récits de malades. Cette constatation n'a évidemment pas pour but de discréditer l'autofinancement, mais elle amène une question : pourquoi la contribution financière des patients ne permet-elle pas d'assurer le traitement quotidien ? Si l'on écarte les cas où la gestion des finances du dispensaire n'est pas saine (des accusations de détournement sont souvent faites, parfois prouvées), deux ordres de raisons apparaissent au cours des entretiens avec les chefs de poste et à travers l'analyse des commandes faites à la pharmacie centrale du projet. D'une part, l'administration inconsidérée de produits peu ou pas efficaces, comme les vitamines données dans de nombreuses affections, déplace le fragile équilibre budgétaire et ne permet pas l'achat par le dispensaire de médicaments actifs, comme les antipaludéens ou les antibiotiques, qui doivent alors être achetés par les malades à la pharmacie. D'autre part, la valorisation de la fonction de prescripteur conduit souvent l'infirmier à délivrer une ordonnance qui peut même parfois porter son nom et ses titres en en-tête. Aussi triviales que puissent paraître ces contraintes financières (pour acheter les médicaments prescrits il faut pouvoir les payer), elles méritent autant l'intérêt des chercheurs que les aspects culturels, plus facilement évoqués pour expliquer les comportements des malades.

TABLEAU 1  
 Le recours au système de santé officiel à Pikine  
 (Enquête Accès aux soins auprès de 500 mères)

	Aucun recours	Dispensaire public à Pikine	Dispensaire public hors Pikine	Dispensaire privé	Secteur libéral	Hôpital	Dispensaire d'entre-prise	Autres
Consultation de la mère (N = 479)	22 %	39 %	5 %	7 %	10 %	9 %	3 %	5 %
Consultation prénatale (N = 499)	2 %	60 %	10 %	5 %	11 %	2 %	3 %	7 %
Dernier accouchement (N = 497)	8 %	62 %	1 %	0 %	8 %	12 %	0 %	9 %
Consultation du dernier né (N = 485)	23 %	47 %	5 %	15 %	3 %	3 %	2 %	2 %

TABLEAU 2  
 Le prix de la santé dans le secteur officiel de Pikine (FCFA)  
 (Enquête Accès aux soins auprès de 500 mères)

	Dispensaires publics (N = 189)	Dispensaires privés (N = 33)	Médecins et cliniques (N = 47)
Prix de la consultation <sup>(1)</sup>			
— enfant	75 F	125 F	3 000-4 500 F
— adulte	150 F	250 F	3 000-4 500 F
Fréquence de prescription d'une ordonnance	79 %	30 %	100 %
Coût moyen de l'ordonnance <sup>(2)</sup>	5 200 F	3 200 F	13 400 F
Coût maximal d'une ordonnance <sup>(3)</sup>	15 000 F	4 700 F	35 000 F

<sup>(1)</sup> Prix du kilogramme de riz = 160 F. Salaire minimum garanti = 35 000 F.

<sup>(2)</sup> Le coût moyen est calculé à partir des ordonnances dont se souviennent ou qu'ont gardées les femmes depuis leur dernière maladie ; la valeur donnée est donc probablement surestimée par le souvenir plus marquant des prescriptions les plus coûteuses.

<sup>(3)</sup> Le chiffre indiqué ne comprend pas les hospitalisations.

Chaque année, on compte environ 750 000 consultations dans les postes de santé (soit 1,25 par habitant), dont 38 % pour des enfants de moins de cinq ans, 46 % pour des jeunes entre cinq et vingt-quatre ans, 16 % seulement pour des adultes de plus de vingt-cinq ans. En fait, ces données reflètent très imparfaitement l'activité effective des dispensaires dont le nombre de consultants varie, aux extrêmes (Taïf et Dominique), dans un rapport de 1 à 50. Les motifs des consultations sont constitués essentiellement de maladies infectieuses (85 %) dont 27 % de fièvre et paludisme, 22 % de dermatoses et plaies, 15 % de diarrhées et parasitoses intestinales (qui représentent la première cause avant cinq ans), 9 % d'affections respiratoires. Telles sont les données globales dont il faut rappeler qu'elles concernent le recours aux soins de santé primaires et non la morbidité dans la population.

## 2 | **La chronique d'un dispensaire**

C'est aux abords du terrain de golf de Dakar — dont le gazon est entretenu à grands frais en ces années de sécheresse — que les habitants des bidonvilles dakarois Champ de courses et Taïba ont été installés en 1978 à la suite d'un incendie de leur quartier. Installés, c'est-à-dire que, dans le cadre de la politique dite « de déguerpissements », une parcelle de terrain de dix mètres sur quinze a été attribuée aux chefs de famille déjà propriétaires de leur maison à Dakar. A la perspective de devoir construire sur les dunes de sable situées au nord de Dakar, la réaction des habitants de Champ de courses et Taïba avait d'ailleurs été immédiatement négative. Ils avaient formé une commission composée du délégué de quartier et de notables pour exprimer au Premier Ministre leur inquiétude : « Nous ne pouvons pas nous installer là-bas, c'est trop loin de Dakar, il n'y a ni goudron, ni eau, ni école, ni dispensaire. » Devant les promesses rassurantes des autorités et l'intimation sans appel de l'armée, les habitants avaient dû quitter leur logement dakarois pour construire en quelques jours une baraque abritant leurs quelques meubles et leur famille.

Le quartier de Golf Sud, qui appartient aux « Extensions » de Pikine, est caractérisé en 1985 par son hétérogénéité sociale, se manifestant dès l'abord par la diversité du bâti : cité Hamo, vitrine pavillonnaire établie en bordure de la route qui longe le terrain de golf, et

offrant l'apparence propre de ses maisons dont la construction rappelle plus les plans européens que l'aménagement spatial des concessions africaines ; maisons à étages appartenant, pour plusieurs d'entre elles, à des travailleurs soninké, émigrés en France, et louées à des ménages récemment installés ; constructions basses en ciment jouxtant des baraques en bois dans une même concession et témoignant d'une volonté des habitants de « durcifier » leur logement ; un peu plus loin, les premières HLM (Las Palmas) profilent leurs étages. Le quartier s'étend ainsi, régulier et hétérogène, entre la route qui joint le nord de Dakar et le centre de Pikine, et la Grande Niaye, cuvette verdoyante en contrebas où la faible profondeur de la nappe phréatique permet la culture de légumes et de riz.

Si les infrastructures (eau, électricité) ont été assez rapidement mises en place et si l'école primaire a été ouverte dès la première année, en revanche il a fallu attendre 1982 pour que le dispensaire, construit par le Projet de soins de santé primaires, soit ouvert au public, c'est-à-dire qu'un infirmier lui soit affecté. Un an plus tard, le président de l'Association pour la Promotion de la Santé réunissait les notables et les habitants pour leur demander de constituer un comité de santé assurant la gestion du dispensaire. Le contrôle du comité devenait alors un enjeu local puisque la présidence d'honneur était disputée entre les deux notables qui se déclaraient l'un et l'autre délégué du quartier et faisaient flotter, sur le toit de leurs maisons situées de part et d'autre d'une ruelle, le drapeau affirmant symboliquement leur prééminence. En fait, en deux ans, le Bureau du comité s'est réuni cinq fois, l'Assemblée générale n'a jamais été convoquée, et l'activité principale s'est résumée aux comptes hebdomadaires établis par Fatou Mbacké la trésorière, Oggi Diop le président, et Bosse Diop le chef de poste.

Au bout de trois années, le dispensaire n'a toujours pas convaincu la population. Les bancs de consultations ne sont même pas remplis le matin. Sur les vingt mères interrogées dans le quartier (deux groupes de dix, tirées au sort) dix-huit déclarent que le dispensaire de Golf Sud est le plus proche de chez elles, mais seulement sept disent y avoir recours habituellement et quatre y ont effectivement consulté à l'occasion de leur dernière maladie. La plupart du temps, elles préféreraient aller dans un autre dispensaire (au moins à trois kilomètres), ou se rendre à Dakar (à l'hôpital ou chez le médecin), alors qu'elles n'habitent qu'à une centaine de mètres du dispensaire. On pourrait penser que le meilleur niveau de vie dans ce quartier incite les femmes à

consulter plus facilement dans le secteur privé. En fait, il n'en est rien dans cet échantillon puisque, parmi les neuf femmes dont les maris sont salariés, sept ne vont pas au dispensaire de Golf Sud, contre neuf parmi les onze dont les maris travaillent dans le secteur dit informel (commerce, artisanat...). C'est donc le dispensaire qui joue comme un repoussoir plutôt que la médecine libérale qui interviendrait comme un pôle d'attraction.

Le personnel du poste de santé comprend deux infirmiers d'Etat — ce qui est exceptionnel puisque, pour vingt-quatre dispensaires en 1983, on ne comptait que neuf infirmiers —, trois « bénévoles » et un vendeur de tickets. Les infirmiers sont fonctionnaires ; les bénévoles sont rémunérés sur la base théorique de 15 % des recettes, ce qui leur donne un salaire mensuel de 5 000 F pour chacune des deux jeunes filles et 10 000 F pour Mamadou Niang, qui est père de trois enfants ; le vendeur de tickets reçoit 10 % des recettes, soit environ 10 000 F par mois.

Le chef de poste, Bosse Diop, est venu à Pikine au terme de trente-six années de pratique comme agent sanitaire, puis infirmier, enfin aujourd'hui technicien supérieur avec spécialisation en odontologie. Il habite une maison située dans l'enceinte du dispensaire où il vit avec sa femme et ses enfants. Il perçoit de l'Etat un salaire de 120 000 F à quoi s'ajoutent les indemnités de circoncision (3 000 F l'acte) et les dons des malades. Il ne consulte que lorsqu'il s'agit de soins dentaires ; pour les autres problèmes de santé, il se contente de superviser le bénévole ou l'infirmière qui assurent la consultation, leur dictant à l'occasion une ordonnance. Il est vêtu à l'occidentale le plus souvent et ne porte jamais la blouse blanche à laquelle il préfère le costume gris ; lorsque, dans les cas difficiles, on se réfère à lui, on l'appelle docteur. Il occupe la fonction de secrétaire général chargé des revendications au Syndicat des Travailleurs de la Santé, affilié à la CNTS (Confédération nationale des Travailleurs sénégalais, proche du Parti socialiste) ; il est par conséquent souvent absent du dispensaire à cause de réunions syndicales. Ainsi, malgré une présence effective peu importante, il exerce un contrôle à tous les niveaux de l'activité du poste de santé : consultations, décisions, gestion.

Les soins ont longtemps été assurés pour une bonne partie par un bénévole, Mamadou Niang. Originaire de la Région du Fleuve, c'est un Peul d'une trentaine d'années. Il est allé à l'école jusqu'au cours moyen première année, puis a travaillé comme berger pendant trois ans, avant de venir aider l'infirmier du dispensaire de son vil-

lage qui lui a prêté des livres ; c'est auprès de son successeur, un agent d'assainissement affecté au dispensaire, qu'il a appris « les piqûres et les pansements, un peu d'anatomie et à tenir les comptes ». Progressivement, explique-t-il, « j'ai commencé à consulter seul ; il y avait entre dix et quarante malades par jour ; je n'étais pas payé mais les gens donnaient quelque chose, cinquante francs, ou cinquante francs, ou une poule ». En 1981, il est venu à Dakar chercher du travail et n'a trouvé un emploi qu'au bout de six mois au dispensaire de Golf Sud qui venait d'ouvrir ; il a pu ainsi faire venir sa femme et sa fille alors âgée d'un an. Ce qu'il reçoit actuellement pour son travail représente le tiers du salaire minimum garanti au Sénégal : « Je touche dix mille francs, parfois moins ; quand on se déplace, ou bien en consultant ici, parfois les gens donnent un petit quelque chose ; je ne demande rien, si tu me donnes c'est bon. » Pour cette rémunération, il a une présence quotidienne quasi permanente, au cours de laquelle il assurait presque toutes les consultations jusqu'à l'arrivée de l'infirmière en 1984 ; depuis, il continue à donner des soins (consultations, pansements), dont la qualité est généralement reconnue par les patients qui l'appellent parfois « docteur Niang ». Mais son salaire ne lui a pas permis d'installer véritablement sa famille : il vit chez un oncle paternel à Pikine Ancien et a dû, en 1985, faire rentrer au village sa femme et ses trois enfants aux besoins desquels il ne pouvait plus subvenir. Il s'est inscrit pour le concours de l'Ecole d'Agents sanitaires de Dakar et passe ses soirées à étudier dans de vieux manuels de français et d'algèbre. Ainsi, sans aucune formation théorique scientifique, sans sécurité d'emploi, comme l'a montré la grève des professionnels de la santé de 1985 au cours de laquelle ils ont été menacés de perdre leur poste, mais aspirant à une reconnaissance de leurs compétences, les bénévoles accomplissent, dans les postes de santé, des tâches qui vont de la réalisation des injections et des pansements à l'activité diagnostique et thérapeutique de consultation, et pour lesquelles ils ne reçoivent qu'une maigre rémunération et un peu de prestige.

A quoi ressemble une journée au dispensaire de Golf Sud ? Elle commence vers 8 heures pour les malades qui viennent acheter leur ticket et vers 9 heures pour le personnel soignant. Le matin, l'infirmière d'origine guinéenne et Mamadou Niang assurent souvent la consultation ensemble : ce sont donc deux malades qui se présentent simultanément, chacun avec son accompagnateur, pour être examinés dans la petite salle où ils sont interrogés debout, les deux

soignants étant assis en face d'eux. L'examen clinique comprend un interrogatoire sommaire faisant préciser le symptôme, mais rarement les antécédents ou l'histoire ; parfois une prise de pouls ou de tension ; quant à la recherche de signes par la palpation ou l'auscultation, elle n'est réalisée que lorsqu'il s'agit d'un problème gynécologique ; dans les autres cas, le malade ne se déshabille, ni ne s'allonge pour être examiné. La consultation se termine le plus souvent par la rédaction d'une ordonnance, à laquelle on associe, pour commencer le traitement, des comprimés ou une injection qui sont donnés sur place. De l'entrée du malade à sa sortie de la salle de consultation, il s'écoule moins de cinq minutes : les études chronométriques réalisées au poste de santé de Las Palmas par B. François (1984) et au dispensaire Municipal II par G. Dallemagne (1984) montrent respectivement une durée de deux minutes et demie et trois minutes pour les nouveaux malades, une minute et demie et trente secondes pour les anciens patients ; les soins (injection, pansement) prennent en moyenne trois minutes ; ainsi, avec une attente moyenne avant la consultation qui s'échelonne entre cinq et quarante-cinq minutes, le malade passe au total moins d'une heure au dispensaire. Quelques remarques sont ici nécessaires.

Assister en observateur à la consultation d'un dispensaire, lorsqu'on est étranger, et de surcroît médecin, pose un double problème, méthodologique et éthique. En effet, d'une part il est évident que la présence de l'observateur peut modifier considérablement l'observation, l'infirmier cherchant notamment à « bien faire » son travail, comme s'il était placé devant un inspecteur, et à obtenir l'avis diagnostique et thérapeutique du médecin. Pour diminuer cette interférence observateur-observé, ou tout au moins retirer à mes visites leur caractère de contrôle, je suis venu de nombreuses fois au dispensaire sans assister à la consultation, m'entretenant simplement avec les différents agents du personnel. Ce n'est qu'au bout de trois mois, après une demi-douzaine de visites informelles que j'ai commencé à assister aux consultations, à l'écart — et sans, pour autant, prétendre faire oublier ma présence. Mais d'autre part, il ne pouvait pas être question de rester neutre ou passif, notamment de ne pas intervenir pour donner un conseil ou rectifier un traitement, lorsque j'étais sollicité devant un cas difficile ou grave. Comment ne pas suggérer un autre choix thérapeutique, par exemple, lorsqu'une jeune femme se plaignant de malaises fréquents et tenant à peine sur ses jambes, reçoit un antihypertenseur qui risque d'aggraver son état, alors qu'elle est ex-

sangue à la suite d'hémorragies abondantes secondaires à un accouchement, et qu'elle a au contraire besoin de restaurer son volume sanguin ? D'ailleurs, dans ces situations délicates, les soignants se sont toujours montrés reconnaissants de l'aide apportée. Quoi qu'il en soit, sous ces deux aspects — méthodologique et éthique —, l'observation participante dans une consultation de dispensaire est particulière par la position de l'observateur — considéré comme celui qui sait et qui sanctionne —, de l'observé — qui veut paraître ce qu'il croit être bien —, et de l'observation — où l'enjeu est la santé, parfois la vie, d'un malade. Ces remarques sur la méthode étant précisées, deux constatations peuvent être faites sur le déroulement de la consultation.

En premier lieu, la démarche du soignant face au malade va le plus souvent du symptôme au traitement, sans passer par un diagnostic de maladie ou d'étiologie ; à la différence du médecin et du guérisseur qui vont du signe à sa cause présumée, pour agir — idéalement — sur celle-ci, le soignant au dispensaire néglige, dans la majorité des cas, cette étape intermédiaire et donne par conséquent un traitement symptomatique. Cette démarche rappelle d'ailleurs les modèles largement diffusés dans le tiers monde par l'Organisation mondiale de la Santé — « conduite standardisée », « algorithme de décision ». Néanmoins, dans ces modèles, la cause probable du symptôme est prise en compte dans la construction de l'algorithme de décision : ainsi, dans une région donnée, on sait que le paludisme est une cause fréquente de fièvres aiguës, donc on décide que tout malade se plaignant d'avoir « le corps chaud » sera traité par des antipaludéens, sans procédure diagnostique ; au contraire, dans la pratique des soignants de dispensaire, il y a souvent élimination de la recherche étiologique (si, pour « le corps chaud », on donne une injection d'un cocktail vitaminique ou d'un antibiotique, c'est souvent sans notion précise de la cause de la fièvre, en l'absence d'examen clinique ou de conduite standardisée). La fréquence de la suppression de l'étape diagnostique dans la pratique d'un soignant varie à l'inverse de la durée de sa formation académique : elle est grande chez le bénévole qui a le plus souvent appris à soigner en regardant faire un autre, elle est faible chez l'infirmier qui a reçu un enseignement théorique. Cette variation tient certes à la compétence technique du soignant qui lui permet d'établir des diagnostics, mais peut-être plus encore à sa volonté d'affirmer cette compétence à travers son diagnostic ; comme le disait Bosse Diop à une réunion des chefs de poste, « écrire des symptômes,

c'est bon pour celui qui n'est pas diplômé, mais l'infirmier d'Etat, lui, sait bien reconnaître les maladies ».

En second lieu, la relation soignant-soigné à la consultation du poste de santé présente des caractéristiques qui la différencient de la relation habituelle du thérapeute — médecin ou guérisseur — avec le malade : le contact qui s'établit au dispensaire est à la fois bref, impersonnel et purement verbal. La brièveté a déjà été signalée, elle est particulièrement nette pour un patient vu pour la seconde ou la troisième fois. L'impersonnalité se traduit par la suppression de formules de salutations, l'interrogatoire simultané de deux malades ou accompagnateurs par les deux soignants, l'absence de références aux antécédents personnels ou familiaux ; elle est d'autant plus manifeste que les rares consultations personnalisées ont souvent lieu en dehors des horaires habituels (en fin de matinée ou en début d'après-midi), lorsqu'une personne amène un parent malade, en demandant à voir le chef de poste qu'il connaît à titre personnel. Enfin, l'expression même de la relation soignant-soigné se fait sur le mode presque exclusivement verbal ; le contact physique de la main qui examine est généralement absent, sauf parfois la prise de pouls ou de tension et l'examen de la conjonctive de l'œil pour y rechercher un signe d'anémie ; la distance est encore augmentée par la position des protagonistes, le malade souvent debout, le soignant toujours assis derrière son bureau, occupé à remplir le cahier de consultation et à rédiger l'ordonnance. On pourrait penser que ce mode de relation est la conséquence de la surcharge des consultations : cette hypothèse serait peut-être vérifiée dans certains dispensaires où se pressent chaque matin une centaine de malades pour un seul consultant (à Nimzatt, Deggo, Municipal II, par exemple), encore que G. Dallemagne note pour ce dernier dispensaire que, quel que soit le nombre de consultants, la durée de chaque consultation y demeure invariable (1984) ; de toute façon, elle ne peut être soutenue à Golf Sud où l'on compte une trentaine de malades chaque jour pour trois soignants potentiels.

En raison des difficultés propres à l'observation de la vie d'un dispensaire qui ont déjà été soulignées, et en particulier du temps nécessaire pour établir une relation de confiance et diminuer le poids de la présence de l'observateur, il n'a pas été possible d'avoir dans d'autres dispensaires des contacts de la même qualité qu'à Golf Sud. Néanmoins, à partir d'une dizaine de passages (observation et entretiens) dans les dispensaires de Deggo et de Daroukhane, situés, pour le premier, au cœur des quartiers irréguliers de Médina-Gounasse, et pour

le second, dans les quartiers réguliers de Guedjawaye, on peut relever des similitudes et des différences. En ce qui concerne la démarche diagnostique et thérapeutique d'une part, et la qualité de la relation soignant-soigné d'autre part, les constatations sont les mêmes, aux différences de personnalité ou de compétence près, et compte tenu du nombre beaucoup plus élevé de consultants. En revanche, en ce qui concerne la place occupée par chacun des soignants, les différences sont notables, les deux chefs de poste de ces dispensaires ayant une activité de consultation effective et leurs assistants « bénévoles » ne faisant que les remplacer en cas d'absence ; de plus, dans le cadre de leur formation, tous deux ont effectué un stage de quatre mois en médecine communautaire à l'Ecole de Santé publique d'Anvers grâce à un financement du Projet de soins de santé primaires de Pikine.

Dans ce tableau de l'activité des dispensaires, une absence peut paraître remarquable : celle des médecins. Les postes de santé fonctionnent en effet sans leur participation aux activités curatives, en dehors d'une supervision. Les six médecins du projet consultent dans les deux centres de santé (carte 3) — l'un à Pikine Ancien (Dominique), l'autre à Guedjawaye (Roi-Baudouin). Il s'agit de deux généralistes sénégalais — dont l'actuel médecin-chef du département de Pikine — et de quatre médecins belges (un généraliste chef du projet, un pédiatre, une gynécologue et un psychiatre). Chacun consulte deux matinées par semaine ; de plus, ils assurent la supervision des dispensaires, la formation permanente du personnel, les activités de recherche, et la gestion du projet ; sur ce dernier aspect, ils bénéficient de l'assistance d'un ingénieur et d'un économiste belges. En principe, conformément à la stratégie de soins de santé primaires, les médecins publics de Pikine ne constituent qu'un deuxième niveau de recours pour les cas graves ou difficiles vus d'abord au dispensaire.

### 3 | Les deux visages du privé

A côté du réseau de postes et centres de santé appartenant au secteur public, Pikine possède un secteur de soins privés, sous deux formes très différentes : les dispensaires de missions religieuses et les praticiens libéraux, travaillant en cabinet ou en clinique.

L'histoire des dispensaires privés du département de Pikine est

une histoire de pionniers. En 1958, alors que le village commence à se transformer en une petite ville de 12 000 habitants, l'évêque de Dakar, Mgr Lefèbvre, sur la demande de la communauté chrétienne, fait appel à des congrégations religieuses en Europe pour assurer le financement du dispensaire Notre-Dame du Cap-Vert qui s'installe à Khouroumar — le quartier des Maures —, à l'entrée de la ville ; à cette époque, deux dispensaires publics fonctionnent. En 1970, l'agglomération compte 130 000 habitants et s'étend vers le nord-est jusque dans les sables de Guedjawaye ; les dispensaires municipaux sont tous situés à Pikine Ancien ; pour les milliers d'habitants qui s'installent au nord de la route des Niayes, il est nécessaire de faire plusieurs kilomètres pour trouver un poste de santé ; une religieuse mariste de Khouroumar loue une maison à Guedjawaye et ouvre une consultation, assistée de deux hommes qui font les injections et les pansements, et d'une jeune femme qui assure la partie diététique ; en 1973, grâce à des dons, en particulier du Lyon's Club Baobab de Dakar, un dispensaire est construit. En 1978, sur le Front d'urbanisation à l'est, entre les quartiers de Yeumbeul et le village de Malika dont les habitations les plus périphériques se rapprochent et vont bientôt former une même agglomération, les sœurs franciscaines de Yeumbeul ouvrent le dispensaire Léopold grâce à un financement italien ; à l'époque, il est entouré par un camp militaire français, un verger et des étendues de sable avec quelques maisons ; aujourd'hui, c'est un quartier où chaque parcelle est construite. Dans les trois cas (pour le dispensaire de Thiaroye situé aux confins du noyau lébou, je ne dispose pas de son histoire), le poste de santé est construit en réponse à un besoin sanitaire nouveau et en anticipation à la croissance démographique et spatiale de la ville. Le caractère pionnier de l'entreprise missionnaire pourrait d'ailleurs également être recherché dans les expériences de centres de réhydratation de nourrissons et d'éducation nutritionnelle dans les quartiers, qui ont été reprises dans le secteur public à partir de 1975.

La différence la plus spectaculaire entre un dispensaire public et un dispensaire privé est dans le volume de la consultation : quand les postes de santé ont entre 30 et 80 malades (en comptant « nouveaux » et « anciens ») chaque jour, jusqu'à 150 pour les plus actifs, les dispensaires des missions de Pikine et de Guedjawaye en comptent chacun 100 à 150 pour les adultes et 150 à 200 pour les enfants, soit deux fois l'activité des plus gros postes publics. Dès sept heures du matin, plusieurs centaines de femmes et d'enfants attendent dans la

cour du dispensaire. La consultation commence à sept heures et demie et se termine vers treize heures. Chaque malade est vu par l'une des deux « sœurs » — selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. L'interrogatoire et l'examen sont encore plus sommaires qu'au dispensaire, d'autant que, sur le temps de consultation — une à deux minutes —, il faut prendre le temps de la traduction, lorsque des explications délicates sont nécessaires (les cinq religieuses comprennent assez bien le wolof). La somme payée est de 125 F pour un enfant, 250 F pour un adulte, et comprend le traitement pour la journée ; dans 30 % seulement des cas une ordonnance est délivrée ; le coût moyen des médicaments prescrits est de 3 200 F (tableau 2). A côté de la consultation, le centre de récupération nutritionnelle permet de garder, nourrir et surveiller les enfants malnutris (une cinquantaine) avec lesquels leur mère passe la journée ; des plats sont préparés en commun et des conseils diététiques sont donnés ; le centre est gratuit et les femmes doivent revenir chaque jour jusqu'à ce que l'enfant ait retrouvé son poids.

De quoi provient la confiance des Pikinois dans les dispensaires privés ? En effet, alors que ceux-ci ne représentent que quatre des trente structures de soins de santé primaires, ils attirent 7 % des femmes à l'occasion de leur dernière maladie — contre 40 % qui sont allées au poste de santé — et 15 % pour la dernière maladie de leur dernier enfant — contre 47 % qui l'ont conduit au poste de santé (tableau 2). Interrogées, les mères donnent plusieurs types de réponses : « elles soignent mieux », « elles donnent les médicaments », disent-elles à propos des « sœurs » ; de plus, elles leur reconnaissent une spécialité : « les maladies des enfants », et surtout la rougeole (quand leur enfant a présenté cette affection, 24 % des mères l'ont amené au dispensaire privé, alors que seulement 15 % l'ont fait pour une autre maladie infectieuse, 13 % pour une diarrhée, 10 % pour une autre pathologie). Quant au problème religieux, l'insertion des missions catholiques dans la communauté musulmane s'est faite sans difficulté, tant à Khouroumar où les Maures, nombreux dans le quartier, consultent très souvent, qu'à Guedjawaye où les Toucouleur des quartiers de Médina-Gounasse viennent préférentiellement, alors que plusieurs autres postes de santé sont plus proches — Maures et Toucouleur sont les groupes les plus anciennement islamisés vivant au Sénégal.

La médecine libérale est l'autre visage du secteur privé. Elle est récente à Pikine : le premier médecin s'y est installé en 1970, suivi par

un gynécologue en 1974 ; trois médecins ont ouvert un cabinet entre 1977 et 1979 ; le dernier en date, en 1983, est l'ancien médecin-chef du département de Pikine. Leur répartition géographique est déséquilibrée puisque quatre sont installés à Pikine Ancien, un à Thiaroye, un à Pikine Extensions ; la zone régulière de Guedjawaye et tous les quartiers irréguliers sauf Thiaroye sont dépourvus de praticiens du secteur privé ; ces trois zones d'élection sont les trois (sur huit) où le niveau socio-économique est le plus élevé (tableau 4). Leur origine est diverse : l'un est béninois mais a fait ses études à Dakar où il a été chef de service de gynécologie à l'hôpital Le Dantec de 1936 à 1952 ; un second est haïtien, généraliste, venu chercher du travail au Sénégal en 1979 et installé à Pikine directement ; les quatre autres sont sénégalais, deux Wolof, un Toucouleur et un Malinké. Tous exercent comme généralistes, mais trois ont de plus une spécialité en gynécologie-obstétrique. Tous ont un cabinet médical, mais deux ont également une clinique où ils hospitalisent des malades, et dont il est difficile de connaître le nombre actuel de lits (38 en 1983, mais la plupart ont semble-t-il été supprimés, à la suite d'interdictions judiciaires). A cet exercice privé par des médecins, il faut ajouter deux cliniques d'accouchement, dirigées par des sages-femmes, où des consultations de gynécologues et de pédiatres dakarois ont lieu ; elles sont toutes deux à Pikine Ancien dont elles viennent encore renforcer la situation prééminente en matière de structures privées ; l'une d'elles date des premières années de Pikine (1959), la seconde est d'installation récente (1983). Ainsi en 1985, la totalité des lits d'hospitalisation (médecine, chirurgie et maternité) de Pikine étaient privés, toutes les structures publiques se trouvant à Dakar ; l'ouverture d'un service de médecine disposant d'un petit nombre de lits au centre du Roi-Baudouin à la fin de 1985 devait permettre de commencer un petit secteur hospitalier public sur place, à Pikine.

Les motivations déclarées pour l'installation dans ces quartiers pourtant globalement défavorisés, donc *a priori* peu propices à un exercice libéral, sont de deux ordres (pour les six médecins et les deux sages-femmes) : d'une part, une vocation humanitaire retrouvée chez deux d'entre eux (« pour travailler dans les quartiers populaires, tout en restant près de Dakar », « parce que j'y suis plus utile qu'à Dakar ») ; d'autre part, un intérêt financier, plus ou moins nettement affirmé par les six autres (« ici j'ai moins de travail qu'à l'hôpital, je suis moins fatigué et je gagne beaucoup mieux ma vie », « mes revenus sont quatre fois plus élevés que dans le secteur

public, je regrette de n'y être pas venu plus tôt »). D'ailleurs, le degré d'investissement personnel à Pikine, tel qu'on peut le mesurer à travers le lieu d'habitation, est très faible : deux seulement y résident (et ce ne sont pas les mêmes que ceux qui déclarent œuvrer dans un but humanitaire) ; les six autres ont leur maison à Dakar. Quant à leurs itinéraires professionnels, trois des six médecins sont des retraités de la fonction publique, et deux ont donné leur démission.

Le prix de la consultation est de 3 000 F pour ceux qui bénéficient d'une protection sociale (c'est-à-dire essentiellement les salariés du secteur privé) et 4 500 F pour ceux qui n'ont pas de prise en charge ; le dimanche, il est respectivement de 7 500 et 4 800 F ; la nuit, il s'élève à 11 500 et 7 200 F. Le tarif de journée d'hospitalisation varie de 4 800 F en troisième catégorie à 12 500 F en première. Le montant d'un accouchement est compris entre 28 000 et 43 000 F selon les endroits ; il faut y ajouter cinq jours d'hospitalisation et, dans certains cas, les médicaments, soit un coût total allant de 55 000 à 100 000 F. Dans ces conditions, les 10 % de femmes qui ont consulté dans le secteur privé, à Pikine ou à Dakar, pour leur dernière maladie, et les 8 % qui y ont accouché appartiennent aux classes les plus aisées, soit salariées et couvertes par les Instituts de Prévoyance Maladie, soit commerçantes le plus souvent et ayant des revenus relativement élevés ; un cas particulier est celui des fonctionnaires et des militaires, théoriquement pris en charge par leur système d'imputation budgétaire, mais refusés par la totalité des médecins de Pikine qui déclarent n'être jamais remboursés par la Caisse de leurs patients. Actuellement, soit conséquence d'une dégradation du pouvoir d'achat des Pikinois, soit effet d'une modification de l'offre de soins avec l'ouverture de nouveaux cabinets privés et dispensaires publics, tous les praticiens du secteur libéral déclarent constater une diminution nette des effectifs de leur clientèle : dans l'un des cabinets, on est passé de 300 à 150 consultants par mois, dans un autre de 30 à 10 patients par jour, dans l'une des cliniques de 150 à 80 accouchements par mois, et ce en quelques années. De plus, en 1986, l'un des médecins a dû quitter Pikine et l'une des deux cliniques a fermé ses portes, dans les deux cas pour défaut de rentabilité. Malgré cette relative désaffection, le secteur privé à but lucratif représente environ le dixième de l'activité de soins et de maternités à Pikine. Pourtant, il n'apparaît jamais dans les évaluations officielles.

#### 4 | Le voyage à Dakar

Le quart des femmes qui ont consulté à l'occasion de leur dernière maladie sont allées à Dakar, le plus souvent à l'hôpital, parfois dans un dispensaire d'entreprise ou chez un médecin privé (enquête « Accès aux soins ») ; et bien qu'on ne dispose d'aucune donnée quantitative, les informations partielles extraites de la série d'entretiens avec des Pikinois laissent supposer que, consultant globalement moins que les femmes, les hommes consultent pourtant plus souvent — proportionnellement — à Dakar, en particulier à l'infirmerie ou chez le médecin de leur entreprise lorsqu'ils sont salariés. Mais si le recours aux soins dans la capitale doit être étudié séparément, ce n'est pas seulement parce que les structures sanitaires dakaroises ne font pas partie *stricto sensu* du système de soins de Pikine, c'est surtout parce que la démarche qu'effectue une mère pour aller à Dakar est d'un autre ordre que celle qui la conduit au dispensaire à côté de chez elle : d'abord, parce que le motif est souvent différent, impliquant la notion de gravité ou d'échec des précédents recours ; ensuite, parce que l'investissement en temps, en argent et en énergie est plus important, nécessitant la préparation morale et matérielle de ce « voyage à Dakar ». Trois exemples illustrent, parmi de nombreux autres, ces particularités du recours aux services de santé de la capitale.

Lorsque le père de Ndeye Mati s'est rendu compte que sa fille ne contrôlait toujours pas ses urines à près de quinze ans, et que les châtiments infligés par la mère restaient sans effet, il s'est mis à chercher des recours possibles. Etant retraité des chemins de fer de l'époque coloniale et portant une grande confiance à la médecine moderne, mais estimant que ce type de problème dépassait les compétences de l'infirmier du dispensaire, il s'est résolu à commencer par l'hôpital ; et comme il possède, grâce à sa retraite, une protection sociale, il a choisi l'Hôpital principal, payant mais pris en charge, et de meilleure réputation que les hôpitaux publics gratuits. Le premier jour, il est allé à Dakar seul chercher une Imputation budgétaire auprès de la Caisse de Sécurité sociale, afin de pouvoir accéder à l'hôpital. Le second jour, il est allé avec sa fille aux urgences où elle a été examinée et où des examens complémentaires ont été prescrits. Le troisième jour, il est retourné chercher une Im-

putation budgétaire pour ces examens. Le quatrième jour, il est revenu avec Ndeye Mati pour la prise de sang et un rendez-vous lui a été donné pour la radiographie. La semaine suivante, la jeune fille accompagnée par son père a pu faire cet examen. Quelques jours plus tard, le père est passé chercher les résultats des diverses investigations, puis est allé se munir d'une nouvelle Imputation budgétaire pour une seconde consultation. Lorsqu'il s'est présenté aux urgences le lendemain, avec Ndeye Mati, il a été reçu par un médecin différent qui, considérant ce premier bilan négatif, a demandé de nouvelles investigations biologiques. Un second circuit, identique au premier, a mené le père de sa Caisse de Sécurité sociale au laboratoire de l'hôpital pour y pratiquer les examens, puis y récupérer les résultats, avant de se présenter pour une troisième consultation aux urgences : cette fois, le médecin — différent des deux premiers — va demander l'avis du professeur d'urologie qui examine le dossier et l'enfant, et demande une urographie, avant d'entrer au bloc opératoire.

Lorsque j'ai vu le père de Ndeye Mati, l'histoire en était là, car le coût de ce dernier examen (55 000 F, c'est-à-dire un peu plus du double de sa retraite mensuelle, qui lui sert à nourrir treize personnes) ne lui permettait pas de le réaliser. Entre-temps, il s'était d'ailleurs laissé convaincre par sa femme d'aller voir un marabout. L'épisode hospitalier a donc duré trois semaines, dont onze journées passées à Dakar. Comme il habite dans le centre de Pikine et à une certaine distance d'un terminus routier, le transport de chez lui à l'hôpital (ou à sa Caisse) est d'environ deux heures dans chaque sens (une heure d'attente et une heure de trajet) ; à ces quatre heures, il faut ajouter l'attente à la consultation (ou à l'administration) qui n'est jamais inférieure à deux ou trois heures, d'autant plus qu'à cause de la durée des voyages, il n'arrive jamais à Dakar avant 9 ou 10 heures ; il faut donc compter six à huit heures pour chacun des onze déplacements. Quant aux dépenses occasionnées, la prise en charge ne couvrant que 80 % des frais, elle est déjà de 20 000 F (sans compter les transports), soit presque sa retraite mensuelle de 26 000 F. Au terme de ce coûteux périple, il ignore tout de la maladie de sa fille (on ne lui a rien dit et il n'a rien osé demander) et il n'y a eu aucun commencement de traitement ; pourtant, il garde confiance en la médecine hospitalière, essayant de réunir la somme nécessaire pour l'urographie.

Les deux autres exemples concernent des situations plus aiguës et

plus dramatiques. Khardiata Sy a perdu son premier enfant au village alors qu'il était âgé d'une semaine ; au troisième trimestre de sa seconde grossesse — elle a à ce moment dix-huit ans et vit dans le quartier de Médina-Gounasse —, une hémorragie abondante se produit dans la nuit ; au matin, elle part à la maternité de Pikine, distante de trois kilomètres ; devant l'importance du saignement, son transfert à Dakar est décidé ; pour payer l'ambulance et l'admission à l'hôpital, il faut 2 000 F qu'elle n'a pas ; la sœur de son mari, qui l'accompagne, retourne à leur domicile et se fait prêter la somme par des voisins ; lorsqu'elle revient deux heures plus tard, l'ambulance est partie conduire une autre malade et les deux femmes doivent prendre un taxi ; à l'hôpital Le Dantec, Khardiata accouche quelques heures plus tard d'un mort-né de sept mois ; sans discuter les conséquences médicales du retard à l'hospitalisation, ce sont plutôt le retentissement psychologique et la signification générale qui doivent être envisagés, tout comme à propos du dernier exemple. Fatou Niang avait seize ans ; une fièvre brutale accompagnée de violents maux de tête avaient conduit ses parents aux urgences de l'hôpital Fann ; trois jours consécutivement, elle s'était présentée dans un état qui s'aggravait progressivement, mais n'avait pu être admise faute de places disponibles ; le quatrième matin, le caractère alarmant de la symptomatologie entraînait son hospitalisation et dans l'après-midi, Fatou mourait de ce qui a été identifié ensuite comme une fièvre typhoïde, c'est-à-dire une maladie infectieuse presque toujours curable. Ici encore, ce n'est pas l'aspect médical, bien évidemment dramatique, qu'il s'agit de mettre en évidence, mais plutôt le fonctionnement du système hospitalier, mieux compréhensible à bien des égards à travers ces quelques cas qu'à travers les analyses purement formelles qu'on peut en faire.

Le premier exemple illustre, à propos d'une maladie chronique avec un retentissement social majeur — l'énurésie devient un problème grave au moment où l'on songe au mariage —, les difficultés d'accès aux soins dans les structures hospitalières : coût financier et humain de ces journées perdues ; dépersonnalisation des rapports avec des praticiens chaque fois différents ; absence de communication entre médecin et malade ; à quoi il faut ajouter, car il s'agit d'un service payant, la lourdeur bureaucratique de la prise en charge. Les deux autres récits mettent en évidence, à l'occasion de problèmes médicaux urgents et graves, l'inadéquation des structures d'accès aux soins hospitaliers publics : dans le premier cas, faute

d'argent immédiatement disponible, pas de transport et pas d'admission ; dans le second cas, faute de place, pas d'hospitalisation. C'est pour cette difficile accessibilité à l'hôpital que l'on peut dire que se soigner dans le service public à Dakar correspond à une démarche différente de se soigner dans son quartier et que, malgré la distance qui est seulement d'une vingtaine de kilomètres, on peut déjà parler de « voyage ».

Des 3 523 lits d'hospitalisation que comptaient les onze hôpitaux du Sénégal en 1979, 2 124 se trouvaient dans cinq hôpitaux du Cap-Vert, et en l'occurrence de Dakar, et sur les 413 médecins exerçant au Sénégal, 306 pratiquaient dans la région du Cap-Vert, essentiellement à Dakar, et pour la plupart dans le secteur hospitalier (Wone, 1984). Ce déséquilibre explique que la capitale attire les malades, aussi bien de la banlieue que des régions les plus lointaines. Dans les hôpitaux publics non payants (Fann, Le Dantec, Abass Ndao), la famille n'a que les frais d'admission et les repas à payer ; mais il est très difficile d'y obtenir une place et il y manque beaucoup de médicaments. Dans les structures payantes, publiques (Hôpital principal) ou privées (cliniques), les frais de consultation et d'hospitalisation — sur la base théorique de 5 000 à 12 000 F par jour selon la catégorie choisie par le patient — sont pris en charge à 80 % par l'Institut de Prévoyance Maladie de leur entreprise s'ils sont salariés ou (théoriquement) par l'imputation budgétaire de l'Etat s'ils sont fonctionnaires, en totalité par eux-mêmes s'ils sont travailleurs indépendants (tableau 3).

Mais il est des cas où le voyage à Dakar peut être une entreprise moins pénible et moins coûteuse. D'une part, quand il s'agit de consulter au dispensaire de l'entreprise dont les prestations (soins et médicaments) bénéficient aux salariés et à leur famille (femmes et enfants) ; ce recours représente 3 % des consultations des femmes et 2 % des consultations des enfants ; pour les hommes, la proportion doit être bien supérieure ; la situation de salarié offre, outre la relative sécurité financière, une réelle assurance maladie sous la forme de soins gratuits ou de frais remboursés. D'autre part, beaucoup de femmes consultent dans des grands dispensaires dakarois, notamment dans le quartier de la Médina, à la fois parce que beaucoup en ont pris l'habitude lorsqu'elles résidaient dans les bidonvilles de la capitale et parce qu'elles déclarent y être mieux soignées, peut-être à cause de la présence de médecins aux consultations, ce qui n'est pas le cas à Pikine.

TABLEAU 3  
*Tarification des soins au Sénégal*  
 (Tarifs syndicaux 1985 en francs CFA)

	Régime normal	Régime IPM
<i>Médecine ambulatoire</i>		
Consultation médecine générale	4 500	3 000
Visite médecine générale	7 500	4 800
Consultation spécialité	8 500	6 000
Visite spécialité	10 500	7 800
Consultation médecine générale dimanche	7 500	4 800
Visite médecine générale dimanche	11 500	7 200
Consultation spécialité dimanche	11 500	7 200
Visite spécialité dimanche	15 000	9 600
Consultation médecine générale nuit	11 500	7 200
Visite médecine générale nuit	12 500	8 400
Consultation spécialité nuit	14 000	8 400
Visite spécialité nuit	15 000	9 600
Consultation neuropsychiatrie	13 000	8 400
Visite neuropsychiatrie	15 000	9 600
Acte infirmier courant	1 250	840
<i>Médecine hospitalière</i>		
Journée d'hospitalisation :		
1 <sup>re</sup> catégorie	12 000	
2 <sup>e</sup> —	7 000	
3 <sup>e</sup> —	5 000	
Forfait 4 jours + accouchement :		
1 <sup>re</sup> catégorie	80 000	
2 <sup>e</sup> —	60 000	
3 <sup>e</sup> —	50 000	

*Note* : L'IPM (Institut de Prévoyance Maladie) est une convention qui permet à l'employé de ne payer que le cinquième de ses frais médicaux, directement soustrait de son salaire mensuel, les quatre autres cinquièmes étant à la charge de son employeur : n'en bénéficient donc que les salariés. Pour les fonctionnaires, il existe un système très proche, appelé Imputation budgétaire, mais l'employeur étant l'Etat et l'Etat ne payant plus les producteurs de soins, on aboutit, en ce qui concerne le secteur hospitalier public, à une aggravation des déséquilibres financiers, et en ce qui concerne le secteur libéral, à un refus de soigner les fonctionnaires. Pour les autres, c'est-à-dire pour la majorité non salariée, les frais médicaux sont entièrement à leur charge. Quant aux trois catégories indiquées pour l'hospitalisation, elles correspondent à des différences de qualité hôtelière (confort, propreté, alimentation) et probablement médicale.

De cette présentation du système de soins officiel à Pikine, se dégage un trait essentiel : la multiplicité et l'hétérogénéité des recours possibles. Il n'y a pas une médecine moderne, mais une multitude de pratiques médicales se référant à un corpus commun de connaissances, occupant des places différentes dans le contexte social et proposant des indications qui varient en fonction de l'expérience individuelle de la maladie. Ainsi, le dispensaire apparaît comme un recours proche, avec une option publique ou privée dépendant de nombreux facteurs — distance, argent disponible, antécédents personnels, conseils de l'entourage, type d'affection, âge et sexe du malade ; proche, le poste de santé devient dès lors familial, facile d'accès, intégré au déroulement de la vie quotidienne. A l'inverse, l'hôpital est un recours éloigné, non tant par la distance physique que par la difficulté d'y accéder ; éloigné, et en même temps lieu d'une expérience exceptionnelle et souvent douloureuse — on y adresse seulement les cas graves —, lieu sans référents culturels — on s'y perd, on n'y connaît souvent personne —, mais lieu aussi du dernier espoir — les malades qui y arrivent sont fréquemment au stade ultime de leur maladie. Quant aux pratiques libérales des médecins et des cliniques, elles sont autant recherchées comme garantie de soins meilleurs — la qualité se paie — que comme manière d'affirmer sa place dans la société — avoir les moyens de se soigner et de soigner les siens. Les comportements de recours aux soins ont en fait des déterminants beaucoup plus complexes qui font l'objet de développements ultérieurs, mais on peut déjà en discerner certains traits liés aux caractéristiques même des structures, et particulièrement à leur accessibilité physique (proche/éloigné), économique (public/privé) et sociale (familier/étranger).

## 2

# Marabouts et guérisseurs

Si la médecine officielle — celle des dispensaires et des cliniques — offre, au-delà des différences, la cohérence de ce que les responsables politiques peuvent considérer comme un système de santé, rien de tel n'apparaît parmi les thérapeutes traditionnels. L'expression même de médecines traditionnelles est d'ailleurs doublement trompeuse, puisque dans les consultations de ces gens du savoir la médecine est bien loin d'être la seule ou même souvent la principale activité, et que les capacités de transformation de ces pratiques rendent inadaptée la référence exclusive à la tradition. Ces faits ayant été souvent commentés dans la littérature anthropologique, on s'attachera ici plutôt à montrer leur traduction dans la société sénégalaise.

### 1 | Les hommes de savoir

Pour désigner celui qu'ils consultent en cas de maladie ou le malheur, les Wolof utilisent un terme générique : *borom xamxam*, l'homme de savoir. Cette notion, qui englobe un champ très vaste de connaissances et des pouvoirs, on la retrouve chez les Peul et les Toucouleur qui parlent de *gando* (avec comme corollaire *gandal*, le savoir) ou chez les Soninké qui utilisent le mot *tuwana* (tiré de *tuwaxu*, le savoir). La connaissance médicale — la possibilité de reconnaître, d'expliquer et de traiter une maladie — n'est que l'un des aspects d'une connaissance générale de la vie et du monde, tout comme les pouvoirs divinatoires et thérapeutiques ne sont que l'une des manifes-

tations de pouvoirs qui s'étendent sur la totalité du social. Certes, l'idée d'un territoire particulier — celui de la maladie — existe, et l'on parle souvent de « soignant » : *fajkat* en wolof, *caaforowo* en pulaar et *jaaranda* en soninké. Mais elle n'exprime que l'une des activités de l'homme de savoir. Partir de la notion de « guérisseur » au sens strict serait établir une artificielle solution de continuité dans les pouvoirs, en les limitant aux pouvoirs sur la maladie, comme me l'indiquaient implicitement les enquêteurs en traduisant par *borom xam-xam* le mot guérisseur que j'utilisais dans mes questions lors de mes premiers entretiens, et que je m'étonnais de ne pas retrouver sous la forme *fajkat*. Pourtant, l'idée d'un savoir qui déborde et transcende la connaissance médicale n'exclut pas la spécialisation extrême — une guérisseuse qui ne soigne que les infections des yeux par l'échage ou un thérapeute qui ne traite que les os fracturés ou déplacés —, mais même dans ces cas il est rare que cette connaissance ne soit pas inscrite dans un savoir plus vaste utilisé à des fins autres que thérapeutiques. Et à l'inverse, il est des hommes de savoir qui ne se servent de leurs connaissances sur la maladie que pour un usage privé et domestique ou qui ne soignent que par leur intercession divine, et qu'on ne désigne habituellement pas comme guérisseurs, bien qu'on y recoure comme tels.

La distinction essentielle qu'établissent les Sénégalais dans le savoir oppose un savoir positif et un savoir négatif, et recoupe une seconde distinction entre savoir islamique et savoir traditionnel (ce mot se réfère aux représentations et pratiques pré-islamiques) : *gandal ndanewal* (savoir blanc) et *gandal balewal* (savoir noir) chez les Peul et Toucouleur ; *al Qorané nkillé* (le chemin du Coran) et *imma mbinné nkillé* (le chemin des têtes noires) chez les Soninké. Certes, tout savoir traditionnel n'est pas un savoir négatif et n'implique pas son utilisation dans le dessein de nuire ; mais dès qu'il est question du savoir pré-islamique, il s'y associe la notion de forces maléfiques redoutées puisqu'on dit par exemple que, contre le *korté* d'un Bambara (pouvoir de faire le mal à distance), même le marabout ne peut rien. De même, bien que nombre de marabouts déclarent utiliser les versets coraniques pour attaquer un rival ou se venger d'un ennemi, on associe toujours savoir islamique et action positive puisque le Coran interdit l'usage des pouvoirs à des fins maléfiques. Tout guérisseur à Pikine se définit lui-même et est reconnu par les autres selon cette description manichéenne où sous l'opposition du bien/blanc/islamique et du mal/noir/traditionnel, se dessinent des rapports de forces

qui font triompher les pouvoirs du mal sur les pouvoirs du bien. Mais la détermination d'un individu par rapport à cette opposition n'est jamais statique : aussi bien dans une perspective diachronique, qui fait apparaître dans de nombreuses histoires de vie, au fur et à mesure des années de pratique, la mise à distance des pouvoirs maléfiques et la quête de la sagesse musulmane, que dans une perspective synchronique qui met en évidence, dans de nombreuses situations, la combinaison de pratiques positives et négatives, protectrices pour la victime et maléfiques pour l'agresseur.

Cette dichotomie se manifeste nettement dans les noms donnés aux hommes de savoir. Comme l'a montré E. K. Tall (1985), le système médical des Peul et des Toucouleur repose sur cette opposition du *ceerno*, marabout représentant le savoir islamique, et du *bi-leejo*, guérisseur, voire contre-sorcier représentant le savoir traditionnel ; la distinction a ici un sens très fort, étant sanctionnée par la respectabilité et la légitimité, d'un côté, par la clandestinité et la crainte, de l'autre. Chez les Soninké et les Bambara, la polarisation est aussi très forte dans les pratiques, avec d'un côté, les marabouts (*moodi* en soninké et *mori* en bambara), de l'autre, les guérisseurs utilisant les plantes et la magie noire, désignés moins spécifiquement comme soignants (*jaaranda* en soninké et *donikela* en bambara), avec éventuellement la mention de « têtes noires ». Chez les Wolof en revanche, si la distinction entre savoir islamique et savoir traditionnel est présente, elle est moins manifeste en raison du déséquilibre entre des pratiques maraboutiques officielles et des pratiques pré-islamiques soit dévalorisées (les herboristes ne connaissent que les plantes et vendent sur les marchés), soit minoritaires (les officiants rituels du *ndëp* sont des femmes et deviennent de plus en plus rares), soit extérieures (les contre-sorciers ou *biloji* sont des Haalpulaaren). Très significativement, chez les Diola, la frontière entre les deux savoirs correspond à une circonstance historique, la « mandinguisation » de la Casamance au début du xx<sup>e</sup> siècle : les guérisseurs utilisant un savoir pré-islamique sont appelés *alaapaw*, terme diola, ceux recourant au savoir coranique sont désignés comme *amuurew*, terme manding ; de plus en plus, dans le langage courant, on tend à n'utiliser que le second mot même lorsqu'il s'agit d'un guérisseur resté fidèle à la seule tradition diola.

En fait, le savoir n'est pas une notion absolue — et, *a fortiori*, la qualification d'homme de savoir non plus. D'une part, il existe un continuum entre le moins et le plus de savoir : entre la vieille femme

qui ne traite que le *xaar* (mot wolof désignant le prolapsus rectal chez les jeunes enfants présentant une diarrhée prolongée) et qui ne soigne que ses propres petits-enfants, et le marabout ou le guérisseur réputés qu'on vient voir de très loin, tous les degrés de connaissance sont possibles ; d'ailleurs, on ne peut pas juger du savoir par les pratiques, puisque, parmi les hommes les plus considérés pour leurs grandes connaissances, certains n'exercent même pas. D'autre part, la relativité du savoir se manifeste dans sa reconnaissance non universelle : tel Bambara considéré comme un grand homme de savoir par des originaires de sa région qui font des centaines de kilomètres pour venir le consulter à Dakar n'est pas connu comme guérisseur par les habitants de son quartier, en majorité wolof et toucouleur. Ainsi, le savoir d'un homme ne prend une signification sociale que parce qu'il est reconnu par le groupe ; et encore cette reconnaissance peut-elle être électorale et se manifester uniquement chez certains éléments du groupe.

Ce sont tous ces éléments dont il faut tenir compte en abordant les pratiques des thérapeutes à Pikine dans leur extrême diversité : continuité du savoir médical avec les autres connaissances sur le monde ; opposition entre savoirs islamique et pré-islamique au-delà des catégories ethniques ; relativité et subjectivité du savoir comme fait social. C'est en cela que la connaissance des pratiques thérapeutiques traditionnelles ne peut être que fragmentaire et partielle : chaque retour sur le terrain fait découvrir de nouveaux aspects et de nouveaux acteurs qu'on côtoyait depuis des mois sans les voir.

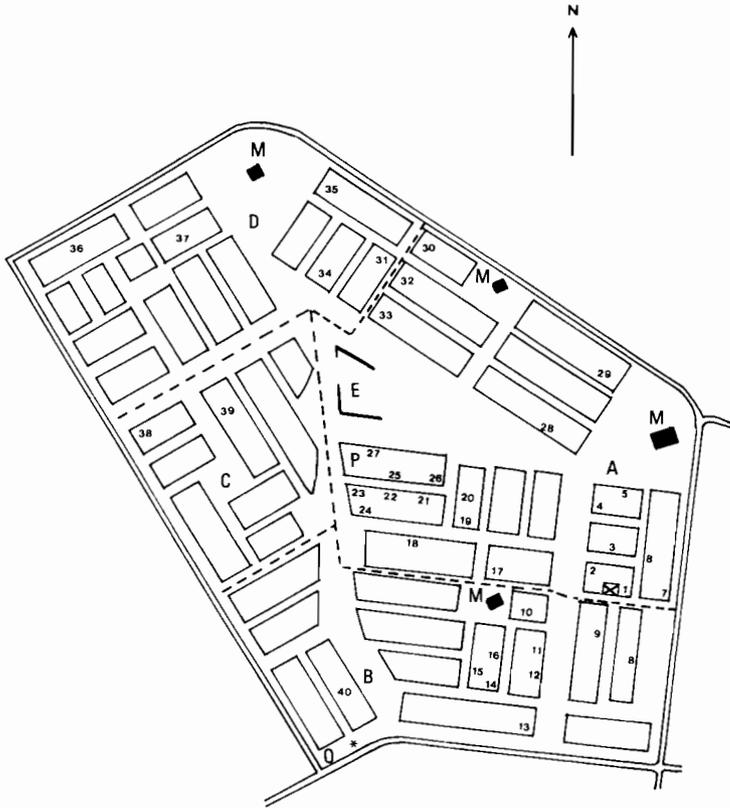
## 2 | Du côté de chez Ablaye

Au bout d'un an occupé à enquêter auprès des guérisseurs et des marabouts de Pikine, et plus particulièrement du quartier de Daroukhane II où j'avais passé une grande partie de mon temps — je disposais d'une chambre en location et de la maison amicale d'un enquêteur, Ablaye Traoré —, je me suis demandé s'il était possible de recenser, dans cette petite zone qui nous était familière, les hommes et les femmes de savoir. Sillonnant les ruelles, nous avons donc établi, grâce à la connaissance qu'Ablaye possède de ces quatre quartiers, une « carte du savoir » et un « catalogue des pratiques » (carte 4 et légende). Bien qu'un tel recensement ne prétende pas à une exhausti-

tivité absolue, il donne la description complète des hommes et des femmes de savoir pour un individu donné, sachant que, dans le cas d'Ablaye, il s'agit d'un informateur très privilégié qui réside dans le quartier depuis sa création il y a une douzaine d'années, qui en connaît nombre d'habitants depuis beaucoup plus longtemps puisqu'ils ont vécu dans le même bidonville dakarois jusqu'à son déguerpissement, et qui, enfin, a manifesté curiosité et intérêt à l'égard des savoirs et de ceux qui les possèdent bien avant nos enquêtes communes. Pour chaque personne identifiée, on peut ainsi préciser son type de pratique dominant (marabout/guérisseur), sa confrérie (lorsqu'il s'agit d'un marabout), son ethnie (en distinguant, pour les Peul, ceux du Fouta Tooro, dans la Vallée du Fleuve, et ceux du Fouta Djallon, vers le Sénégal oriental), éventuellement des précisions supplémentaires sur ses activités (imam de mosquée, chef de quartier, etc.).

Le phénomène le plus remarquable est la concentration décroissante de gens de savoir au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la maison d'Ablaye à l'exception de la zone 18 à 27 où habite le meilleur ami d'Ablaye et que celui-ci connaît par conséquent très bien) : dans un rayon de 100 m autour de chez lui, on compte un homme de savoir pour 11 concessions ; entre 100 et 200 m, un pour 16 ; entre 200 et 300 m, un pour 33 ; au-delà de 300 m, un pour 47. On peut donc proposer, comme interprétation de cet « effet-distance », que plus Ablaye est près de chez lui, mieux il connaît le quartier et moins il en ignore les gens de savoir qui, à quelques exceptions près, ne se signalent pas au premier venu. En admettant donc que c'est dans la zone la plus proche de chez lui que sa fiabilité est la meilleure, on obtient, dans un rayon de 100 m, 17 guérisseurs et marabouts pour 186 parcelles, dont 14 non construites, soit un thérapeute pour 10 concessions et environ 100 personnes. Si ce quartier était représentatif de la population pikinoise — hypothèse qu'on n'a évidemment pas les moyens de soutenir — on pourrait estimer aux alentours de 6 000 le nombre de guérisseurs et marabouts vivant à Pikine...

Dans son recensement, Ablaye ne cite pas son ami Vieux Dia dont il reconnaît pourtant les connaissances étendues, tant dans le domaine des plantes que dans l'érudition du Coran, et dont on dit qu'il est « le guérisseur des Maures » depuis qu'il a sauvé la vie de l'un d'eux. S'il ne le déclare pas comme homme de savoir, c'est seulement parce qu'il l'héberge et le considère presque comme un membre de la famille ; son savoir devient donc domestique et ne le fait pas apparaître



——— : voie goudronnée  
 - - - - : limite de quartier  
 A Daroukhane II  
 B Baye-laye  
 C Kipp km 15  
 D Daroukhane I  
 □ ilot (20 concessions)

☒ : maison d'Ablaye Traoré  
 1, 2... : hommes et femmes de savoir  
 M : mosquée  
 P : poste de soins  
 E : école primaire  
 O : point de vente illicite  
 des médicaments  
 \* : lieu de réunion des notables

CARTE 4

*Hommes de savoir de quatre quartiers de Guedjawaye*

tre comme un thérapeute. D'ailleurs, Ablaye lui-même a des connaissances coraniques, magiques et botaniques qu'il utilise dans un but thérapeutique lorsque ses épouses ou ses enfants sont malades. Pour autant, ses voisins, amis ou parents ne le consultent pas et donc ne le considèrent pas comme guérisseur. En donnant ces deux exemples de pratiques thérapeutiques à domicile, il s'agit de montrer concrètement combien le savoir est partagé, diffus, omniprésent. On pourrait même dire que tout sujet adulte possède un savoir, en généralisant ainsi la formule d'un guérisseur originaire de la Vallée du Fleuve : « Chez les Peul, une famille où il n'y a pas de savoir, ça n'existe pas ; il arrive seulement qu'on ne cherche pas à la connaître. » La question qu'on doit se poser à propos d'une personne n'est donc pas : possède-t-il un savoir ? mais plutôt : quel degré, c'est-à-dire quelle étendue, quelle profondeur, quelle spécialisation et quelle reconnaissance a-t-il dans le savoir ? Interrogation qui relativise considérablement l'esti-

(suite de la carte 4)

- |  |   |
|--|---|
| 1. Guérisseur peul (Fouta Djalon)  | 22. Marabout toucouleur   |
| 2. Marabout toucouleur   | 23. Marabout peul (Fouta Djalon)  |
| 3. Guérisseur peul (Fouta Djalon)  | 24. Marabout peul (Fouta Djalon)  |
| 4. Taalibé mouride wolof   | 25. Marabout mouride wolof  |
| 5. Guérisseuse wolof   | 26. Marabout mouride wolof  |
| 6. Guérisseur serer  | 27. Président de dahira quadir, infirmier bambara                           |
| 7. Taalibé Bay Fall wolof (ancienne maison du fils de Cheikh Ibra Fall).   | 28. Marabout toucouleur   |
| 8. Guérisseur sérer  | 29. Marabout peul (Fouta Djalon)  |
| 9. Marabout mouride wolof, imam de Baye Laye                               | 30. Marabout tidjane wolof, délégué de quartier                             |
| 10. Président du dahira layennelebou (petit-neveu de Seydina Limamou Laye) | 31. Marabout manding  |
| 11. Guérisseurs peul (Dyolof), 2 frères pratiquant dans la même maison     | 32. Président de dahira mouride, imam wolof de Daroukkane II                |
| 12. Chiropracteur manding, spécialiste des fractures et luxations          | 33. Guérisseur sérer  |
| 13. Marabout peul (Fouta Djalon)   | 34. Marabout mouride wolof (mort récemment ; sans successeur)               |
| 14. Wolof tidjane érudit du Coran  | 35. Président des dahiras tidjanes de Guedjawaye, délégué de quartier wolof |
| 15. Marabout soninké   | 36. Guérisseur bambara  |
| 16. Lebou assistant de l'imam layenne de Camberène                         | 37. Marabout soninké  |
| 17. Marabout mouride wolof   | 38. Marabout malinké (de Gambie)  |
| 18. Marabout Bay Fall wolof  | 39. Guérisseur peul (Dyolof), découvreur de voleurs                         |
| 19. Marabout peul (Fouta Djalon)   | 40. Peul (Fouta Tooro) tidjane, érudit du Coran                             |
| 20. Toucouleur tidjane érudit du Coran                                     |   |
| 21. Marabout toucouleur  |   |

*N.B.* — Lorsque la confrérie n'est pas précisée, il s'agit de marabouts tidjanes.

mation du nombre de thérapeutes proposée : à partir du recensement, en prenant une définition plus large du savoir, c'est-à-dire en intégrant toutes les connaissances médicales et leur usage privé, on trouverait probablement que presque chaque concession a « son » guérisseur ou « sa » guérisseuse.

L'enquête à Daroukhane révèle, parmi ceux qu'Ablaye — qui est soninké — désigne comme gens de savoir, une distribution ethnique particulière : treize Wolof, dix Peul, cinq Toucouleur, trois Sérér, deux Lébou, deux Manding, deux Soninké, deux Bambara, un Malinké. Le nombre élevé de Wolof correspond simplement à leur importance démographique puisqu'ils représentent 58 % des chefs de ménage à Guedjawaye dont Daroukhane est un quartier ; de même pour les Toucouleur avec 12 % et les Serer avec 15 %. En revanche, il n'y a aucun ménage peul parmi les 60 de notre tirage au sort dans ce quartier et moins de 6 % de Peul dans l'enquête de l'OMS en 1969, alors qu'ils apparaissent au second rang dans le dénombrement des thérapeutes ; la surreprésentation des guérisseurs peul est donc manifeste, en particulier ceux du Fouta Djallon, et répond bien à la réputation des Peul d'être de redoutables praticiens du savoir noir, ainsi qu'à l'affirmation précédemment citée sur l'universalité du savoir dans les familles peul. A l'inverse, l'absence de guérisseurs manjak, alors qu'il existe plusieurs familles de cette ethnie dans le quartier, illustre un autre point : catholiques et « animistes », buveurs de vin et éleveurs de porcs, les Manjak forment une minorité très à part du monde musulman où ils sont à la fois redoutés pour leurs pouvoirs magiques et méprisés pour leurs pratiques « païennes » ; travaillant avec des enquêteurs musulmans, il m'a d'ailleurs été très difficile d'établir des contacts avec leurs guérisseurs ; remarque qui permet de rappeler, s'il en était besoin, la dépendance des données — donc de la recherche — à l'égard des enquêteurs, et la nécessité d'analyser toute information à la lumière de sa procédure de recueil. Enfin, la répartition ethnique met en évidence une structure binaire qui oppose guérisseurs et marabouts selon leur appartenance ethnique : guérisseurs sérér et marabouts wolof, guérisseurs peul et marabouts toucouleur, guérisseurs bambara et marabouts soninké, comme si, pour chaque région — en l'occurrence le Centre, la Région du Fleuve et le Sénégal oriental, respectivement (on pourrait ajouter guérisseurs diola et marabouts manding, pour la Casamance) —, le partage du savoir noir et du savoir blanc, de la tradition de l'islam, se faisait d'un seul bloc.

### 3 | Les marabouts

Aucun terme désignant une catégorie d'hommes de savoir n'est entouré d'une confusion de sens comparable au mot marabout. Comme le remarquent M.-C. et E. Ortigues (1984, 217), « le terme marabout a au Sénégal une grande extension. Il désigne les vrais marabout, hommes savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement ; les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finances... ; enfin les marabouts, très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédictions ». En fait, cette opposition des « vrais marabouts » aux autres, outre qu'elle correspond à une image idéalisée et subjectivée à l'extrême, ne donne qu'une image très imparfaite de la réalité où les pouvoirs religieux sont indissociables des pouvoirs politiques et économiques.

Le mot lui-même « apparaît, en français ou en anglais, dans les relations de voyage du xvii<sup>e</sup> siècle » et correspond à « une déformation de l'arabe dialectal nord-africain *mrâbot*, qui n'est autre que l'Almoravide (*al-Murâbit*) », pour reprendre l'étymologie qu'en donne V. Monteil (1980, 154). La genèse du maraboutisme au Maghreb proviendrait ainsi « de la croyance dans les pouvoirs surnaturels des saints, de la vénération et de la crainte inspirée par les lettrés, de la nécessité d'une autorité stable et impartiale, du besoin impérieux de sécurité, d'aide économique et médicale. Un mystique débute comme ermite, et sa *baraka* le rend célèbre. Il devient indispensable à la population : il a la charge de la pluie, des moissons, des troupeaux, des maladies » (Monteil, 1980, 171). La fonction médicale n'est que l'une des fonctions du marabout qui a, par ailleurs, la charge de délivrer le message divin, d'organiser prières et rituels, de rendre la justice, d'enseigner le Coran, d'accomplir des miracles. Mais si le maraboutisme, en descendant par la Mauritanie, s'est installé en Afrique occidentale, nulle part il ne s'y est développé comme au Sénégal, touchant à tous les domaines de la vie économique et politique, publique et privée, magique et religieuse.

Le marabout est *seriñ* chez les Wolof, *ceerno* chez les Toucouleur et les Peul, *moodi* chez les Soninké, *mori* chez les Bambara, *karamoko* chez les Mandé, *amuurew* chez les Diola, etc. En fait, comme le remarquait l'abbé Boilat en 1853, « on entend, en général, par marabout un prêtre mahométan, mais il faut comprendre dans cette caté-

gorie tout homme recommandable par ses bonnes mœurs et pratiquant toutes les observances de la loi » (1984, 301). Cette acception très large rend bien compte de la respectabilité que confère le nom de *seriñ*. Plus que la caractérisation habituelle en termes de sincérité ou d'intégrité qui revient toujours à opposer les vrais et les faux marabouts, les saints et les charlatans, c'est la recherche de légitimité et de pouvoirs auxquels tout homme de savoir aspire qui semble déterminante dans l'extension actuelle du phénomène maraboutique. S'il est vrai que le terme marabout est employé de manière si peu discriminatoire, ce n'est pas qu'il perde de sa force en désignant à la fois des ascètes musulmans et des vendeurs d'amulettes, c'est qu'il gagne du sens en qualifiant de moins en moins une activité professionnelle et en signifiant de plus en plus un prestige social. Trois exemples illustrent la diversité des pratiques maraboutiques à Pikine.

Chérife Abba Aïdara est un chef religieux tidjane d'une cinquantaine d'années, originaire de Tiamkone, célèbre village toucouleur dans la Vallée du Fleuve Sénégal, où sa famille est l'une des plus vénérées du Fouta Tooro (*aïdara*, le lion, est un nom saint). Chérife Abba partage son temps entre le village où il reçoit les hommages et les offrandes de ses disciples qui lui rendent visite, de Dakar ou d'ailleurs, au moins une fois l'an pour la *ziyara* (pèlerinage), et le quartier de Médina-Gounasse à Pikine où il a une maison qui sert de lieu de prières à ses fidèles. Il effectue régulièrement des voyages à Paris et à Médine (la première fois que je l'ai rencontré, il rentrait de France, au milieu d'un cortège de luxueuses limousines noires qui tranchaient dans le décor pikinois). Il est entouré de disciples dont beaucoup sont eux-mêmes des marabouts tidjanes auxquels il enseigne les secrets du Coran. Personnage vénéré, il a trois activités principales en étroite relation avec son savoir familial : l'enseignement — exclusivement à des hommes déjà savants de l'islam ; la prière — à laquelle peut se joindre tout croyant ; les bénédictions — qui constituent son activité thérapeutique principale. Les pouvoirs médicaux de sa famille sont réputés et, lorsqu'il est au village, on n'hésite pas à entreprendre le voyage jusqu'au Fouta pour obtenir sa bénédiction.

Cheikh Khari Dia est un marabout mouride sexagénaire du quartier Bagdad II. Wolof originaire de la région de Louga, il est venu à Dakar en 1960 pour y chercher du travail. Il a d'abord été employé à la mairie, puis dans les services de voirie ; il est retraité depuis 1984 et reçoit chaque trimestre 35 000 F qui lui servent à faire vivre ses deux

épouses et les dix enfants qui sont encore à sa charge ; lorsque sa fille a été soignée pour une tuberculose que ses versets coraniques n'avaient pu guérir, il n'a pas eu l'argent pour acheter les médicaments. Il est imam de la mosquée de son quartier, fonction qu'il occupe depuis son arrivée en ville ; lorsqu'il travaillait encore, il dirigeait la prière du matin et les trois du soir ; actuellement c'est sa principale activité. Il est également thérapeute : il soigne aussi bien avec des écrits coraniques qu'il tient enfermés dans une valise qu'avec des racines qu'il place dans un cartable d'écolier sous son lit. Il détient un savoir familial qu'il dit trouver ses origines en Ethiopie, fait remonter sa généalogie jusqu'à son treizième ancêtre paternel, et se déclare un lien de parenté avec le fondateur du mouridisme Cheikh Amadou Bamba à la huitième génération. Homme pauvre et respecté, il assure sa charge d'imam avec dignité, reçoit de rares malades auxquels il donne un traitement contre de petites sommes d'argent, et possède finalement un statut social bien inférieur à celui auquel il prétend.

Mamadou Dramé est un jeune marabout manding d'environ trente-cinq ans qui vit en Casamance. Il est venu à Dakar en 1985 pendant quelques mois « pour une affaire personnelle ». Le savoir est dans sa famille depuis son arrière-grand-père, Ibrahima Dramé, qui l'avait reçu au Fouta. Mamadou s'est formé auprès de son propre père jusqu'à dix-huit ans, puis a voyagé en Mauritanie et au Sénégal où il a eu trois maîtres — manding, toucouleur et peul. Au village il a une triple fonction : direction de la prière, enseignement de jeunes disciples, et activités thérapeutiques. Ses spécialités sont « la gale (*bakotab*), le mal de ventre des femmes, les femmes stériles, les maladies du cœur, et les problèmes de justice ». A Pikine, où il est de passage, il est consulté, en raison de sa connaissance et sa sagesse, aussi bien pour des maladies que pour des questions extra-médicales. Ses clients sont des Diola et des Manding originaires de villages voisins du sien et informés de sa venue en ville. Sa réputation ne dépasse pas un cercle géographique et social limité — celui des Casamançais de la même région —, et il ne reçoit de l'argent que pour ses services rendus — enseignement ou traitement —, mais jamais d'offrande. Il vit très simplement dans la chambre où il est hébergé par des parents, et demeure avant tout un villageois, mal à son aise dans la capitale.

Trois marabouts choisis parmi une vingtaine d'autres avec lesquels des séries d'entretiens ont également été réalisés, trois cas illustrant la diversité des conditions et des pratiques des marabouts.

La référence au village est constante, mais pour Chérife Abba qui y passe la plus grande partie de son temps, c'est le village chérifien où sa famille est honorée depuis des siècles ; pour Cheikh Dia, c'est la ville sainte du mouridisme, Touba, où il n'est que l'un des nombreux disciples de la famille Mbacké ; pour Mamadou Dramé, c'est le village de ses pères où il jouit d'une autorité purement locale. A l'inverse, la ville est, pour le premier, un lieu nécessaire de réaffirmation de son pouvoir autant qu'une escale pour ses voyages lointains ; pour le second, un endroit où, attiré par la perspective d'un emploi, il est venu s'installer et où l'exercice de ses fonctions maraboutiques ne lui permet pas de s'élever au-dessus de la vie misérable du quartier ; pour le troisième enfin, un espace inconnu, marqué seulement par la présence de quelques parents, où il ne vient que pour régler des problèmes matériels et où son influence religieuse semble presque inexistante. La richesse et le faste de Chérife Abba n'ont d'égales que la pauvreté de Cheikh Dia et l'austérité de Mamadou Dramé. Le pouvoir, mesuré en nombre de disciples, culmine chez le premier dont se réclament des centaines de fidèles venant de tout le pays, atteint son point le plus bas avec le second qui n'a pas d'élèves à Pikine tout en déclarant en avoir laissé à Touba, et trouve un moyen terme avec la douzaine de disciples du troisième ; en choisissant un puissant marabout tidjane et un modeste marabout mouride comme exemplaires de situations extrêmes, il s'agit peut-être aussi de rompre avec l'image traditionnelle du richissime potentat mouride qui semble passer sous silence l'existence des jeux de pouvoirs dans les autres confréries.

Dans une perspective sociologique, plutôt que l'opposition entre les vrais et les faux marabouts (Ortigue, 1984, 218) déjà présente chez l'abbé Boilat en 1853 qui parle des « bons conseils » des uns et des « supercheries » des autres (1984, 304), la distinction selon le type de pouvoir paraît pertinente pour décrire les pratiques sociales, dans le but non pas d'établir des catégories rigides, mais de disposer les marabouts sur un continuum allant de l'influence locale au niveau du village ou du quartier à l'audience nationale, voire internationale, de quelques grands chefs religieux. Plusieurs raisons peuvent justifier cette préférence. Tout d'abord, sauf dans des cas extrêmes — et rares — de charlatanisme indiscutable (multiplicateurs de billets) ou de sainteté reconnue (ascètes), il est souvent hasardeux d'établir un jugement de valeur et de décider de l'honnêteté d'un marabout : pour les trois exemples présentés, il n'y a aucune raison de mettre en doute

la fidélité à l'islam de chacun d'eux, même s'il est par ailleurs évident que l'usage social qu'en fait Chérife Abba lui assure des avantages matériels bien supérieurs à ceux que procurent à Cheikh Dia et à Mamadou Dramé leurs fonctions d'imam. De plus, si la distinction des marabouts selon leur intégrité ne fait qu'introduire une subjectivité qui ne facilite aucunement la lecture sociale du phénomène — nombre de Pikinois déclarant se méfier des marabouts en général, mais les consultant en particulier chaque fois qu'ils ont « un besoin » —, en revanche, leur pouvoir donne la mesure de leur importance sociale et du rapport qu'ils établissent avec les autres membres du groupe — qu'il s'agisse de leurs disciples, de leurs égaux ou de leurs rivaux. Enfin, à ces différences de pratiques sociales correspondent des différences de pratiques thérapeutiques : plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (prières) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance (plantes) ; les mots de Chérife Abba se suffisent à eux-mêmes, ceux de Cheikh Dia ont besoin d'un support matériel qu'il s'agisse de grigris contenant ses écrits ou des racines sur lesquelles il prononce des versets.

Comme soignant, le marabout intervient aux différents temps de la cure — reconnaissance, explication, traitement —, et c'est la divination qui assure l'unité de cette triple action. La principale distinction entre les techniques vient de leur caractère diurne ou nocturne, c'est-à-dire de la force qu'ils exigent de la part du devin. La divination la plus courante, la moins exigeante et la moins coûteuse se déroule au cours de la consultation : c'est le *gisaané*, terme générique désignant l'ensemble des techniques de voyance, quel qu'en soit le support. Il peut s'agir de figures réalisées par des cauris jetés sur le sol ou des morceaux de bois flottant sur l'eau, également de dessins sur le sable ou sur une feuille de papier ; la seule technique pouvant se réclamer de l'islam est celle qui consiste à écrire, sous forme numérique et tabulée, les noms de Dieu ou des prophètes, associés aux caractéristiques du demandeur (nom, âge, nom des parents), et à « calculer » l'interprétation de la maladie ; cette technique, *xaatim*, est voisine de la géomancie décrite par C. Monteil au Mali (1931). Des études de cas viendront ultérieurement expliciter ces techniques, mais la séquence générale en est la suivante : le malade se présente, déclare seulement qu'il a « un besoin », souffle celui-ci sur l'objet qui servira de support à la divination ; le marabout reprend l'objet et interprète à

partir d'une figure (cauris sur le sol ou morceaux de bois sur l'eau) ou d'un algorithme (calcul sur le sable ou sur un tableau). L'autre divination, qui nécessite un investissement spirituel plus fort du marabout et financier plus grand du demandeur, est le *listikar* (il existe plusieurs écritures de ce mot qui vient de l'arabe) : c'est un rêve nocturne, nécessitant une double préparation — purification du corps par un bain et de l'âme par une récitation d'un verset — la solution du problème apparaît sous forme symbolique (l'eau vue en rêve fait espérer la guérison par exemple) ; le lendemain, le malade revient voir le marabout qui lui indique trois réponses — la maladie, les chances de guérison, les thérapeutiques à utiliser. Quelle que soit la méthode, c'est de la divination que découle le traitement. Le seul cas où n'interviennent pas ces techniques est la sollicitation d'un grand marabout — Chérifé Abba par exemple —, auquel on demande non pas une consultation, mais seulement une bénédiction qui assure une protection générale plutôt qu'une cure particulière.

#### 4 | Les guérisseurs

Si la catégorie des marabouts recouvre une grande diversité de pratiques — sociales autant que thérapeutiques —, celle des guérisseurs est encore plus variée et plus hétérogène. Alors que, chez les marabouts, la référence — plus ou moins explicite — à l'islam était constante et fournissait un trait d'union au-dessus des différences individuelles, chez les guérisseurs, au contraire, il n'y a plus de référents communs puisqu'il en existe autant que de groupes ethniques, et bien souvent de sous-groupes locaux — phénomène particulièrement remarquable chez les Diola où les coutumes et même la langue peuvent varier d'un village à un autre. C'est pourquoi toute présentation générale des guérisseurs des villes ne peut être que la simplification d'une réalité dont la complexité ne sera qu'entrevue à travers ces fragments, mais prendra corps dans les études de cas ultérieures.

Archétype du guérisseur, le *bileejo* est l'homme du savoir noir chez les Peul et les Toucouleur. Devin, magicien, herboriste, il peut être aussi chasseur de sorciers, *bileejo sukuñaabé*. Pour E. K. Tall (1984), il s'oppose au marabout comme le savoir païen au savoir islamique, comme le caché au reconnu ; au Fouta-Toro, il a sa maison à la périphérie du village quand les marabouts ont la leur près de la mosquée ;

on le consulte en secret alors qu'on se montre chez le marabout. A la ville, il est redouté mais sans prestige, et le respect qu'il inspire est dû seulement à la crainte de ses pouvoirs magiques. Demba Sall est le contre-sorcier le plus réputé de Nimzatt, à Guedjawaye. Bien qu'il puisse soigner, par les plantes et les incantations, de nombreuses maladies, sa renommée lui vient des cas de sorcellerie qu'il a su guérir depuis trente ans qu'il réside en ville. Ceux et celles (la sorcellerie prend surtout des femmes comme victimes) qui ont été délivrés de leur sorcier deviennent parfois ses disciples ; il leur enseigne les incantations pour se protéger, et à certains il apprend même comment chasser les sorciers à leur tour. C'est un homme modeste — il ne dit pas guérir toutes les maladies et reconnaît ne pas savoir traiter la lèpre (*baras*) — qui vit dans une baraque en bois. Parfois, on vient chez lui pour recevoir des soins, mais souvent c'est lui qui se déplace lorsqu'il s'agit d'attaques graves de sorcellerie : pour connaître la cause du mal, il utilise dans certains cas des techniques de divination comme la poudre sur l'eau (*sunguf*) ou le rêve nocturne (*listikar*), mais il a surtout le don de lire la sorcellerie dans les mains de la victime ; une fois la cause établie, il soigne par des attouchements sur la tête accompagnés d'incantations (*mocculé*) et par des inhalations de plantes qu'il fait brûler (*leddé*). Bien que détenteur d'un savoir interdit par la religion, il est un bon musulman, fait ses cinq prières quotidiennes, va à la mosquée ; il dit ne pas savoir le Coran, mais connaît le chapelet. Il lui arrive de soigner des marabouts, ou leur famille, et raconte volontiers l'histoire suivante : il avait traité à Dakar une femme victime des sorciers ; des voisins sont allés le dénoncer au marabout qui leur a alors déclaré que Demba n'avait pas péché devant Dieu, puisqu'il avait soigné une femme dans le besoin sans la faire payer.

A côté de ce savoir pré-islamique exclusif du *bileejo*, on trouve très souvent, chez les guérisseurs, un mélange de connaissances ancestrales et d'emprunts coraniques. Ainsi, Diakaria Diara est un Bambara du Sénégal oriental venu à Pikine passer quelques mois en période de « soudure » pendant laquelle il n'y a plus d'activité agricole au village et dont il profite pour tirer quelques profits de son activité de soignant. Il a appris auprès de son père, puis de quatre grands maîtres de savoir au Mali ; de sa mère soninké, il a reçu des dons de voyance. Son savoir est essentiellement traditionnel, de même que ses pratiques thérapeutiques qui reposent sur la pharmacopée villageoise et la confection d'amulettes, mais il utilise des techniques de divina-

tion musulmanes : calculs à partir des noms des prophètes (*xaatim*) et visions nocturnes (*listikar*) dont la préparation mentale et corporelle est conforme aux prescriptions islamiques, mais dans laquelle l'intermédiaire est un génie familial (*bisira*). La compétence de Diakaria s'étend à toutes les maladies : il soigne aussi bien les maladies des *jinné* (savoir blanc) que des sorciers (savoir noir) ; il guérit la lèpre, l'impuissance et les maladies des hommes, la stérilité et les maladies des femmes. Ses traitements comprennent toujours des plantes (à boire en décoction ou infusion, à utiliser pour se laver le corps, à inhaler sous forme de fumigations) et des incantations (à réciter en touchant la partie malade).

Le savoir du guérisseur, mélange de tradition et d'islam, de la plante et du verbe, est d'autant plus valorisé qu'il est plus secret, ou plus exactement qu'il est plus riche de secrets. En cela, le savoir de l'herboriste qui vend, sur les marchés ou dans les rues, racines, feuilles, poudres et cornes, est un savoir jouissant généralement de peu de considération. S'il connaît les indications de ses plantes, l'herboriste est un marchand plutôt qu'un guérisseur, *jaaykat* plutôt que *fajkat*. Ainsi, Mamadou Ndiaye, Sérère originaire du Baol, a un étal depuis quinze ans sur le marché de Thiaroye-gare où il est présent chaque jour toute la journée. Pour certaines plantes, c'est lui-même qui va les cueillir, mais la plupart lui sont apportées par des marchands ambulants qui font le tour des marchés avec leurs sacs de racines et de feuilles. Assis derrière son étal situé en face d'une échoppe de tailleur et à côté d'un marchand de quincaillerie, il vend aux femmes qui font leur marché et aux hommes qui déambulent dans les allées. Le plus souvent, ses clients lui désignent une plante qu'ils désirent acheter, parfois ils demandent conseil en expliquant un symptôme. Au moment du paiement, il y a fréquemment marchandage, ce qui montre que les racines et les poudres ainsi vendues sont considérées comme des produits de consommation suivant les lois du marché, et non des substances ayant en soi une activité magique dont le prix ne pourrait pas, en principe, être discuté.

Si beaucoup de guérisseurs ont une pratique générale, déclarant soigner la plupart des maladies, mais également apporter la réussite ou le succès, certains ont au contraire une spécialisation. Lamine Sarr est un chiropracteur qui soigne les os fracturés ou déplacés ; originaire de Haute-Gambie, c'est un Manding dont le savoir est transmis dans le patrilignage ; mais, depuis l'introduction de l'islam, il joint à la manipulation la récitation de versets du Coran ; il est retraité et il

soigne chez lui ; il voit une dizaine de cas par semaine (il s'agit d'entorses, de fractures et de luxations) ; il demande 500 F à chaque fois. Sérigne Diagne est un guérisseur wolof installé sur le marché Kermel de Pikine : il est spécialisé dans deux maladies de l'enfant : *saatu denn* — l'enfant vomit tout ce qu'il mange — et *xaar* — l'enfant a un prolapsus du rectum au cours d'une diarrhée prolongée ; dans le premier cas, où l'on dit que c'est la pointe du sternum qui est « rentrée », il attache une cordelette avec des nœuds (*fas*) autour du cou avec, en pendentif, un coquillage qui repose sur la poitrine ; dans le second cas, il noue la cordelette autour des reins et donne une poudre à mélanger avec du lait ; les femmes viennent le consulter avec leur enfant au marché où il a une baraque comme certains vendeurs ; ses soins coûtent 50 à 500 F. Ndoumbé Faye est une vieille Wolof qui traite les maux de dents, d'yeux et d'oreilles à Pikine Ancien, sur le marché Syndicat ; elle utilise un rameau feuillu qu'elle trempe dans l'eau et avec lequel elle asperge le visage (*bacc*) ; puis elle masse doucement avec ses doigts en insistant sur la partie malade ; au fur et à mesure que l'opération progresse, les graines du *mborbor* (*Lippia Chevalieri*, thé de Gambie), qu'elle a jetées dans sa bassine à l'insu du patient, gonflent et forment de petites boules blanches centrées par un point noir qu'elle lui présente comme étant le résultat de cette action purificatrice ; elle a une dizaine de malades chaque matin ; elle fait payer 500 F son traitement.

Parmi les savoirs spécialisés, il en est un particulier, à la fois parce qu'il concerne essentiellement deux groupes — les femmes et les enfants —, et parce qu'il est pratiqué généralement par des femmes. Ce qui touche à la relation materno-infantile, c'est-à-dire à la grossesse et à la petite enfance est l'affaire presque toujours de guérisseuses-matrones. Il s'agit bien d'ailleurs des événements liés à la maternité et non à la féminité, car les « maladies des femmes », qu'il s'agisse de troubles des règles ou des douleurs pelviennes ou même de stérilité, sont souvent affaire d'hommes, en particulier de marabouts. Ces guérisseuses connaissent les maladies et les malheurs qui peuvent survenir pendant la grossesse et la petite enfance, ainsi que les techniques de l'accouchement ; certaines d'entre elles ont d'ailleurs bénéficié de cycles de formation dans des maternités officielles où elles ont acquis des rudiments de savoir obstétrical scientifique, en même temps qu'une reconnaissance officielle par un diplôme. Bien qu'elles aient le plus souvent une notoriété locale — dans leur famille, leur village, leur quartier —, certaines ont acquis une réputation nationale comme

la guérisseuse diola du Cap-Manuel, à la pointe de la presqu'île de Dakar.

Certaines pratiques ne ressortissent pas au domaine de la maladie et n'offrent pourtant aucune solution de continuité avec les activités thérapeutiques, tant pour les soignants que pour leurs clients : il s'agit des domaines de la réussite et de la justice. Le plus souvent, pour le thérapeute — marabout ou guérisseur — il ne s'agit que d'une de ses fonctions sociales — à côté de celle de soignant proprement dit. Parfois, au contraire, il y a spécialisation dans l'un de ces deux savoirs. Ainsi, El Hadji Balla Sow est un Peul du Dyolof qui passe la plus grande partie de l'année avec son troupeau ; il séjourne à Pikine, chez un ami guérisseur, de mai à juillet pour « vendre la chance » ; à ceux qui achètent sa poudre à base de racines et ses cordelettes nouées, il promet la prospérité ; quoique non islamique, son savoir est blanc car il n'est dirigé que vers le bien ; ses pouvoirs de *canaraajo* lui viennent par héritage paternel et il les a lui-même transmis à ses fils ; « en ville, il y a plus de richesse, il y a plus de monde, c'est mieux qu'au village », c'est pourquoi il passe chaque année trois ou quatre mois à Pikine. Matar Mbaye, lui, est un Wolof de la ville, réputé pour son pouvoir de démasquer les voleurs par le *gendel* ; on l'appelle parfois *seriñ*, bien qu'il n'ait aucun savoir coranique particulier, mais pour lui témoigner du respect ; il fait partie des hommes de savoir au même titre que les guérisseurs : lorsqu'il est sollicité pour rendre la justice, il réunit les possibles coupables et leur fait successivement placer une main entre deux baguettes flexibles dont les extrémités reposent sur sa poitrine et celle de sa fille ; si les baguettes se rapprochent jusqu'à emprisonner la main, l'accusé est coupable ; si les baguettes s'écartent, elles disculpent l'accusé ; au moment où s'accomplit le jugement des *gendel*, il prononce un verset coranique ; il dit être le seul à posséder ce pouvoir au Cap-Vert.

Mais parler de ces hommes et de ces femmes de savoir réputés, vivant parfois de leur seule pratique médicale, ne doit pas faire oublier qu'une grande partie des soins — 70 à 90 % d'après A. Kleinman (1978) — sont donnés dans le secteur populaire — *popular arena* — c'est-à-dire à l'intérieur du réseau familial et social, sans recours au guérisseur, au marabout ou au dispensaire. La fréquente présence de « vieux » et de « vieilles » dans les familles citadines et la détention de savoirs par beaucoup d'hommes et de femmes qui « s'intéressent à la tradition » font que l'événement produit par la maladie amène l'entourage proche du malade à se manifester sous forme de conseils et de

soins, et à révéler des connaissances qu'il est dangereux ou malséant d'exhiber en dehors de ces situations de nécessité. Parents, amis, voisins, hébergés, montrent ainsi leur sollicitude au malade qui évitera peut être ainsi le recours aux spécialistes. Cette notion de savoir médical est d'ailleurs encore plus complexe puisqu'un individu peut être considéré comme un guérisseur en dehors de son milieu alors même que son entourage néglige ses conseils. Ainsi, Vieux Dia dont les voisins et amis écoutaient à peine les avis thérapeutiques, alors qu'il était réputé chez les Maures des quartiers environnants pour ses connaissances médicales.

Si l'on classe les guérisseurs selon leurs activités, on pourra donc opposer des « généralistes » et des « spécialistes ». Si on les distingue d'après leur insertion en ville, on parlera de citadins installés et de ruraux de passage. Si on les range en fonction de leurs connaissances, on mettra à une extrémité le contre-sorcier, et à l'autre le marabout. Si on les étudie dans une perspective professionnelle, on donnera une place différente au guérisseur qui en fait son activité et ses ressources principales, et au guérisseur qui voit occasionnellement un malade après sa journée de travail à l'usine. En fait, l'hétérogénéité des pratiques est telle qu'aucune classification n'est pertinente, d'autant que, pour chaque ethnie, le système médical repose sur des modèles différents : multiplicité des rituels chez les Diola (Thomas, 1959), prééminence du *ndèp* et de ses variantes chez les Lébou (Zempléni, 1966), importance des génies du Fleuve chez les Soninké. Même, on trouve des variations dans les modèles à l'intérieur d'une ethnie, en fonction de la caste ou du statut social, comme chez les Toucouleur où le monde des représentations et des pratiques autour de la maladie diffère chez les pêcheurs, les guerriers, les artisans et les marabouts, chaque groupe ayant ses spécialisations dans le champ thérapeutique, aussi bien que dans les autres activités sociales (Tall, 1984). Ici encore, dans une perspective sociologique, les classifications — comme celle que propose D. D. O. Oyebola (1980) pour les Yoruba du Nigeria — n'apportent rien de plus qu'une vue purement descriptive des pratiques, sans en saisir la complexité, et pour satisfaire au seul désir de les systématiser. Au contraire, interpréter la situation sociale des guérisseurs en fonction de leur influence, de leur légitimité, de l'usage social qu'ils font de leur savoir, c'est-à-dire finalement rendre compte de la signification sociale du thérapeute en termes de pouvoirs, permet de comprendre les enjeux autour de la maladie qui dépassent largement le champ de la médecine.



## 3

# Pharmaciens et colporteurs

Le découpage établi entre, d'un côté, les médecins et les infirmiers, et, de l'autre, les marabouts et les guérisseurs, se fonde sur deux principes de distinction : l'opposition moderne-traditionnel dont J. Goody a montré qu'elle s'enracinait toujours « dans une opposition Nous/Eux » (1977, 1) ; et l'opposition officiel-officieux, c'est-à-dire le rapport à l'Etat comme « source unique de légitimité », pour reprendre les termes de M. Weber (1968, 666). Autrement dit, ce schéma revient à mettre dos à dos les thérapeutes modernes reconnus par l'autorité publique et les thérapeutes traditionnels sans droit légal à l'exercice de leur activité. Mais les faits résistent à cette analyse : si l'on parvient en effet sans peine à différencier, selon ce double critère, le chirurgien ou le psychiatre de l'hôpital de Dakar et le contre-sorcier ou l'herboriste des quartiers de Pikine, en revanche il est des situations où l'on ne sait plus où classer des pratiques thérapeutiques (sont-elles modernes ou traditionnelles, officielles ou officieuses ?). C'est le cas de la vente des produits pharmaceutiques au Sénégal, et particulièrement de ses pratiques illicites.

### 1 | La valeur du médicament

L'un des aspects essentiels du recours aux soins, à la fois par ses implications socio-économiques et par ses applications à la santé publique, est l'accès au médicament. Pour la plupart des Pikinois, en ef-

fet, la difficulté matérielle à se soigner ne tient pas à une absence de consultation, mais plutôt à une impossibilité d'acheter les médicaments prescrits : le coût moyen d'une ordonnance — 3 200 F à 13 400 F selon le prescripteur (tableau 2) — donne la mesure de l'impact des médicaments sur le budget du ménage. Pourtant, tout est mis en œuvre afin de réunir les sommes nécessaires à l'achat de médicaments : quel que soit son coût, l'ordonnance est le prix à payer pour obtenir la guérison.

Avant d'analyser les réseaux de distribution, il n'est sans doute pas inutile de préciser l'importance symbolique du médicament en Afrique. Introduit à la période coloniale, il est l'image de la médecine blanche et de la science moderne ; lors de mes enquêtes à Pikine, le don de médicaments à un guérisseur ou à un malade avait plus de valeur que la somme équivalente, quand bien même le produit n'était pas ressenti comme nécessaire, et alors que l'argent faisait parfois cruellement défaut. D'ailleurs, dans un système de soins qui associe plusieurs types de médecines, la domination du système médical moderne est renforcée par la valorisation des pratiques des classes aisées et occidentalisées qui recourent aux soins des cliniques et des pharmacies : un homme acquiert ainsi du prestige en achetant des médicaments à sa famille à laquelle il permet d'avoir les meilleurs soins ; c'est de cette façon ostentatoire et généreuse que l'un des enquêteurs dépensait chaque mois près du quart de son salaire.

Mais parallèlement, cette importance symbolique du médicament est efficacement entretenue à la fois par les pratiques des médecins et par les politiques des laboratoires pharmaceutiques. D'une part, pour les médecins exerçant à Pikine, la prescription consacre le savoir : l'ordonnance non seulement doit être longue, mais elle doit aussi être coûteuse. D'après les nombreuses ordonnances présentées lors des enquêtes, on constate que la longueur et le coût augmentent avec la qualification (médecin/infirmier) et varient selon le mode d'exercice (privé/public). L'option pour la quantité, indépendamment de la qualité, est manifeste dans la prescription fréquente de plusieurs produits ayant la même indication, voire la même composition, mais vendus sous des noms différents ; de même, la préférence pour les prix élevés, sans justification médicale, apparaît dans le choix des médicaments les plus chers parmi les équivalents chimiques. D'autre part, pour l'industrie pharmaceutique, la publicité permet de modifier à son gré l'image du médicament. Ainsi, une affiche sur le mur de la salle de consultation d'un dispensaire de Pikine propose-t-elle un produit vendu par un labo-

ratoire français contre « anxiété-trac-jalousie-troubles sexuels » (énumération qui évoque le texte des cartes de marabouts parisiens) ; une autre montre un taureau, symbole de puissance, pour vanter une association vitaminique contre la fatigue physique, psychique et sexuelle (un produit concurrent utilise une photographie d'étalon).

C'est dans ce contexte — où le médicament est beaucoup plus qu'un produit délivré en officine — que fonctionnent les circuits de distribution des médicaments à Pikine. Pour y accéder, la population a trois possibilités : les dispensaires où les médicaments disponibles sont donnés le plus souvent, parfois achetés (60 F pour 10 comprimés de nivaquine), mais où une ordonnance vient souvent compléter le traitement ; les officines de pharmacie où les produits sont vendus selon un barème national ; enfin, les vendeurs illicites, ambulants ou fixes, circulant dans les rues ou installés sur les marchés. Les médecins privés donnent exceptionnellement des médicaments (trois parmi les six signalent qu'ils distribuent des échantillons gratuits à des malades nécessiteux) ; mais paradoxalement, ils se disent choqués par l'absence de médicaments dans le secteur public (« au dispensaire, les gens paient cent ou deux cents francs, mais avec cela ils n'ont qu'une ordonnance qu'il faut acheter », déclare l'un d'eux dont la consultation est fixée à 3 000 et 4 500 F et... ne comprend pas le traitement).

Les médicaments vendus au Sénégal proviennent soit de l'importation de produits pharmaceutiques par les grandes firmes européennes ou américaines, soit de la production sur place, sous licence de ces firmes, par la Société industrielle pharmaceutique Ouest-Africaine (SIPOA). Le secteur public (hôpitaux et dispensaires) peut bénéficier des prix préférentiels de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA) et de la SIPOA. Le secteur privé et les particuliers ne peuvent pas accéder à ces structures nationales, mais seulement aux officines — seul cadre légal —, et aux colporteurs — pratique illicite.

## 2 | Les officines privées

Six pharmacies sont implantées à Pikine en 1985 (une septième se trouve à Thiaroye-sur-Mer, un peu en dehors de la zone étudiée). Leur répartition est pratiquement superposable à celle des médecins et cliniques, c'est-à-dire exclusivement dans les quartiers les plus favo-

risés. La situation exemplaire de deux des six pharmaciens illustre les deux aspects de la profession : le commerce et le conseil.

La pharmacienne de la route des Niayes est la présidente de l'Ordre des Pharmaciens. Elle est la plupart du temps à Dakar et ne vient à Pikine qu'en fin de journée pour contrôler la gestion. Elle ne sert jamais de médicaments. Ses cinq vendeurs n'ont pas de formation particulière, mais ont appris le commerce en le pratiquant ; ils ne donnent en principe pas de conseils, si ce n'est pour suggérer de choisir, entre deux produits équivalents, le plus cher ; ils ne délivrent pas de médicaments sans ordonnance. La fonction de pharmacien est ici de vendre, l'absence de qualification des vendeurs ne permettant pas le conseil thérapeutique. Dans cette perspective commerciale, des aménagements financiers sont même offerts à des clients connus qui bénéficient d'un crédit gratuit et ne paient qu'à la fin de chaque mois.

Le pharmacien de Golf Sud s'est installé en 1984. Ancien assistant de la Faculté de Pharmacie de Dakar, il a étudié les pharmacopées traditionnelles et a enseigné la pharmacologie moderne. Il a quitté la Faculté pour gagner mieux sa vie, mais s'intéresse à la vie du quartier où il travaille. Il est présent toute la journée et toute la semaine dans son officine, secondé par trois aides. Il conçoit sa tâche comme essentiellement thérapeutique : il conseille des médicaments en fonction des symptômes quand un malade se présente sans prescription médicale, choisit sur une ordonnance les produits lui paraissant les plus importants lorsque le client ne peut tout acheter, parfois fait lui-même les injections. Mais il ne néglige pas l'élément lucratif, gère une affaire prospère et même envisage de réaliser quelques examens biologiques simples. Désir de soigner et esprit d'entreprise se confondent.

Ces deux aspects ne sont pas toujours aussi harmonieusement liés, comme le révèlent les entretiens avec les pharmaciens. Assez semblables en cela aux cliniques privées, les officines sont conçues par leurs propriétaires, soit comme un lieu de commerce — ce dont témoignent l'absence de personnel qualifié pour vendre, la fonction exclusivement gestionnaire du pharmacien, et le développement du marché des produits parapharmaceutiques (cosmétiques notamment) —, soit comme un lieu d'exercice professionnel — où la fonction de conseil, voire de consultation, est le corollaire de l'activité marchande. Néanmoins, dans les deux cas de figure, la fonction technique du pharmacien — pour laquelle il a reçu une longue formation universitaire — a totalement disparu : aucune officine pikinoise (et très peu à Dakar) ne réalise les préparations, même simples, qui ont longtemps constitué

l'activité noble du pharmacien en Europe. Phénomène d'ailleurs également observé en France, où « la longueur des études pharmaceutiques et leurs difficultés ne semblent trouver leur justification que très partiellement dans la compétence technique exigée par l'activité professionnelle » (Aïach, 1974).

La fonction commerciale du pharmacien est protégée juridiquement par des lois concernant la vente illicite de médicaments, très peu appliquées dans les faits ; d'ailleurs, l'entretien avec la présidente de l'Ordre montre que le commerce sur les marchés et dans les rues est largement ignoré (dans les deux sens du mot : on n'en sait très peu de chose, et ce qu'on en sait on ne le voit pas) par les responsables de la profession. Mais la fonction commerciale est également régie par un système de fixation des prix des médicaments et surtout par l'établissement d'une « liste sociale de 120 médicaments » pour lesquels les marges bénéficiaires sont très faibles : ces produits, déterminés par une commission nationale comme « essentiels », permettent de traiter, à un coût réduit pour les populations, la plupart des affections courantes. En fait, la quasi-totalité des médecins ne connaissant pas l'existence de cette liste ou préférant prescrire d'autres médicaments équivalents à ceux de la liste, l'intérêt de cette mesure est très limité.

La fonction soignante comporte plusieurs aspects : l'explicitation de l'ordonnance pour les modalités d'administration des médicaments, la sélection des produits considérés comme les plus importants à l'intérieur d'une prescription trop coûteuse pour le client, l'application de certaines mesures prescrites, en particulier les injections, voire la consultation, c'est-à-dire les conseils de traitement à partir des symptômes déclarés par le malade. Dans le Code de l'exercice de la profession de pharmacien, seul le premier, et à la limite le second aspect, sont clairement autorisés ; cependant, les deux derniers aspects font partie à la fois des services rendus à la population et des moyens d'entretenir une clientèle.

En somme, des trois fonctions de la pratique en officine, l'une, technique, a presque complètement disparu, l'autre, soignante, varie considérablement selon l'investissement personnel du pharmacien, et seule la dernière, commerciale, reste importante et se développe même, avec la vente de produits parapharmaceutiques. Ces conditions de distribution du médicament dont la valeur marchande concurrence, à la fois pour le pharmacien et pour son client, la valeur thérapeutique, est à prendre en compte — même si elle ne l'explique pas — dans le développement de la vente illicite des médicaments.

### 3 | La vente illicite

Le commerce illégal des produits pharmaceutiques semble très répandu en Afrique (Michel, 1985). Au Sénégal, il existe sur tout le territoire, et particulièrement dans les villes, où l'on trouve trois types de pratiques, en fait étroitement liés les uns aux autres : la vente sur des lieux fixes (le plus souvent marchés) ; le commerce semi-fixe sur de petits étals (en général au coin des rues) ; enfin, le colportage par des marchands ambulants qui circulent dans les quartiers (notamment irréguliers).

L'étude d'une pratique illégale, aussi connue soit-elle de tous, pose des problèmes méthodologiques particuliers, liés à la méfiance des enquêtés pour qui tout regard sur leurs pratiques constitue une dangereuse inquisition. Sur la vente illicite des médicaments, plusieurs articles de la presse quotidienne sénégalaise dénommant le phénomène et incitant à la répression ayant été publiés au cours des dernières années (notamment A. Jean-Bart et J. Diop, *Le Soleil*, 27-28 août 1983, p. 6 et 7), l'enquêteur est immédiatement perçu comme de connivence avec le pouvoir. Cependant, dans mon cas, l'immédiate différence entre l'observé et l'observateur — d'emblée manifeste par la couleur de peau —, et la qualité d'étranger — doublement : étranger au pays et étranger aux pratiques illicites — introduisent une situation inédite pour l'enquêté qui comprend que son interlocuteur est « hors jeu » dans la société sénégalaise et ne peut lui nuire directement. À l'inverse, cette « étrangeté » du chercheur par rapport au milieu qu'il étudie l'empêche d'accéder à un certain type d'informations que seule la familiarité autorise, en particulier concernant les aspects les plus répréhensibles des trafics où la défiance est la règle.

Pour cette enquête, nous avons essentiellement travaillé à trois, et séparément, afin de tenter d'allier les bénéfices de nos positions respectives de familier et d'étranger à la société pikinoise. L'un des enquêteurs, jouant à la fois sur le lien confrérique (il est mouride) et sur les rapports de voisinage (il habite Guedjawaye), a pu obtenir une grande confiance et une information très riche. L'autre enquêteur, qu'une préalable collaboration à des recherches sur le secteur informel et sur certaines pratiques clandestines avait préparé à ce contexte particulier d'enquête, a été très précieux pour la connaissance des ré-

seaux de formation des vendeurs et d'approvisionnement des médicaments, grâce en particulier à l'ambiguïté de sa propre position (cherchait-il à s'intégrer dans ces filières ?). D'une manière différente — en me donnant comme potentiel acheteur ou comme étranger curieux — je maintenais également, par rapport à ces pratiques, une ambiguïté (que la découverte d'un magnétophone au fond de mon sac par l'un des vendeurs faillit bien lever définitivement). Par ailleurs, des rencontres fortuites, au cours des enquêtes dans les quartiers, avec les colporteurs et surtout la mise en relation, par des informateurs, avec des vendeurs connus en dehors de leurs lieux de pratiques nous ont permis, dans quelques cas, d'établir des relations de confiance et d'améliorer la qualité de l'information.

Le travail a été mené dans deux directions complémentaires, tentant de répondre à deux questions d'ordre différent : pourquoi la société tolère-t-elle, et même produit-elle, des pratiques qu'elle condamne par ailleurs ? et quelles sont les conséquences de la vente illicite sur la santé des populations ? Ce deuxième point concerne évidemment le médecin plus que le sociologue, mais il est certain que l'analyse sociologique ne peut tenir complètement à l'écart la question de la nocivité, généralement surévaluée pour des raisons qui tiennent plus de l'idéologie que de la science (Fassin, 1986c). Seul le premier point est développé ici : il a été étudié au travers d'entretiens avec sept vendeurs illicites parmi les cent un qui ont été recensés sur les treize grands marchés de Pikine ; il s'agit de vendeurs exerçant sur des marchés différents, n'entretenant *a priori* aucune relation particulière entre eux, et d'ailleurs rencontrés dans des situations différentes, certains sur les lieux mêmes de leurs pratiques, d'autres au cours de visites de concessions (Fassin, 1985).

La distribution spatiale des points de vente fixes montre une dispersion hétérogène : en effet, d'une part, il en existe pratiquement sur tous les marchés (sauf deux dont l'un, Syndicat, est exclusivement réservé à la vente de fruits et légumes, et l'autre, Chavanel, a eu sa construction achevée quelques semaines avant la fin de l'enquête) ; mais, d'autre part, il existe des phénomènes de concentration (trois marchés ayant plus des trois quarts des points de vente). Le principal lieu de vente, le marché de Thiaroye-gare, où se trouvent près de la moitié des étals, sert à la fois au commerce de détail et au commerce de gros, rôle qu'il a d'ailleurs non seulement pour les médicaments mais aussi pour tous les trafics — drogue, montres, magnétophones, vêtements.

Particulièrement révélatrice du rapport à la clandestinité qu'entretiennent les vendeurs est leur localisation sur les marchés : ils sont placés le plus souvent en bordure de route parfaitement en évidence ; aucun parmi les cent un n'exerce à l'intérieur du marché. Encore plus net est le cas de Thiaroye-gare, où les vendeurs s'échelonnent le long de la voie ferrée, avec une concentration très importante juste en face du poste de police de la gare. Cette clandestinité à visage découvert peut surprendre ; en fait, elle résulte de plusieurs éléments concordants : l'accès plus facile de la clientèle, la possibilité de fuite dans les cas de rafle, enfin la tolérance des autorités. Sur ce dernier point, il y a même reconnaissance explicite de l'existence des vendeurs puisque chacun d'entre eux règle quotidiennement une patente (45 à 70 F selon la taille de l'étal) à l'employé de la mairie et participe aux frais de gardiennage (25 F par jour), taxes qui incombent à tous les vendeurs du marché. Ainsi, commerce illégal, la vente des médicaments est pratiquée au vu et au su de tous.

En dehors des points fixes, presque tous situés sur les marchés, la vente se fait soit sur des étals semi-fixes déposés au coin de rues ou près des arrêts de car, non soumis à la réglementation des marchés et facilement déplacés, soit sur des plateaux transportés dans les quartiers par des marchands ambulants qui ont une double clientèle : régulière, d'habitues auxquels ils rendent visite, et irrégulière, de personnes qui les appellent sur leur passage. En général, il n'y a pas échange de rôle : fixes, semi-fixes, et ambulants le restent. Toutefois certains vendeurs vendent sur le marché le matin et circulent dans les quartiers l'après-midi.

On appelle *bana bana* les vendeurs de marchés et de rues quelle que soit leur marchandise. Spécifiques mais moins employés sont *borom garab*, l'homme aux médicaments, qui désigne d'ailleurs également le pharmacien ou l'herboriste, *borom frod*, l'homme de la fraude, qui constitue l'un des nombreux exemples de gallicisme en wolof, enfin *doktoor farmasi*, autre néologisme encore plus explicite. Les vendeurs sont, à Pikine, exclusivement des hommes, le plus souvent jeunes ; à Dakar, on trouve quelques femmes ; à Kaolack, où la vente illicite est au moins aussi développée que dans la capitale, il n'y a pratiquement que des femmes. Le mode de recrutement et d'accès aux filières semble expliquer ces différences de sexe.

La dizaine de vendeurs pour lesquels on dispose de données biographiques complètes sont tous wolof et mourides. Ils sont originaires du Baol (région autour de Touba, ville sainte du mouridisme). Il sem-

ble que cette spécificité ethno-géographique ait de rares exceptions à Pikine où l'on trouve quelques Sérér et Toucouleur, de même que des originaires du Cayor et du Ndiambour ; en revanche, les non-mourides sont rares (deux seulement) parmi les trente-deux cas pour lesquels on dispose de données concernant la confrérie.

La biographie des vendeurs révèle de grandes similitudes dans les trajectoires sociales. D'origine rurale, ils ont d'abord suivi la migration saisonnière qui conduit chaque année vers les villes des jeunes paysans en quête de travail, entre la fin de la récolte et le début de la semaison. Mourides, ils sont allés à Touba où leur marabout réside et où ils avaient déjà eu l'occasion de se rendre lors du *maagal* (fête annuelle qui rassemble des centaines de milliers de pèlerins). Des contacts avec un parent ou un ressortissant du même village déjà inséré dans une filière de formation se sont établis, et ils ont commencé leur apprentissage, d'abord en observant et se faisant expliquer, puis en pratiquant eux-mêmes. Pendant les premières années, ils sont rentrés au moment de l'hivernage pour les travaux des champs, puis ils ont définitivement quitté leur village, à la fois attirés par l'image de la ville et chassés par les mauvaises récoltes dues à la sécheresse des années soixante-dix. Quelques-uns sont restés à Touba, la plupart sont venus à Dakar et à Pikine, dans l'espoir de s'y enrichir, ou simplement d'y survivre. Ils y ont trouvé un frère ou un cousin qui les a hébergés et leur a indiqué comment s'approvisionner et où installer leur commerce ; en général, ils ont commencé par vendre dans les rues avant d'obtenir une place sur un marché où les revenus sont meilleurs. Dans certains cas, il peut s'agir de citadins formés en ville, sans « stage à Touba », par un parent vendeur : apprenti à ses côtés, ils le quittent ensuite pour devenir marchand à leur compte, sur un autre territoire, car en général le maître et l'apprenti ne partagent pas la même clientèle. S'installer est d'ailleurs toujours difficile, car le marché paraît limité et la concurrence est dure.

#### 4 | Un marché prospère

L'approvisionnement des vendeurs suit plusieurs filières (fig. 1). La plus importante prend sa source en Gambie où les médicaments sont en vente libre et à un prix faible ; le système de distribution des

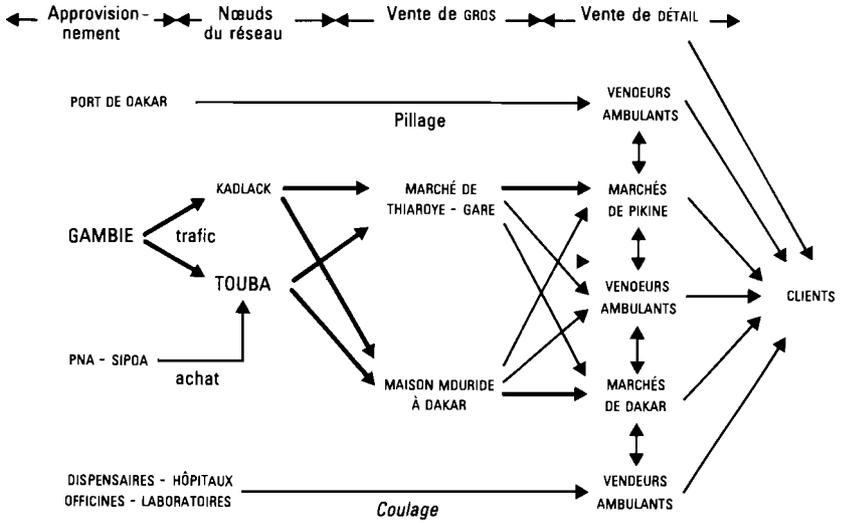


FIGURE 1

*Réseaux de la vente illicite des médicaments au Cap-Vert (Sénégal)*

médicaments dans les anciennes colonies britanniques, différent de celui issu de la colonisation française, de même que le caractère non convertible des monnaies des pays rattachés autrefois à l'Angleterre alors que le franc CFA s'échange facilement, semblent jouer un rôle décisif comme en témoigne la situation similaire du Burkina Faso et du Bénin (où les produits vendus dans les rues proviennent respectivement du Ghana et du Nigéria). Depuis la Gambie, les médicaments sont acheminés dans des camions chargés de paille ou de foin jusqu'à Kaolack et Touba (carte 1) ; ces deux villes constituent les principaux points d'approvisionnement au Sénégal, la première grâce à sa proximité avec la frontière qui en fait une escale commode, la seconde grâce à son statut de ville franche (Salem, 1981) où l'Etat sénégalais ne peut pénétrer. Les vendeurs s'approvisionnent soit directement à Touba ou Kaolack où la marchandise est à son prix le plus bas — mais le coût du voyage limite à une ou deux expéditions annuelles —, soit auprès des grossistes du Cap-Vert, au marché de Thiaroye-gare, à Pikine, ou à la maison des mourides, à Dakar, où ils paient plus cher — mais l'accès facile leur permet de s'approvisionner chaque semaine environ.

Parallèlement à cette filière gambienne, et toujours à l'intérieur des réseaux mourides, certains marabouts viennent acheter directement à la Société industrielle pharmaceutique de l'Ouest africain (SIPOA) et à la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA), dont les produits sont normalement destinés à la vente à tarif préférentiel pour le secteur public (hôpitaux et dispensaires) et, dans le cas de la SIPOA, aux pharmacies. L'importance en volume de ces commandes peut être suggérée par deux données : la quantité d'aspirine vendue par la PNA est passée de 13 et 14 t en 1979 et 1980 à 21 t en 1981, augmentation en grande partie liée au développement du marché clandestin ; par ailleurs, une commande de 600 000 comprimés d'aspirine a été faite à la PNA au début de 1985 par des marabouts de Touba.

En dehors de cette filière principale, il existe d'autres sources d'approvisionnement qui semblent échapper au circuit de Touba. Le port de Dakar est souvent visité par des voleurs et des chargements de médicaments sont pillés ; une partie de la revente se fait d'ailleurs aux abords immédiats du port. Les hôpitaux et dispensaires subissent parfois des détournements dont le volume n'est pas considérable, mais qui participent de la faillite des services publics et de la pénurie de médicaments que les malades sont souvent contraints d'acheter ; ce sont, d'après les responsables de santé interrogés et d'après les ven-

deurs eux-mêmes, des agents travaillant dans les hôpitaux et les dispensaires qui effectuent ces vols. Les officines sont également l'objet de soustractions de médicaments nommées « coulages » : des employés dérobent des produits qu'ils revendent à des vendeurs ambulants ; la même situation est rencontrée dans les usines de la SIPOA où, à côté de l'important marché parallèle déjà signalé, des vols portant sur de petites quantités se produisent en permanence. Tous ces détournements alimentent la vente illicite et, bien qu'ils n'appartiennent pas aux circuits mourides, en utilisent les réseaux et les intermédiaires au niveau le plus périphérique : il n'y a pas de passage obligé par Touba, le marché de Thiaroye-gare ou la maison des mourides de Dakar, mais la redistribution aux vendeurs fixes, semi-fixes et ambulants suit les mêmes filières.

Installé sur son marché ou circulant à pied dans les ruelles, traitant avec son client au coin d'une rue ou dans une concession, connu et reconnu, le vendeur illicite fait son commerce. Les femmes lui achètent un ou deux comprimés en allant chercher leurs légumes au marché, ou bien l'interpellent sur son passage devant leur maison. Les hommes se rendent sur les lieux de vente qui sont aussi des espaces de rencontre : certains emplacements du marché, comme certains coins de rues ou arrêts de bus, sont utilisés comme point de ralliement et lieu de palabre. Acheter un comprimé d'aspirine est aussi intégré au déroulement de la vie quotidienne qu'acheter une noix de kola ou une feuille de tabac : les sommes mobilisées sont faibles et les points de vente sont proches, physiquement et socialement. A la différence des pharmacies, espaces fermés (par des murs), étrangers (par leurs produits comme par leur conception architecturale) et fonctionnels (pour le seul commerce), les lieux de la vente illicite appartiennent à l'espace ouvert, familier et socialisé de la rue, des places et des marchés.

Il existe d'ailleurs une différenciation des lieux de vente en fonction de leur proximité au domicile. Ainsi, une enquête auprès de 10 vendeurs et parmi 144 acheteurs à Pikine montre que, d'une part, ces derniers ne se déclarent clients réguliers dans aucun cas sur 63 pour le grand marché de Thiaroye, alors qu'ils se décrivent ainsi dans 7 cas sur 22 pour le marché plus petit de Nimzatt et dans 9 cas sur 60 pour le coin de rue d'Icotaf, et que, d'autre part, 30 % des acheteurs au coin de rue ont moins de 15 ans (et même 15 % moins de 10 ans) contre 5 % sur les deux marchés, et sont envoyés par leurs parents. Plus le lieu de vente est proche de la maison et plus on s'y comporte en habitué, en y achetant régulièrement et en y déléguant ses enfants.

Souvent, l'acheteur demande un produit (« vends-moi une aspirine »), plus rarement il cherche un conseil (« qu'est-ce que tu as pour la diarrhée ? »). La première attitude est observée dans 91 % des cas, la seconde dans seulement 9 % : le *bana bana* est plutôt un marchand qu'un soignant. Mais sa marchandise est vendue à l'unité et à bas prix : la dépense moyenne est 60 F, moins encore si l'on considère les femmes seulement ; et 70 % des clients achètent pour 50 F ou moins. Un comprimé d'aspirine vaut 5 F, une boîte de 60 comprimés chez le pharmacien coûte 365 F ; ce n'est donc pas le prix en lui-même qui importe (1 F de différence par comprimé), mais bien la possibilité d'acheter en petites quantités, donc de mobiliser facilement de petites sommes, sans recourir à l'emprunt ou au crédit.

Ces développements empiriques sur la vente illicite ont pu paraître longs pour un phénomène qu'on considère généralement comme marginal et limité, dans le discours officiel autant que dans la presse quotidienne. Ils ont néanmoins paru nécessaires pour deux raisons. D'une part, ces pratiques ne sont pas marginales, comme en témoigne leur insertion dans la vie économique, politique et sociale sénégalaise, tant au niveau des individus que des groupes, comme on aura l'occasion de le voir ultérieurement en détail. D'autre part, elles ne sont sûrement limitées, puisqu'une estimation de la quantité vendue seulement sur les treize principaux marchés de Pikine (101 *bana bana* ayant des revenus quotidiens — et non des bénéfiques — de 860 F en moyenne d'après l'enquête auprès des 10 vendeurs) donne 32 millions de francs CFA par an ; si l'on ajoute la vente des petits marchés, des coins de rue, des arrêts de bus et des ambulants, il est probable que, pour le seul département de Pikine, cette somme est au moins doublée ; pour la même période, la dotation du ministère pour les médicaments à Pikine est de 3 millions, et les achats de produits pharmaceutiques pour la totalité des postes et centres publics de santé atteint 40 millions grâce à l'autofinancement ; le marché dit parallèle est donc plus important en volume que la distribution par le secteur public. Plus que toute autre pratique de santé, la vente illicite est un lieu de pouvoirs, dont le silence et le bruit, qui alternativement l'entourent, sont une expression.

Finalement, comment qualifier la vente illicite des médicaments : est-elle moderne (puisque'il s'agit de produits pharmaceutiques fabriqués dans des laboratoires) ou traditionnelle (puisque'elle emprunte des circuits commerciaux confrériques et qu'elle se situe dans les mêmes lieux que les herboristes et les vendeurs de fétiches) ? Est-elle

officieuse (car déclarée illégale et réprimée par la police) ou officielle (car pratiquée aux yeux de tous et réglementée comme n'importe quelle vente) ? Présentée comme marginale, elle dépasse en volume les médicaments écoulés dans le secteur public. Décrite comme un commerce parallèle, il a infiltré les rouages de l'Etat sénégalais, ainsi qu'on le verra plus loin. Et d'ailleurs, est-elle même une pratique médicale ?

## 4

# Tradition et changement

L'opposition implicite ou explicite entre médecine traditionnelle et médecine moderne, et plus généralement entre tradition et modernité — à laquelle cet exposé n'échappe évidemment pas — laisse à penser qu'il existe d'un côté l'immutabilité de pratiques séculaires, de l'autre la marche du progrès scientifique. Les recherches historiques ont pourtant établi la preuve d'une remarquable perméabilité des sociétés africaines au changement, sous l'influence de voisins qui ont pu être, à différentes époques, des membres d'une autre ethnie ou d'une autre région, des commerçants arabes ou des administrateurs coloniaux, des marabouts musulmans ou des missionnaires chrétiens. Ces faits sont connus et pourtant l'anthropologie médicale, parce qu'elle cherche à reconstituer des corpus traditionnels, oublie souvent de prendre en compte les transformations des savoirs et des pratiques.

Les rituels, parce qu'ils se localisent dans ces régions de la société où se mêlent la magie et le religieux, où se mettent en scène les tensions et les conflits, où se lisent les systèmes de valeurs et d'organisation des groupes, sont généralement considérés comme ressortissant de la dimension la plus traditionnelle des activités humaines — ce que V. W. Turner (1972, 15) appelle « des intermèdes dans le temps historique ». Cependant (et ceci n'est qu'apparemment en contradiction), les rituels évoluent. Prenant l'exemple d'un rite diola, le *kañaalen*, qui joue un rôle essentiel dans la vie des femmes casamançaises, on essaiera de montrer comment se transforme, en particulier dans le contexte de l'urbanisation, une pratique pourtant destinée à demeurer au village, puisque attachée à un autel situé dans le Bois Sacré.

L'enquête a été réalisée successivement au village et en ville, a permis d'interroger longuement dix femmes ayant accompli — ou étant encore en train de subir — le rituel, et a pu être complétée par l'observation de cérémonies et de fêtes auxquelles participaient ces femmes.

## 1 | Travestissement et bouffonnerie

« Ce qui est interdit ne l'est pas à tous ni toujours, ou à tout le moins, ne l'est pas toujours à tous. L'étude de ces exceptions qui en ce domaine plus qu'en tout autre, confirment la règle et, pour mieux dire, la constituent ou en constituent certains aspects, se confond, pour une large part, avec celle des rites dits d'inversion », écrit M. Augé (1982, 260). Ce qui caractérise la conduite rituelle des femmes qui accomplissent le *kañaalen*, les *añaalena*, c'est la théâtrale dérision des conventions sociales relatives à la vie des femmes. Mais ce qui fait le tragique de ce rituel d'inversion — ou mieux : de perversion puisqu'il s'agit sans cesse de simuler le malheur qu'on veut éviter —, c'est la souffrance physique et morale dans laquelle il puise son efficacité.

Le *kañaalen*, dont la place centrale dans la société féminine a été rapportée en Basse comme en Moyenne Casamance (Journet, 1981 ; Fassin, 1987) est un rituel de préservation de la descendance plutôt qu'un rituel de stérilité. En effet, les femmes le subissent dans trois circonstances précises : lorsqu'elles ont perdu plusieurs enfants, lorsqu'elles ont fait plusieurs fausses couches spontanées ou lorsqu'elles demeurent infécondes. Or ces situations sont fréquentes car près de la moitié des enfants meurent avant cinq ans, la mauvaise surveillance médicale des grossesses et les conditions de travail des femmes élèvent considérablement le risque d'avortement, et les infections gynécologiques sont fréquemment à l'origine de stérilité — ce qui explique que dans le village où nous avons travaillé le quart des femmes l'avaient effectivement accompli.

La décision de subir le rituel semble alors aller de soi, mais elle est prise de fait par le groupe des femmes représenté par l'*ati eluñey*, officiante principale. L'accomplissement du *kañaalen* n'exclut pas, d'une part, la réalisation d'autres rituels de stérilité et, d'autre part, la recherche d'un persécuteur — ancêtres, sorcier, esprit ou ennemi — qui

sont prescrites par l'*ajuuberew* (devin guérisseur). Une fois les traitements spécifiques entrepris — par exemple, purification sur un autel, confection d'amulette, ingestion d'une décoction de plantes —, la femme doit quitter son village et partir en exil pour trois à cinq années dans un autre village (il arrive qu'elle ne change pas de village, mais seulement de quartier, l'essentiel étant alors qu'elle ne soit jamais amenée à rencontrer son mari pendant cette période). Le départ se fait nuitamment à l'insu de tous, et notamment du mari, qui ne doit découvrir la fuite qu'au petit matin. Le choix du village — ou du quartier — d'exil tient compte des relations familiales qu'y a la femme (afin qu'elle ne s'y sente pas totalement isolée) et de la notoriété qu'y a le rituel (certains sont réputés plus efficaces que d'autres).

Dès son arrivée dans le nouveau village, la jeune femme est prise en charge par le groupe féminin et, le premier soir, est conduite dans le Bois Sacré pour y subir la cérémonie d'initiation. Au cours de celle-ci, on fait une offrande sur l'autel, on lave le corps de la femme, on change ses vêtements et on lui donne un autre nom. L'offrande est constituée de mil, de vin, de tabac et d'un coq, le repas ainsi préparé est donné à manger à la femme qui se tient à quatre pattes pour l'absorber. Le nouvel accoutrement consiste généralement en un simple pagne autour des reins, unealebasse décorée sur la tête, un collier autour du cou, et un bâton à la main. Le nouveau nom est souvent obscène : *kaloti* (vagin), *efont* (pénis), *wunoor* (qui ne retient pas le sperme), *jundo* (qui captive le pénis). A la fin de la cérémonie, elle part en courant jusqu'au village, entre deux rangées de jeunes gens qui la frappent avec des baguettes. Dès ces premiers instants, les traits caractéristiques du rituel sont donc en place : sacrifice aux agents maléfiques pour les apaiser ; punition physique de la femme qui est considérée comme au moins partiellement responsable de son malheur ; humiliation sur le mode de la dérision, de la masculinisation et de la bestialisation ; changement d'identité physique et sociale.

Pendant toutes ses années d'*añaalena*, la femme va se confiner dans ce rôle de travestie et de bouffonne. Dans les réunions publiques, elle intervient avec son accoutrement ridicule, prend la parole, prononce des mots obscènes, même joue des scènes érotiques. Lors des repas, elle mange à pleine bouche, s'aidant des deux mains, dévorant la part des autres qui doivent respecter sa glotonnerie. A l'occasion des baptêmes, des noces, des funérailles, elle danse, chante, rit, fait rire. Quotidiennement, elle doit s'acquitter de tâches rudes telles que piler à deux mains, faire des travaux de force. Parfois, elle ne peut

contenir sa douleur et laisse passer des sanglots au milieu des rires et des chants. Mais les règles de la transgression sont précisément édictées, pour elle comme pour le groupe. Elle ne doit jamais faillir à son rôle d'histrionne, car dans ce cas, on l'accuserait de vouloir faire échouer le rituel et de souhaiter la mort de son enfant ; de même, son obscénité sexuelle s'accompagne d'un interdit de toute sexualité réelle dont la rupture conduit à son exclusion du village et à sa mort sociale. A l'inverse, on ne doit jamais évoquer directement sa condition, ou bien l'appeler par son ancien nom, ce qui est considéré comme dangereux et exige une réparation immédiate.

Lorsqu'il s'agit d'une femme perdant des enfants en bas âge, l'exil rituel commence après la naissance suivante et se déroule avec l'enfant nouveau-né. Celui-ci, à qui l'on a donné un nouveau nom lors de la cérémonie initiale (il s'agit le plus souvent de noms moqueurs comme *fugebe*, gros ventre, ou *furi*, gourmand, mais parfois aussi plus évocateurs comme *maabo*, caché, ou *kaken*, adopté), reçoit la protection du village, et particulièrement d'une femme qui devient sa mère adoptive. Toutes les femmes, y compris bien sûr ses mères biologique et adoptive sont tenues pour responsables de sa santé et, s'il se met à pleurer, celle qui le tient à ce moment dans ses bras sent passer sur elle des regards soupçonneux. Lorsque l'enfant tombe malade, on réunit les femmes au cours d'une cérémonie qui vise à provoquer le malheur redouté de façon à pouvoir écarter la menace qui pèse sur l'enfant : ainsi le place-t-on au centre d'un cercle de feu pour ne l'en arracher qu'après plusieurs minutes, ou le laisse-t-on glisser sur la paille du toit d'une maison en ne le rattrapant qu'au dernier moment. S'il arrive que l'enfant meure, les soupçons se portent immédiatement sur la mère : on l'accuse de complicité avec les sorciers ou d'adultère avec les esprits, et on fera peser sur elle la responsabilité du décès ; dans ces cas, il est très difficile pour elle de faire la preuve de son innocence. A l'inverse, si c'est elle qui meurt, l'événement sera interprété comme une sanction : on dira que la mauvaise mère a été punie et que sa disparition sauve l'enfant.

C'est vers le sevrage que l'*añaalena* est autorisée à accomplir le rituel final qui conclut la période de l'exil. Elle rentre alors dans son village où elle rejoint son mari, après avoir retrouvé le vêtement et le comportement habituels des femmes diola. Cependant, toute sa vie durant, elle conserve les stigmates de ses années d'*añaalena* : le nom qui est devenu le sien et qu'elle conservera jusqu'à sa mort ; ses attributs de bouffonne, laalebasse, le collier, le bâton, qu'elle doit porter

à l'occasion de chaque fête collective où elle doit à nouveau faire rire ; enfin, la blessure de l'humiliation, de la souffrance physique, de la peur permanente, pour elle et son enfant.

## 2 | Transgression et oppression

On peut certes s'indigner de la dureté du *kañaalen* et de la cruauté des femmes qui violentent ainsi certaines d'entre elles pourtant déjà victimes du malheur. Il semble toutefois plus important d'en comprendre le pourquoi. Que signifie ce rituel ? Et à quoi sert-il ? Questions auxquelles on répondra à la lumière d'observations recueillies en d'autres lieux : il est en effet remarquable que ces rituels d'inversion existent, dans des contextes géographiques et culturels différents où ils ne sont pas liés à des problèmes de descendance biologique ; ce qui conduit à s'interroger sur une signification et une fonction plus générales de la transgression rituelle.

Voici la description que fait M. Augé (1982, 266-268) des prêtresses du *vodu* féminin Avlekete au Togo : « Par rapport aux autres *vodu*, Avlekete est elle-même une manière de *trickster*, un dieu paradoxal ; puissante mais bouffonne, elle représente au premier abord, avec les institutions qui lui sont attachées la dérision du culte [...]. Tous les *vodu* ont leurs exigences et leurs interdits propres. Avlekete, elle, ne connaît pas d'interdits ; ou plus exactement elle interdit d'interdire ; la seule interdiction qui pèse sur les prêtresses d'Avlekete, c'est l'interdiction de répéter les interdits. Non seulement elles n'ont aucun interdit propre, mais elles sont tenues de ne pas respecter les interdits ou les usages des autres. Faute de quoi elles tombent malades, comme ceux-là mêmes qui transgressent les interdits [...]. Au village, dans la vie courante, elles ont un comportement masculin et, plus encore que masculin, provocateur ; elles se mêlent aux réunions des hommes qu'elles égayent de leurs boutades et de leurs interventions intempestives ; elles parlent haut et fort. Elles peuvent de droit intervenir dans n'importe quelle cérémonie. Leurs danses sont placées sous le signe du travestissement sexuel : elles revêtent des vêtements masculins ; cette indication peut d'ailleurs n'être que partielle ou allusive : port d'un chapeau, d'un pagne ; elles manient de façon non équivoque, au cours de leurs danses, d'ostensibles symboles phalli-

ques [...]. En cas d'épidémie, et principalement d'épidémie de variole, elles étaient chargées par les représentants de tous les couvents de porter des offrandes à Sapata, *vodu* responsable de la variole ; mais ces offrandes étaient autant de provocations : il s'agissait d'offrir au dieu de la variole les aliments qui lui étaient interdits en sorte que, écœuré, il prît la fuite entraînant avec lui l'épidémie dont il était à la fois le symbole, le réceptacle, la protection et le remède. Au moins est-ce ainsi qu'est évoquée localement l'efficacité d'un rite qui postule l'identité des contraires et dont la logique métonymique évoque la cause pour signifier les effets. »

Les ingrédients sont presque les mêmes que dans le *kañaalen* : travestissement, bouffonnerie, dérision des institutions, interdiction des interdits, fonction thérapeutique. Tout au plus pourrait-on faire remarquer que le *kañaalen* concerne une seule femme victime d'une infortune, alors que l'*Avlekete* concerne toute la société touchée par l'épidémie ; encore cette opposition pourrait-elle être facilement dépassée, car l'impossibilité de procréer est bien un malheur individuel qui menace tout le groupe féminin. Quelle serait donc la structure commune aux deux rituels, le sens qui les réunirait ? Le *kañaalen* comporte deux aspects : la dépersonnalisation de la femme qui perd son nom, son apparence, son statut pour en acquérir de nouveaux, de façon à ne pas être reconnue par ses agresseurs, dit-on ; et la dérision dont elle s'arme contre les autres, mais surtout contre elle-même, de manière à devenir la moins enviable et donc la moins attaquable des femmes du village. Ce qui rapproche les deux, c'est la transgression de l'ordre social et des institutions thérapeutiques : c'est en changeant d'identité qu'on peut rester soi et c'est en mimant le mal qu'on peut le tuer.

Mais à demeurer au niveau du sens et de la structure, on se contente de comprendre le rituel en soi, sans voir comment il se relie fonctionnellement aux autres structures sociales. C'est bien ce que dit V. W. Turner (1972, 38) : « Je suis d'accord avec cette définition [de Geertz], qui considère l'action sociale au double point de vue du sens qu'elle a pour ceux qui en sont les acteurs et de sa contribution au fonctionnement d'un système social donné. Les deux choses ne sont ni identiques, ni du même ordre : il peut y avoir entre elles des contradictions et même des tensions dans certaines situations, notamment dans celles que caractérise une évolution rapide de la société. » Et c'est également ce que craint M. Augé (1982, 261) quand il se demande si une approche structurale ne risque pas de « privilégier

l'analyse générale en termes de sens et de symbole aux dépens d'une analyse en termes de fonction et d'idéologie ».

A quoi sert donc le *kañaalen* ? On peut lui attribuer une double fonction sociale : d'une part, il manifeste la division sexuelle de la reproduction biologique, en rappelant que l'infécondité, et plus généralement l'impossibilité à assurer une descendance, est un problème de femmes (les hommes sont totalement absents de toutes les phases du rituel et semblent se laver les mains de la question) ; d'autre part, il exprime la réappropriation par le groupe féminin de cette reproduction sociale qui leur est imposée, à travers l'affirmation collective de leur maîtrise du malheur individuel, et la transgression de l'ordre social, à commencer par la division sexuelle de la société (c'est ainsi que les hommes sont non seulement écartés mais en même temps tournés en dérision). Le rituel révèle donc à la fois comment le groupe masculin assoit sa domination en rejetant la responsabilité des aléas de la procréation sur les femmes, et comment le groupe féminin tente de retourner la situation à son avantage et de tirer le meilleur parti de ce qui lui est laissé, en se constituant solidairement autour de l'infortune de l'une d'elles, et en se moquant du pouvoir des hommes, et même du pouvoir en général.

### 3 | **Thème et variations**

Que deviennent ces pratiques chez les citadines diola ? Comment des rituels aussi ancrés dans un contexte spatial et social peuvent-ils être encore opératoires pour des femmes qui vivent à Pikine sur des terres étrangères à leur tradition, au milieu d'une population où elles représentent entre 4,1 et 6,7 % des habitants (Maack, 1978) ?

On doit d'abord constater que les circonstances qui rendent nécessaire l'accomplissement du rituel sont considérablement modifiées en ville : la réduction de la mortalité infanto-juvénile — qui, sur des données nationales, est deux fois et demie plus élevée en Casamance que dans la région de Dakar —, la meilleure surveillance des grossesses — 95 % des femmes enceintes ont une consultation prénatale —, et peut-être le traitement plus précoce des infections gynécologiques — on ne dispose pas d'étude sur les stérilités en milieu rural et urbain — rendent beaucoup moins fréquentes les situations dans lesquelles une femme

doit devenir *añaalena*. Mais dans le même temps se produit une transformation du mode de vie qui fait apparaître comme encore plus cruelles les conditions d'accomplissement du rituel : venue en ville pour y travailler bien souvent comme domestique, la jeune femme diola découvre d'autres façons de se soigner, adopte des comportements nouveaux dans ses loisirs, acquiert une plus grande autonomie dans sa vie personnelle ; le retour au village pour y accomplir le *kañaalen* signifie à la fois la perte de son emploi, l'éloignement de son groupe d'amis, et surtout l'entrée dans un processus que les récits des vieilles femmes lui ont appris à connaître et redouter.

Ainsi, la jeune citadine diola est à la fois moins souvent confrontée à la nécessité du rituel et plus résistante aux sollicitations du groupe. Or, les conditions de vie urbaine lui permettent précisément d'échapper plus facilement aux contraintes du rituel : la pression plus faible du groupe, liée notamment à l'absence des femmes âgées qui sont les plus sévères gardiennes de la tradition dans toute sa rigueur ; l'éloignement des gens les uns des autres qui, s'il n'exclut pas un fonctionnement social en réseau parfois très serré, laisse une possibilité de se tenir à l'écart, voire de rompre les liens villageois (un couple venu à Pikine quelques années plus tôt avait cessé toute relation avec leurs deux familles à la suite de disputes et de menaces, ce que leur lieu de résidence éloigné des quartiers où habitaient les Diola originaires du même village avait facilité). Ainsi les jeunes femmes partent-elles moins souvent au village pour y subir le *kañaalen*. Elles sont d'ailleurs aidées en cela par leur mari que n'enthousiasme guère la perspective de plusieurs années passées seul à Pikine, à vivre en « maribataire ».

Pour tenir compte à la fois des exigences traditionnelles et des nécessités actuelles, certains groupes féminins diola pratiquent le *kañaalen* à Pikine. Nouveaux rituels où les pratiques villageoises doivent être adaptées aux conditions urbaines. L'espace rituel qui, en Casamance, est à la fois lieu historique et consacré — c'est le Bois Sacré qui entoure chaque village —, devient un terrain vague ou la cour d'une concession, selon les contraintes spatiales locales — ainsi, dans les quartiers encore incomplètement construits, comme Guinaw Rails, c'est un terrain non bâti qui sert également de décharge publique, mais dans le centre de Pikine, à Bagdad, où il ne reste plus d'espace non habité, c'est la maison de la plus vieille femme diola du quartier. Le groupe féminin lui-même subit d'importantes transformations et, faute de pouvoir réunir autour de l'*añaalena* toutes les

femmes d'un même village comme en Casamance, il se constitue en fonction des exigences locales : pour les zones rurales qui ont subi une forte migration vers la ville et pour lesquelles il est possible d'obtenir une masse critique de femmes ayant entre elles des liens de parenté et d'alliance, le groupe garde une certaine homogénéité ; pour les régions à plus faible exode rural, il est nécessaire de faire appel, aussi bien dans les tontines et les cérémonies, à des femmes diola avec lesquelles non seulement les relations de parenté et d'alliance sont absentes, mais également les référents culturels, puisque même la langue peut différer.

Le déroulement suit les étapes du *kañaalen* dont il offre une version simplifiée et atténuée. C'est le huitième jour — donc en même temps que le baptême musulman avec lequel il est temporellement confondu — qu'a lieu le rituel : on dépose l'enfant au petit matin devant la porte d'une voisine ou sur le lieu rituel choisi ; une femme le « découvre » et le ramène à la maison ; une cérémonie a lieu après le baptême religieux ; une offrande est faite, on partage un repas, on mime la fustigation et on procède au changement de nom de la mère et de l'enfant (on puise volontiers dans les langues nouvellement apprises : une femme se nomme ainsi Autorail et un enfant *mbaalit*, c'est-à-dire « poubelle » en wolof). A partir de ce jour, et jusqu'au sevrage de l'enfant, la mère adopte le comportement de bouffonne rituelle, mais limité essentiellement aux circonstances particulières des baptêmes, mariages, fêtes d'associations ; d'ailleurs en ces occasions, si elle doit se travestir et amuser, elle est contrainte à moins d'humiliations qu'au village notamment dans son accoutrement qui la déguise plutôt qu'il ne la dénude. De plus, elle a moins à subir la violence physique (travail forcé) et symbolique (menace permanente) du groupe. Surtout, elle n'est pas exilée et continue même souvent à vivre auprès de son mari (ne respectant pas l'interdit de relations sexuelles des années d'*añaalena*). Au terme de cette période, un rite final de réinsertion — ou d'agrégation, pour reprendre les termes d'A. Van Gennep (1981) — permet à la femme de réintégrer le groupe qu'elle n'a en fait jamais réellement quitté. Dans la suite, elle a l'obligation de redevenir l'amuseuse travestie de toutes les fêtes collectives, ce dont elle s'acquitte plus ou moins bien (certaines parmi les plus vieilles, et surtout les plus nouvellement citadines, le font, y compris parfois dans des cérémonies non diola, un baptême chez une voisine wolof ; d'autres évitent systématiquement toutes les célébrations où elles auraient à se comporter en bouffonne).

#### 4 | Glissement et euphémisme

Si l'on revient à l'analyse précédemment faite en termes de sens et de fonction, que peut-on dire des nouveaux rituels, et plus généralement des nouvelles pratiques des citadines ? Que signifie et à quoi sert le *kañaalen*, tel qu'il existe aujourd'hui, pour les jeunes femmes diola de Pikine ?

Du point de vue du sens, on constate à la fois une transformation profonde qui conduit à une version euphémique du rituel, et un effort de conservation formelle qui vise à laisser en place le minimum symbolique nécessaire à son efficacité : on ne fustige plus réellement, mais on joue la fustigation ; on accomplit le rite inaugural, mais on le fait à l'occasion du baptême musulman ; on se donne un lieu rituel, mais c'est un espace sans histoire et sans consécration ; il y a même disparition pure et simple de certaines obligations rituelles — séparation d'avec le mari, interdiction des relations sexuelles, travail de force. En quoi y a-t-il encore transgression et réparation ? Les femmes elles-mêmes ne s'y trompent pas : « avant, c'était plus efficace ; un enfant qui faisait le *kañaalen*, on pouvait être sûr qu'il sera sauvé ; aujourd'hui c'est bien s'amuser, bien manger, c'est tout », explique une jeune citadine sur le point de partir au village pour y subir le rituel ; « ici, il y en a beaucoup qui font le *kañaalen*, mais nous on ne les considère pas comme de vraies *añaalena* », dit une vieille femme qui a fait le rituel au village il y a quinze ans et qui vit maintenant à Pikine. Discours prononcé avec d'autant plus de conviction que le renoncement aux rigueurs du *kañaalen* semble frapper de nullité la souffrance qu'elles-mêmes ont subie ou vont subir. On est donc en présence d'une pratique qui ressemble souvent plus à une théâtralisation qu'à une ritualisation, mais dont l'efficacité thérapeutique ne peut être totalement mise en cause : en effet, d'une part, un enfant né en ville, même dans un *kañaalen* atténué, a statistiquement plus de chances de vivre qu'un enfant né au village ; et d'autre part, conscients du caractère inéluctable des changements sociaux, les femmes s'attachent à sauver ce qui reste du rituel et qui continue de donner du sens au malheur. Comme l'écrit V. W. Turner (1972, 148), « dans les différents domaines sociaux, les individus tentent d'équilibrer la structure de leurs relations pour vivre avec le minimum d'incertitude ; ils utilisent diverses méthodes pour ralentir la vitesse du changement et poursui-

vre leur vie quotidienne dans un cadre routinier ». Mais à quoi sert donc le *kañaalen* pour qu'on cherche ainsi à le maintenir à tout prix, même dans cette forme dénaturée ?

Du point de vue de sa fonction sociale, on peut proposer l'analyse suivante. Au village, ou plutôt autrefois, le rituel manifestait la division sexuelle de la reproduction biologique (tout désordre dans ce domaine était de la responsabilité des femmes), mais il constituait le groupe féminin autour du malheur de l'une d'elles qui fournissait le prétexte d'une transgression rituelle de l'ordre social (le travestissement, l'obscénité, la dérision). Actuellement — et c'est bien sûr vrai surtout pour le milieu urbain, mais tous les témoignages concordent pour dire que le rituel villageois est aujourd'hui également moins éprouvant qu'il y a quelques décennies —, la domination masculine sur les femmes (de même de domination des vieilles sur les jeunes qui l'accompagne) existe toujours, quoique peut-être moins contraignante ; toutefois, le groupe féminin a aussi recours au *kañaalen* et à l'*añaalena* pour se reconstituer en ville, au travers des relations d'entraide, et s'affirmer par rapport aux autres groupes de citadines, en se rassemblant sur la base non plus du village (les originaires sont souvent trop rares pour former un groupe), mais de l'ethnie (la revendication ethnique diola ne prend son sens qu'en ville comme on le reverra). Autrement dit, le rituel permet aux femmes de se différencier autant du groupe des hommes que du groupe des étrangères, et de se réunir non plus dans la contestation du pouvoir (la transgression de la bouffonnerie rituelle est bien atténuée), mais dans l'affirmation des liens de solidarité (aussi bien pour aider l'infortunée que pour donner du sens à l'infortune).

Ainsi peut-on interpréter la douloureuse frénésie de ces femmes dansant à Pikine lors d'un baptême autour d'une ancienne *añaalena* qui chante en larmes la perte de ses six enfants :

*injo waayo waayé maapi ikammay*  
*eeyo waayé jawora jemmé*  
*kuñoolo di efunukey*  
*kunineek kumaalé karambaaku*  
*mati enesey efunukey*  
*efunukey ebamban ebamban mati*  
*jawora ñaamoy jemmé yo*  
*kuñoolo di efunukey*

Lamento poignant qui dit la souffrance d'une mère en train de regarder les hommes qui partent dans la forêt couper les branchages (*efunukey*) pour recouvrir les tombes de ses enfants.

-

████████████████████

## DEUXIÈME PARTIE

---

### Les malades

Les sociologues qui ont abordé la maladie du côté des malades se sont le plus souvent intéressés au rôle que la société imposait au patient (Parsons, 1951) ou au vécu que le sujet intériorisait (Herzlich, 1969). Ces approches fonctionnalistes des uns ou psychologiques des autres ne permettent peut-être pas d'appréhender ce qu'il y a de spécifique et de violent dans la relation entre le malade et son thérapeute : un rapport de force qui lie celui qui soumet son symptôme et celui qui pose son diagnostic, entre celui qui souffre et celui qui sait. L'acte thérapeutique est en effet sous-tendu par cet enjeu de pouvoir autour du savoir qui fait que même le ministre le plus puissant, s'il est victime d'une affection ou d'un ensorcellement, est entre les mains de son médecin ou de son guérisseur. Que ces derniers puissent à leur tour devenir malades ne change rien, et renforce au contraire l'assertion, car en passant du côté des soignés, le soignant change de rôle et se comporte généralement en malade : perdu dans la foule des consultants d'un dispensaire de Guedjawaye, le marabout bambara rencontré quelques jours auparavant chez lui (où il était entouré des égards respectueux dus à son savoir) n'était plus qu'un patient attendant son tour parmi des centaines d'autres et sera bientôt, comme eux, expédié avec quelques comprimés au terme d'une hâtive consultation ; de même, l'infirmier qui accompagnait sa femme chez un contre-sorcier toucouleur, à la suite d'une divination où on leur avait révélé que la stérilité de leur couple était due à une attaque en sorcellerie d'un proche parent, se remettait totalement à l'autorité du vieil homme et paraissait bien différent du chef de poste sûr de lui qui recevait les malades au dispensaire.

Situant donc du côté des malades les développements qui vont suivre, on essaiera de montrer ce rapport de force dans les recherches de traitement et d'explication qui fondent la démarche du malade : on peut à cet égard préciser que dans cette double quête, *la médecine moderne n'a pas plus le monopole de l'efficacité que les médecines traditionnelles n'ont le monopole du sens*. Mais se soigner, surtout lorsqu'on est pauvre dans un pays pauvre, c'est aussi une question matérielle — du temps et des ressources à mobiliser —, et les difficultés pour accéder aux soins participent des inégalités sociales devant la santé auxquelles tentent plus ou moins activement de remédier les systèmes d'entraide que mettent en œuvre les citoyens.

## 5

# La recherche de soins

Occupé qu'il est à comprendre la dimension symbolique de la maladie et de la thérapie, l'anthropologue est sans cesse confronté au risque de perdre de vue que consulter un médecin ou un guérisseur, c'est aussi — d'abord ? — rechercher un soulagement de ses maux et de ses souffrances — une « quête thérapeutique » (*quest for therapy*), selon l'heureuse expression de J. M. Janzen (1978). Ce que le malade lui rappelle d'ailleurs à l'occasion, en indiquant que la théorie de la maladie a des fins pratiques et que, s'il voit tel marabout ou tel infirmier plutôt qu'un autre, c'est parce que « son traitement marche mieux » et a déjà guéri « un voisin qui avait la même chose ». Mais également ce que l'anthropologue éprouve lui-même dans son corps le jour où il fait un accès de paludisme ou une infection digestive, et où d'observateur il devient acteur sur la scène médicale, recourant aux médicaments pour calmer sa fièvre ou ses douleurs. Il n'y a pas là contradiction, mais seulement rappel à l'ordre épistémologique, c'est-à-dire remise en perspective des logiques théorique et pratique — celles du sujet et celles du chercheur.

### 1 | Itinéraires thérapeutiques

Pour le soignant — contre-sorcier, marabout ou infirmier —, le malade qui se présente à la consultation apparaît dans une sorte d'intemporalité : à la fois parce qu'il ne demande pas ce qui s'est passé

avant, et parce qu'il ne se demande pas ce qui se passera après, le thérapeute peut se croire au centre du processus thérapeutique (c'est ce qui se produit lorsque, omettant de signaler que son malade est également allé voir plusieurs autres guérisseurs et a reçu des médicaments au dispensaire, il s'attribue seul le mérite de la guérison). Mais le malade, lui, sait bien que sa visite au soignant n'est qu'une étape dans un « processus de recherche de soins » (*health-seeking process*) pour reprendre les termes de N. J. Chrisman (1977) : sauf pour certaines affections banales, il est rare qu'un seul thérapeute vienne à bout de la totalité des troubles. En introduisant la notion d'« itinéraires thérapeutiques », on restitue donc à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successifs à des systèmes médicaux différents) et on lui redonne sa signification de quête (étapes successives permettant d'accéder à la guérison). C'est ce qui apparaît dans l'histoire de « l'abcès noir » d'Alimato, racontée par sa mère.

« C'était lorsque Alimato avait la rougeole. Elle était soignée au dispensaire à côté. Au début, elle avait seulement un bouton sur la joue. L'infirmier lui a mis de l'auroémocine et une bande collante. Mais après trois jours, ça avait gonflé, c'était devenu tout noir et tout plat, très différent d'un abcès normal. Ma mère, lorsqu'elle a vu Alimato, a tout de suite reconnu qu'il s'agissait d'un abcès noir (*tap bu ñul*) : ça vient quand on reçoit une flèche qu'on appelle flèche du Saloum (*fett u saalum*) et qui est envoyée de là-bas, dans le Saloum, mais on ne sait pas comment, ni par qui ; quand elle touche quelqu'un, elle fait un petit bruit sec, et elle donne un abcès noir ; c'est souvent la nuit qu'elle vient et c'est pour ça qu'il faut fermer les fenêtres le soir. Quand ma mère a dit ces paroles, j'ai commencé à chercher un guérisseur car je savais que la médecine ne pourrait la soigner : la plaie noire ne veut pas des traitements des Blancs. Le premier était un guérisseur saloum-saloum qui habite dans le quartier ; il lui a fait un nœud (*fas*) pour porter autour du cou ; et il m'a dit de préparer une poudre (*sunguf*) avec des gambos, de la braise et de l'huile, pour mettre sur la partie infectée ; après quelques jours, le trou a commencé à s'ouvrir, et la pâte qu'on mettait dedans aspirait le pus ; mais ça ne guérissait pas complètement ; une voisine qui a vu l'abcès m'a dit qu'elle connaissait un mouride qui soignait ça. Le deuxième était donc un marabout wolof ; il m'a donné un grigri (*tee-ré*) pour attacher autour du cou, et des racines (*renn*) à mettre dans l'eau pour boire et pour appliquer sur la plaie. Ce guérisseur est plus fort que le premier : lorsqu'il a vu Alimato la première fois, elle était

dans un état très inquiétant, tout le visage était pris, un œil était complètement fermé, l'autre ne laissait plus qu'un petit espace ; il a montré sa paume à Alimato et lui a dit : regarde ; puis il a fermé sa main, a récité des versets, a secoué le poing, et il a de nouveau montré sa paume ; elle contenait l'œil d'Alimato. [Je demande des détails.] C'était un liquide blanc, comme l'œil d'un poisson qu'on vient de vider. Il a envoyé sa main sur son vêtement, puis il l'a fermée à nouveau ; quand il l'a rouverte, le liquide était moins abondant. Il a recommencé plusieurs fois, et à chaque fois l'eau dans sa main diminuait. A la fin, il m'a dit : ta fille va revoir aujourd'hui ; et pendant qu'il écrivait le verset pour le grigri, Alimato a ouvert un œil puis l'autre. C'est de ce jour qu'elle a vraiment commencé à guérir ; c'est pourquoi le marabout est plus fort que le guérisseur. Pourtant, même avec leurs traitements, la plaie continuait à couler ; elle faisait un grand trou au fond duquel on voyait la dent ; elle commençait à sentir et à attirer les mouches, surtout à cause du produit du guérisseur. J'ai eu peur qu'elle fasse le tétanos parce que je sais qu'avec ces racines sur les plaies, surtout quand ça sent, il peut y avoir des infections. Alors j'ai tout arrêté et à la place j'ai fait des soins avec du permanganate que j'avais : je le mettais dans l'eau, puis je nettoyais la plaie avec un coton trempé dans le permanganate ; après ça je recouvrais d'auréomycine et de coton pour éviter les mouches. Au bout de quelques jours j'ai vu que ça se fermait. »

Récit exemplaire en ce qu'il illustre la diversité des pratiques de soins et des systèmes de référents mis en œuvre autour d'une affection relativement banale (un abcès) : médecine du dispensaire et médecine des guérisseurs, traitement par les plantes et traitement par le verbe, interprétation naturelle de la surinfection de rougeole et explication surnaturelle par la flèche du Saloum, croyance en l'apparition magique de l'œil dans la main et critique de l'inefficacité des remèdes traditionnels, savoir ancestral de la grand-mère et connaissance des médicaments modernes par la mère. Tout l'éventail symbolique et thérapeutique est mis à contribution pour la recherche de la meilleure efficacité. Aucune contradiction n'est perçue entre les différents registres auxquels il est fait appel : la logique est celle de la guérison. Quant aux changements d'option — passage du dispensaire au guérisseur, du guérisseur au marabout, du marabout au permanganate —, ils se produisent au point de rencontre d'une prise de conscience progressive que le traitement en cours est inefficace et d'une intervention, généralement extérieure (mère, voisine), qui offre

une alternative meilleure ; autrement dit, lorsque sont réunies la perception de l'échec et l'opportunité de le dépasser. Pragmatisme qui n'apparaît pas toujours dans les modèles reconstruits *a posteriori* par les sujets et par les ethnologues, où la logique théorique présentée diffère largement des logiques pratiques effectivement utilisées. Comme le relève P. Bourdieu (1980, 144), « il faut reconnaître à la pratique une logique qui n'est pas celle de la logique pour éviter de lui demander plus de logique qu'elle ne peut en donner et se condamner ainsi soit à lui extorquer des incohérences, soit à lui imposer une cohérence forcée ». Deux exemples illustreront plus précisément cette discussion.

Aminata Ba est une jeune femme peul, mère de deux enfants, seconde épouse d'un fonctionnaire du fisc vivant dans le quartier Golf. Lorsque son premier enfant avait un an, il a eu une rougeole grave compliquée de diarrhée et bientôt d'un prolapsus rectal (*xaar* en wolof, décrit comme « une déchirure de l'anus avec écoulement de sang, à cause de la diarrhée qui dure ») ; Aminata l'a conduit d'abord au centre de Protection maternelle et infantile (PMI) de la Médina, à Dakar ; en discutant avec d'autres mères dans la salle de consultation, elle a appris l'existence d'une guérisseuse diola très réputée pour les maladies infantiles et résidant au Cap Manuel, c'est-à-dire à l'extrémité de la péninsule du Cap-Vert ; elle s'est donc rendue le lendemain chez la vieille femme qui lui a donné un traitement à base de racines ; pendant trois semaines, l'enfant était conduit alternativement au centre de PMI et chez la guérisseuse ; puis Aminata est tombée malade à son tour, et c'est sa mère qui a pris en charge l'enfant à Yeumbeul où elle habitait ; presque chaque jour elle amenait l'enfant au dispensaire situé près de chez elle, et une fois par semaine chez la guérisseuse du Cap Manuel ; après un mois, son petit-fils était guéri ; et depuis lors, il est régulièrement suivi au centre de PMI de la Médina. Deux ans plus tard, son jeune frère, qui avait alors quatre mois, a eu également la diarrhée ; elle l'a conduit au dispensaire situé à deux cents mètres de chez elle, puis comme il n'y avait pas d'amélioration, à celui de Guedjawaye à trois kilomètres de son domicile, car elle y connaissait « quelqu'un » ; après une semaine de traitement inefficace, elle a commencé un remède traditionnel à base de pain de singe (fruit du baobab) préparé sous forme de bouillie ; c'est alors que l'enfant s'est mis à aller mieux.

On peut, dans un souci de clarté, tenter d'explicitier ces deux itinéraires de soins. Pour son premier fils, Aminata, qui était « nouvelle »

dans le quartier Golf, avait donc préféré se rendre deux ou trois fois par semaine à Dakar où elle avait précédemment habité, pour conduire son enfant au centre de PMI de la Médina et chez la guérisseuse diola du Cap Manuel, c'est-à-dire parcourir vingt kilomètres plutôt que de consulter au dispensaire de son quartier ou chez un thérapeute de Pikine ; lorsque la grand-mère a dû continuer les soins, elle a changé de lieu de traitement moderne mais a conservé, malgré la distance, la soignante traditionnelle. Pour son second fils, qui présentait un tableau « presque aussi grave », explique-t-elle, Aminata avait consulté à Pikine, cependant qu'elle continuait à amener l'autre enfant au centre de PMI de Dakar, et n'avait pas jugé utile de recourir à un guérisseur, alors même qu'elle décidait de commencer un traitement traditionnel. Que devra faire l'observateur de cette histoire dont le cheminement paraît bien complexe ? Déclarer sans aucune logique ces itinéraires thérapeutiques — mais la mère des enfants pourrait probablement justifier chacun de ses choix ? Ou bien forcer la cohérence en reconstruisant des schémas mécanicistes — ce qui est toujours facile *a posteriori*, mais qui ne permettrait certainement pas de prévoir un comportement pour un troisième enfant dans une situation apparemment identique ?

Amadou Tall est un Toucouleur qui vit à Médina-Gounasse avec ses deux épouses peul et ses douze enfants. Sa première femme a eu sept enfants dont une fille décédée à l'âge de sept ans ; elle indique que « pour la rougeole, on la soigne chez Mballo [un infirmier toucouleur d'un autre quartier] car il est renommé pour cette maladie » ; or, parmi les trois enfants les plus jeunes, si Awa, qui a trois ans, a effectivement été soignée dans son dispensaire, en revanche, pour la même affection, son frère Bayla a été conduit « chez les sœurs de Guedjawaye », et son autre frère Ablaye a reçu un traitement « à l'Institut de Pédiatrie sociale » de Pikine. Autrement dit, la théorie énoncée ne correspond que dans un cas sur trois à la pratique réelle. Quelle explication est donnée par Amadou et son épouse ? Pour les religieuses, c'est parce qu'ils avaient autrefois habité dans le quartier où elles ont leur dispensaire, et aussi parce que les médicaments sont donnés gratuitement. Pour l'institut pédiatrique, c'est sur la suggestion d'une voisine. En fait, il y a toujours une bonne raison pour déroger à la règle ; mais alors, quelle en est la valeur ? N'y a-t-il pas plus d'information contenue dans l'écart à la norme que dans la norme elle-même ?

Ainsi, Malick Diouf, qui est salarié dans une entreprise de Dakar,

a-t-il toujours refusé de conduire ses enfants au dispensaire et préfère-t-il les faire soigner à l'hôpital Fann où il connaît « quelqu'un ». Pourtant, le jour où je le rencontre, c'est au dispensaire de Golf où il vient d'amener son fils qui souffre de violentes douleurs abdominales. S'il a renoncé à ses principes c'est, explique-t-il, parce qu'il n'a « plus de liquidités » : on est en effet le 10 du mois de juin, c'est-à-dire à une semaine de la fin du Ramadan pour laquelle il a engagé d'importants frais. Encore loin du jour de la paye et pourtant déjà endetté, il s'est résolu à venir au dispensaire. L'intérêt de cette observation est bien ici de révéler, dans la différence entre la règle énoncée et la pratique effective, le poids des contraintes économiques qui le conduisent à recourir à une structure qu'il dit ne pas vouloir fréquenter.

Le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. D'où le peu de valeur qu'on peut attribuer aux réponses à des questions formulées sur le mode : « lorsque vous êtes malade, où consultez-vous ? » que l'on retrouve dans de nombreuses enquêtes. D'où, surtout, la nécessité de resituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique.

## 2 | Etapes en chemin

De l'itinéraire thérapeutique du malade, l'ethnologue ne peut observer que des tranches, c'est-à-dire les arrêts aux étapes, chez le guérisseur ou au dispensaire. Ne pouvant accompagner son « enquêté » tout au long du parcours, il est en effet réduit à devoir se contenter, sur tout le reste, d'un discours qui est la représentation élaborée par le malade à partir de son expérience, et souvent transformée volontairement par des censures ou des enjolivements. C'est dire le prix de l'information recueillie « en situation ». Mais obtenir d'un thérapeute d'assister à sa consultation, c'est violer le secret de la relation thérapeutique : sauf dans les rituels, qui sont généralement des mises en scène — qu'il s'agisse du *ndëp* chez les Lébou ou de la visite profes-

rale à l'hôpital —, l'activité du soignant revêt en effet un caractère privé. Être présent, c'est donc risquer que le malade n'ose révéler les vraies raisons de sa consultation, que le thérapeute se sente en situation d'être jugé, et finalement que le traitement s'avère inefficace. Il est donc beaucoup plus délicat d'observer un guérisseur ou un infirmier dans son travail que de l'interroger en dehors de ce contexte.

La consultation revêt des formes différentes selon le thérapeute, le type de demande, l'âge et le statut du demandeur, les circonstances et les lieux. Le modèle qui fait se succéder : exposition du problème par le malade ou son accompagnant, résolution diagnostique au cours d'une séance de divination, proposition thérapeutique contre paiement, n'est qu'une trame et comporte de nombreuses variantes. Ainsi, le problème peut être exposé clairement ou à mots couverts, concerner un problème de santé ou une tout autre affaire, nécessiter une interprétation ou seulement une solution ; la divination peut être jugée inutile ou être simplement remise à plus tard, décidée par le thérapeute ou choisie par le malade ; le traitement peut être immédiat ou différé, payé directement au soignant ou obtenu par une aumône aux pauvres ; la consultation peut avoir lieu chez le thérapeute ou au domicile du malade, sans témoin ou devant toute la famille. Quelques illustrations donneront des indications plus précises sur la consultation.

Un jour que nous nous entretenions avec Demba Kanouté, vieux guérisseur soninké, une vieille femme wolof entre, tenant son petit-fils dans les bras. Elle montre les fesses de l'enfant : « De l'eau sort par l'anus. Ça a commencé avant-hier à cinq heures par des vomissements. Dans la nuit, la diarrhée est venue. J'ai fait une bouillie avec du pain de singe, de la farine de mil et du sucre, mais ça n'a pas arrêté la diarrhée. » Demba écoute les paroles de la grand-mère, examine le corps de l'enfant, et énonce le traitement : « une poudre pour mettre sur l'anus, une racine à boire en décoction et une eau bénite pour laver le corps ». Il applique lui-même la poudre, indique les modalités de préparation de la racine, et donne le flacon qui contient le verset coranique. Il ne demande rien : « pour les petits, je ne réclame pas d'argent », mais une femme qui accompagne la vieille lui donne 350 F. Le lendemain matin, la grand-mère reviendra voir Demba pour qu'il constate l'amélioration ; entre-temps, elle sera allée au dispensaire des sœurs où une ordonnance de sirop aura été prescrite, puis achetée grâce à l'aide de parents. Ici, la consultation est donc réduite à une expression très simple : maladie identifiée sans difficulté,

autres diagnostics écartés par l'examen du corps, association thérapeutique classique de la pharmacopée et de la magie. En somme, une démarche très clinique, que ne désavouerait probablement pas, dans son principe, la faculté de médecine.

Paradoxalement, c'est au dispensaire voisin que cette méthode semble avoir été oubliée (ou jamais apprise). Le bénévole qui reçoit l'enfant diarrhéique en consultation interroge rapidement la mère, ne déshabille pas le petit malade, propose éventuellement une injection, rédige hâtivement une ordonnance dont il n'ignore pas que plus d'une fois sur deux elle ne sera pas achetée, et passe au patient suivant ; précipitation que ne justifie pas toujours le nombre de consultants. De semblables constatations sont faites par J. F. Werner (texte non publié) dans un centre de PMI de Pikine, qu'il compare avec la consultation d'une guérisseuse : on retrouve la même inexistence de la relation humaine avec la mère et la même absence de l'examen clinique vis-à-vis de l'enfant. C'est d'ailleurs également ce que relève B. Hours (1985) dans le discours des malades d'un dispensaire de Douala : dénonciation du caractère agressif des rapports humains et accusation d'incompétence doublée de malhonnêteté. Cependant, ces descriptions volontiers pessimistes de la médecine dite moderne et des soins de santé primaires ne peuvent tenir lieu d'analyse, et autoriser l'économie d'une discussion plus approfondie qui prenne en compte notamment le fait que chaque année 500 000 consultations d'enfants aient lieu dans les centres de santé de Pikine, témoignant ainsi d'une certaine adéquation des services à la demande sociale.

Autre lieu, autre contexte. Pedro da Silva est un guérisseur manjak qui reçoit ses patients dans une petite salle située derrière le débit de boissons officiel dont il est également propriétaire. Le local est faiblement éclairé ; une âcre odeur de vin répandu y règne ; dans un coin, l'autel jonché de cornes de vache, de chiffons, de Calebasses, de sang et de plumes. Lors de notre deuxième visite, nous lui demandons d'assister à une consultation, ce qu'il accepte avec réticence. L'homme qu'il fait entrer a une trentaine d'années ; il expose en une phrase qu'il s'agit d'un « problème avec un parent » ; puis il tend un billet de 1 000 F à Pedro qui disparaît derrière un rideau et réapparaît quelques instants plus tard avec une bouteille de vin rouge. La séance de divination peut commencer : Pedro verse le vin sur l'autel ; puis il égorge le coq apporté par l'homme, en répand le sang autour de lui, et en jette quelques poignées de plumes par-dessus ; enfin il éventre le coq et en examine les reins : ils sont blancs, les choses s'an-

noncent donc bien pour son client (s'ils avaient été noirs, il aurait indiqué que ce n'était pas même la peine d'essayer). Avec un morceau de papier que lui donne l'homme et sur lequel sont inscrits des mots en arabe, il commence son action maléfique contre le parent rival et nous demande de sortir : *exeunt* les étrangers. L'examen des entrailles d'un animal constitue un procédé divinatoire très ancien et très répandu ; ici, il sert d'abord à connaître les chances de réussite des opérations ultérieures, et représente donc une étape préliminaire indispensable, mais il permet également de préciser l'origine du mal ou l'étiologie de la maladie, et par conséquent donne les indications pour les actions à entreprendre. Jamais Pedro da Silva n'examine le corps de son visiteur, seules les entrailles de l'oiseau l'intéressent.

L'usage de la magie, voire de la divination, ne fait pas partie de l'éventail diagnostique dont disposent les médecins. Pourtant, si l'on y regarde de plus près dans la pratique clinique des généralistes de Pikine, on peut se demander dans quelle mesure la radioscopie ne joue pas un rôle équivalent, dans la représentation que s'en fait le malade, à la technique divinatoire de Pedro da Silva : quatre des cinq médecins installés à Pikine en 1986 disposaient de cet appareil dont ils se servaient fréquemment ; certains des patients se présentaient même en exigeant l'examen « qui permet de voir à l'intérieur ». La différence entre les deux techniques, dans le regard que portent sur elles les malades pikinois, ne viendrait-elle pas de ce que les médecins ont sur les guérisseurs la possibilité de lire à l'intérieur du corps de l'homme au lieu de celui de l'animal, l'image radioscopique et les entrailles sacrificatoires se situant vis-à-vis de la représentation de l'organe malade dans un rapport respectivement métonymique et métaphorique ?

En établissant ces comparaisons — entre le guérisseur et l'infirmier, entre le devin et le médecin —, et en présentant ainsi une juxtaposition de fragments d'itinéraires de soins, il s'agit d'inverser le regard, de se placer du côté du malade, et de se demander s'il n'y a pas une représentation de la relation thérapeutique qui dépasse l'opposition moderne/traditionnel. Pour le consultant, ou son entourage, tous les thérapeutes s'inscrivent dans une logique identique de guérison. Mais plus encore, même s'ils appartiennent à des univers culturels différents — celui du village et celui de la ville, pour faire court —, leurs pratiques médicales sont dans un seul champ d'interprétation : le malade ne voit pas, d'un côté la « magie », et de l'autre la « science », de même qu'il ne distingue pas, chez le marabout, le « magique » du « religieux » pour reprendre des concepts classiques

de l'ethnologie ; il juge le thérapeute quel qu'il soit, en termes d'efficacité ou d'honnêteté ou de sympathie, il trouve dans la relation thérapeutique quelle qu'elle soit, des éléments qu'il rapporte au surnaturel ou au naturel, à un savoir théorique et à une connaissance empirique, à un contexte social et à une situation particulière. Ce qui ne signifie bien sûr pas qu'il ne fasse pas la différence entre aller chez le médecin et se rendre chez le guérisseur.

### 3 | Errances dans la ville

Pour peu que la maladie dure, que le malheur se renouvelle, et que le sujet fasse ainsi l'expérience de l'inefficacité des recours habituels, l'itinéraire thérapeutique se transforme en errance au cours de laquelle le malade s'accroche à tout nouvel espoir et n'hésite pas, pour obtenir le soulagement de son mal, à y sacrifier tout ce qui est en sa possession.

Khardiata Ba est une jeune femme peul qui vit à Médina Gou-nasse. Elle est née à Dakar et s'est mariée en 1979 avec son cousin agnatique Mamadou Ba qui est également un citadin de la deuxième génération. Elle a eu sa première grossesse deux ans plus tard, mais l'issue en a été défavorable, et elle a mis au monde un mort-né. Peu après l'accouchement, elle a commencé à ressentir des douleurs au ventre et au dos. Mais ce n'est qu'au bout de deux ans, alors qu'elle n'avait pas eu de nouvelle grossesse et qu'elle souffrait toujours, qu'elle a commencé à consulter — l'inquiétude de la stérilité s'ajoutant à ce moment à une conscience croissante des symptômes douloureux. Elle va d'abord en médecine générale à l'hôpital Fann : on lui fait des radiographies de la colonne vertébrale et on l'adresse en neurologie. Un premier spécialiste parle de « sciatique lombaire », un second conclut à une « ostéoartrite de hanche » ; elle reçoit un traitement anti-inflammatoire qui s'avère inefficace, et dont on augmente progressivement les doses (sur l'une des ordonnances, on trouve ainsi une posologie correspondant au double des quantités maximales proposées par le laboratoire). Finalement, après plusieurs mois de consultations, on l'hospitalise quinze jours, et comme, au terme de cette période, elle ne va toujours pas mieux, elle est renvoyée chez elle. En

désespoir de cause, Khardiata consulte alors chez les sœurs de Guedjawaye qui reconduisent le traitement de l'hôpital.

C'est vers cette époque qu'elle se tourne vers la médecine traditionnelle. Une voisine lui conseille d'aller voir un guérisseur sérer réputé, à Khembeul, à une centaine de kilomètres de Dakar. Elle le voit à trois reprises. La première fois, elle lui dit simplement en arrivant : je suis malade, je veux me soigner ; il ne l'examine pas mais il fait une divination dans l'eau d'un canari ; puis il lui explique que la maladie est causée par les mauvais esprits (*nit ku ñul*, les noirs), que les sorciers (*dëm*) se sont associés au vent (*ngellaw*) pour l'affaiblir, qu'elle doit prendre un traitement par les plantes ; en lui donnant les racines et les feuilles, il lui demande 3 000 F. Les deux autres fois, les choses vont plus vite, puisqu'il n'y a qu'à reprendre la prescription précédente, et elle paie 1 500 F. Ne constatant aucune amélioration, elle continue ses recherches et entend parler, chez une parente, d'un guérisseur, également sérer, qui vit à Sébikotane, village situé à une soixantaine de kilomètres au sud de Dakar : elle décide d'y partir avec son mari et pendant deux mois, elle le voit chaque jeudi. Lors de la première consultation, il lui demande de se déshabiller, la fait laver avec une eau dans laquelle macèrent des racines, puis l'examine nue : il lui touche le ventre et conclut que « c'est l'intérieur (*biir*) qui s'est retourné » après l'accouchement ; la divination qu'il fait en jetant ses cauri sur le sol confirme son diagnostic ; il entreprend alors un traitement à base de massages et de plantes ; le prix en est fixé à 4 500 F qu'elle demande à payer petit à petit ; de plus, elle s'engage à lui faire une offrande importante le jour où elle aura un enfant. Mais ce ne sera pas nécessaire car elle n'obtiendra pas les résultats espérés et cessera de voir le guérisseur — dont elle n'aimait d'ailleurs pas la façon de l'examiner.

Parallèlement à ces thérapeutes traditionnels, elle consulte également des marabouts (c'est elle-même qui fait implicitement cette distinction en ne me signalant pas ces derniers parmi les guérisseurs, *faajkat*, et en les classant sous le nom de *seriñ*). L'un est un Manding qui lui parle de travail maraboutique par « un de ses prétendants ». Le second est un Manjak qui lui indique qu'elle est l'objet d'attaques de la part de celui qu'elle a « refusé en mariage ». Le troisième enfin est un Peul qui lui dit qu'une sorcière au teint noir et au visage balafré est entrée dans son ventre. Chacun donne son remède composé de versets et de racines. Chacun fixe son prix : le Manding n'exige rien ; le Manjak demande 2 500 F et une paire de chaussures ; le Peul parle

de 5 000 F, mais comme le mari de Khardiata n'a que 500 F, il les accepte et repousse à plus tard le reste de la somme. Enfin, il y a les grands marabouts, comme Mountaga Tall, descendant d'El Hadj Oumar, chef de l'une des deux grandes familles de la confrérie tidjane : il a fait sa bénédiction et écrit un verset coranique, et n'a rien pris en paiement.

Et maintenant ? Ayant consulté médecins, guérisseurs, marabouts, en nombre tel qu'à chaque fois que je la revoyais, elle pouvait en évoquer de nouveaux, ayant donné de son temps, de ses forces, de ses ressources, pourtant bien maigres puisque son mari est sans travail et dépend d'un cadet salarié dans une entreprise, mais toujours malade, souffrante et stérile, Khardiata cherche encore des solutions : « J'ai entendu dire que les Chinois de Gambie (un hôpital construit et tenu par des coopérants de Chine) peuvent guérir des cas comme le mien. Si mon mari trouve un peu d'argent, nous irons ensemble là-bas dans deux ou trois mois. » Ses espoirs ont rétréci, le doute s'est installé. Elle a jeté les versets des marabouts, a interrompu les traitements par les plantes, a cessé de consulter à l'hôpital. Elle dit ne plus croire à ces histoires de sorcellerie, à ces examens radiographiques, à tous ces thérapeutes qui lui ont promis la guérison, lui ont pris son argent et ne lui ont rien donné en échange. Pourtant, elle est prête à essayer de nouveau, à tenter encore une fois sa chance, et comme je lui propose une consultation de gynécologie avec une spécialiste dont je connais les qualités humaines et professionnelles, elle n'hésite pas un instant. La fois suivante, quand je la revois, elle a commencé ce traitement qui l'aide à reprendre un peu confiance, en même temps il lui redonne, vis-à-vis de la famille de son mari, un statut de femme malade, au lieu de celui de cas désespéré qui était le sien depuis plusieurs mois et faisait planer sur elle la menace d'un divorce, non souhaité par son mari.

L'histoire de Khardiata est tristement banale. D'autres récits de stérilité recueillis à Pikine apporteraient le même témoignage d'errances à travers la ville en quête d'un traitement. Si le milieu urbain apparaît souvent, aux populations et aux observateurs, comme un lieu de multiplication des ressources thérapeutiques — et cette étude de cas en fournit l'illustration —, elle n'en est pas pour autant nécessairement un lieu d'efficacité supérieure, et les moyens mis en œuvre ne sont pas toujours à la hauteur des résultats obtenus, aussi bien dans la qualité de la relation humaine que dans l'amélioration de la santé du malade. Les signes de l'inadaptation des diverses méde-

cines à la plainte du malade sont particulièrement manifestes pour les citadins de la deuxième génération, ces *juudu jeeri* (nés loin du village) dont un proverbe dit qu'ils ne parlent plus le pulaar (la langue de la Vallée du Fleuve) et ne connaissent pas encore vraiment le wolof (la langue véhiculaire utilisée en ville) : pour eux, la référence au monde des origines n'est plus inscrite dans une expérience de l'enfance et de l'adolescence, mais seulement dans les récits qu'ils en ont par les plus vieux, installés ou de passage, quand elle n'est pas totalement oubliée, comme pour cet homme de parents toucouleur, né à Dakar, qui ne parle pas le pulaar et qui se déclare même wolof lorsqu'il lui demande son appartenance ethnique.

#### 4 | L'offre et la demande

Les manifestations les plus évidentes du décalage entre l'offre médicale et la demande des malades sont perceptibles dans la relation thérapeutique à l'hôpital. Confronté à une symptomatologie douloureuse lombaire, le médecin part sur cette piste sémiologique, demande l'examen complémentaire correspondant et confie son patient à un spécialiste neurologue. A aucun moment, ni lui, ni ses divers collègues intervenant à sa suite, ne tentent de replacer le symptôme dans une anamnèse complète qui fasse apparaître le problème de procréation. Ce que tout l'entourage de Khardiata voit, ce que le médecin comprendrait si le cas se produisait dans sa propre famille, à savoir que la douleur n'est que la somatisation de la stérilité, sa façon de s'exprimer dans le langage du corps, est ici occulté. Tout se passe comme si, en revêtant sa blouse blanche, le thérapeute faisait disparaître temporairement les référents qui, en dehors de l'hôpital, lui servent à interpréter les événements et les rapports sociaux : sa relation au malade, totalement formée sur le modèle enseigné à la faculté de médecine, ne peut prendre en compte que la dimension biologique du trouble somatique. Cette dichotomie dans l'approche du patient résulte de l'existence d'une double grille de lecture : celle de la connaissance académique qui fait entrer le symptôme dans une chaîne physiologique (des diverses plaintes, on ne conserve que la douleur, plus précise et moins équivoque que la faiblesse du corps, et on remonte jusqu'à une explication neurologique ou rhumatologique qu'autorise

la réduction préalable de la symptomatologie), et celle de la connaissance empirique acquise dès le plus jeune âge qui relie immédiatement le trouble à un contexte social (s'il y a mal-être et stérilité, c'est que quelqu'un, esprit ou humain, cherche à faire le mal, volontairement ou non). Aucun passage n'est prévu entre les deux : certes, il arrive que le médecin, et plus encore l'infirmier, change inopinément de registre ; mais le plus souvent, il n'utilise, dans son rôle de thérapeute, que celui de la médecine moderne qui est à la fois plus facile pour lui, et plus valorisant vis-à-vis des autres. Ainsi le voit-on renier avec sincérité « les croyances ancestrales » et « les histoires de sorcières » lorsqu'il est à l'hôpital, et parler de la possibilité d'un acte maléfique ou de la nécessité d'un traitement rituel pour un malade de sa famille vu chez lui. Face à ce discours positiviste du médecin, le patient et son entourage se sentent démunis : « Chaque fois, on me demande de passer une radio pour savoir ce que j'ai, explique Khardiata. Chaque fois, je reviens avec la radio, mais on ne me dit rien : on me fait une ordonnance et c'est tout. Mais jamais je ne vois d'amélioration de mon état. »

Le décalage entre le malade et le soignant est également perceptible dans la médecine traditionnelle. La logique du thérapeute, qu'il s'agisse du guérisseur sérer, du marabout peul ou de Mountaga Tall est une logique de pouvoir. La logique du malade, en l'occurrence de Khardiata, est une logique de guérison — plus encore que de sens. Les deux ne se croisent que parce que guérir c'est accroître le pouvoir de celui qui guérit : le thérapeute y gagne en prestige, y augmente ses gains, y renforce son influence. Mais un échec ne le menace pas fondamentalement, sauf dans des cas exceptionnels comme celui du vieux chaman vaincu par Quesalid et qui décide de mourir (Lévi-Strauss, 1958) : s'il n'a pas réussi à sauver le malade ou à donner une descendance à la femme, le thérapeute peut toujours se justifier en invoquant une prescription mal respectée ou une interférence avec un autre soignant.

Si ces remarques valent d'une manière générale pour la relation du malade et du guérisseur, un trait particulier au milieu urbain mérite l'attention : lorsque le sujet consulte un thérapeute de son village, il est le plus souvent avec celui-ci dans un rapport qui se fonde sur une connaissance réciproque des liens éventuels de parenté ou d'alliance, des relations d'âge ou de statut, des données sur le contexte de survenue de la maladie, et c'est en fonction — de l'ensemble de ces éléments, joints au type de demande, que le guérisseur va interpréter la

situation et proposer un traitement ; en revanche, à la ville, il se peut qu'il ignore tout de son visiteur, il va donc devoir bâtir une explication et élaborer une thérapeutique sans connaître rien du contexte. Un exemple peut être donné ici : un jour, je conduisis, à sa demande, une amie européenne auprès d'un guérisseur qui lui fit une divination à l'aide d'écrits coraniques, selon le principe géomantique décrit par C. Monteil (1931) ; le vieux Bambara qui était de passage à Pikine n'avait jamais prédit « pour un *tubaab* », et ignorait probablement tout du mode de vie des coopérants à Dakar ; il dut composer avec ses lacunes et livra une interprétation parfaitement générale qui emporta néanmoins la conviction de sa visiteuse, étonnée qu'on ait pu si bien connaître et décrire sa situation ; c'est en fait la conjonction de l'intelligence (le sens du social) dont avait fait preuve le devin, et de la prédisposition (le désir de croire) qu'avait manifestée sa consultante qui avait permis ce résultat. Khardiata, lorsqu'elle se rend chez le guérisseur sérer ou le marabout peul, est dans une situation semblable : ils ne savent rien d'elle, de son histoire, de son statut ou de sa caste, de ses relations avec sa famille ou sa belle-famille, et pourtant ils vont lui livrer une « interprétation sociale » (qu'il s'agisse de sorcellerie ou de rivalité d'un prétendant) ; explication qui ne prendra son sens que pour autant que Khardiata voudra le lui donner, en lui accordant du crédit.

Le thérapeute citadin est donc, vis-à-vis de son malade, dans une situation de moindre connaissance culturelle et familiale, et de plus grande neutralité sociale et affective : il se fera volontiers obscur ou imprécis dans la prédiction (qui n'a pas d'ennemis, potentiels agresseurs ? quelle femme n'a pas eu de prétendant ? quel homme n'a pas de rival déçu ?) ; il ne pourra pas jouer ce rôle de médiateur, ou à l'inverse, de partisan qu'a souvent le guérisseur en brousse. En revanche, il pourra plus facilement se permettre des choses qui n'auraient guère été possibles dans un contexte de connaissance mutuelle (des escroqueries, notamment). Qu'on le comprenne bien : il ne s'agit pas d'oublier l'existence, au village, de marabouts itinérants qui sont vis-à-vis de leurs consultants, dans une position identique à celle qui a été décrite pour les thérapeutes citadins ; ni bien sûr de nier qu'on puisse faire appel, en ville, à des guérisseurs de même origine que soi avec lesquels on a parfois des liens de parenté ou d'alliance, comme il a été dit pour les thérapeutes ruraux ; et il n'y a pas lieu enfin de distinguer artificiellement, comme dans la fable, un « guérisseur des villes » et un « guérisseur des champs ». Pourtant, il semble qu'on observe

actuellement un double phénomène de multiplication des recours (parallèle à la prolifération de thérapeutes) et de décontextualisation de la relation thérapeutique (si l'on peut appeler ainsi la perte de la notion de contexte social dans la prise en charge du malade) ; on parle ici de tendances évolutives, et non de données statiques.

Mais il ne faut pas considérer ces observations comme limitées à la médecine traditionnelle ou à l'Afrique d'aujourd'hui : d'une part, les constatations faites valent également pour la relation thérapeutique en médecine moderne (le praticien de province ou l'infirmier de village ont avec leurs malades des rapports bien différents de ce qu'ils sont à l'hôpital ou au dispensaire urbain entre médecin ou chef de poste et patients) ; d'autre part, ces phénomènes ne devraient guère étonner si l'on regarde ce qui se passe actuellement en France (où les différences de pratiques entre médecins de campagne et médecins de ville pourraient être comparées à celles décrites entre les guérisseurs ruraux et les guérisseurs citadins). En fait, ne devrait-on plutôt considérer que les transformations de la relation thérapeutique ne constituent que l'un des symptômes révélateurs des changements survenus plus généralement dans les rapports sociaux au sein des sociétés contemporaines — notamment en milieu urbain ?

## 6

# La quête de sens

« Dans les sociétés occidentales autant que dans les sociétés dites traditionnelles, s'il est une quête du sens qui affecte tout individu, c'est bien celle qu'inaugure le désordre bio-physiologique, la maladie », écrit N. Sindzingre (1984). Donner du sens à l'infortune, c'est en effet la maîtriser à la fois sur le plan cognitif — la mettre à sa place dans l'ordre des choses, dans la vision du monde —, et sur le plan concret — y remédier ou la prévenir. La littérature ethnologique s'est depuis longtemps intéressée à la dimension symbolique de la maladie, à travers notamment les études sur la magie et sur la sorcellerie, s'attachant souvent plus à la dimension cognitive (représentations du corps biologique et du corps social) qu'aux aspects concrets (pratiques thérapeutiques ou sociales). Ou plus exactement s'intéressant plutôt à la dimension culturelle (« rapports de sens ») qu'aux aspects sociaux (« rapports de force »), pour paraphraser M. Augé (1984). C'est peut-être l'une des tâches de l'anthropologie sociale que d'inverser la perspective et de rappeler que la façon dont on interprète et soigne les désordres du corps n'est pas sans relation avec la façon dont on conçoit et impose l'ordre de la société, ainsi qu'en témoigne l'étude des représentations et des pratiques qui sont mises en œuvre autour de la lèpre, de la folie ou de la sorcellerie.

### 1 | Les visages de la lèpre

Dans un ouvrage récent dont le sous-titre est, de manière révélatrice, « Maladie stigmatisante et mort sociale », A. Kaufmann (1985) montre comment les représentations et les pratiques de la lèpre sont in-

timement liées, et comment les images sociales de la maladie influencent les comportements des malades et les attitudes de leur entourage à leur égard. Au Sénégal, où elle est surnommée *feebur bu mag*, la grande maladie, en wolof, la lèpre fait l'objet de multiples croyances quant à ses origines, son mode de transmission, ses effets sur l'individu, ses possibilités de guérison. C'est donc comme un révélateur social que nous avons entrepris de l'étudier, en interrogeant une douzaine de thérapeutes de sept ethnies différentes — Wolof, Sérér, Toucouleur, Peul, Soninké, Bambara, Diola —, non spécialistes de cette maladie. L'hypothèse était que les représentations de la lèpre sont différentes selon le milieu ethnique et exercent une influence sur les pratiques sociales à l'égard des lépreux. Mais au fur et à mesure que l'enquête avançait, les choses s'avéraient plus complexes : d'une part, les variations inter-ethniques pouvaient être moindres que les variations intra-ethniques, et donc faire remettre en cause, sauf pour les Diola qui ont un modèle explicatif à part, ce découpage culturaliste ; d'autre part, les images du lépreux déterminaient non seulement les conduites collectives à leur égard, mais également les comportements des malades eux-mêmes.

« La lèpre est la plus grave des maladies » est un adage commun aux Wolof, Sérér, Haalpulaaren. Il est probable qu'on la redoute à la fois pour sa gravité, son incurabilité et son caractère stigmatisant, mais aussi pour les questions qu'elle suscite du point de vue du sens : maladie contagieuse à transmission et développement très lents, elle donne l'impression de choisir ses victimes à l'intérieur d'un cercle restreint de parents — tous les malades sont des proches mais tous les proches ne sont pas malades —, un peu à la façon dont procèdent les sorciers-anthropophages. Cependant, la crainte que suscite la maladie se manifeste surtout à travers la peur qu'inspire le malade : chez les Wolof, on dit « méchant comme un lépreux ». Des anecdotes très révélatrices sont fréquemment rapportées en témoignage de cette méchanceté : « Quand j'étais enfant, raconte un infirmier originaire du Dyolof, il y avait un lépreux au village. Un jour qu'on était aux champs, des corbeaux sont venus boire dans notre canari qui s'est renversé. On m'a donc envoyé chercher de l'eau au village. En arrivant aux premières maisons, j'ai vu le lépreux qui plongeait ses mains avec ses doigts coupés dans tous les canaris. Je me suis caché, car j'avais peur, et puis je suis retourné prévenir les hommes aux champs. D'abord ils ont dit que je mentais, mais un autre avait vu le lépreux et a confirmé que c'était la vérité. Alors, ils sont allés au village, ont attrapé le lépreux, l'ont attaché et bastonné. Mais on ne pouvait quand même pas le tuer. » D'autres récits sur la même

trame (souillure, châtement) circulent, comme celle d'un lépreux qui, dans un village sérer, avait touché de ses mains les petits tas de légumes disposés par les femmes sur la place du marché, de façon à les rendre inconsommables, et avait été ensuite lapidé à mort. Véridiques ou inventées, ces histoires sont importantes, car elles fondent l'image du lépreux (mélange d'impureté et de malignité), justifient les conduites collectives (répulsion et rejet) et influent même sur le comportement des malades (deviens ce qu'on dit que tu es).

Pour autant qu'on puisse se livrer à des découpages nécessairement trop schématiques, la peur du lépreux, avec les conséquences sociales qu'on a vues, se manifeste différemment selon les régions : dans le Centre, en pays wolof et en pays sérer, l'exclusion est marquée par le rejet de la case du malade à la périphérie de la concession et du village, du côté de la brousse, avec interdiction de participer aux événements collectifs, en particulier aux repas quotidiens ; dans la Vallée du Fleuve, chez les Haalpulaaren et chez les Soninké notamment, la mise à l'écart est beaucoup plus discrète, le lépreux ayant sa chambre ou sa case individuelle, mais au milieu de la concession avec les autres, et mangeant dans un plat séparé mais en compagnie du reste de la famille ; en Casamance enfin, et plus précisément chez les Diola, l'appropriation de la maladie et de son traitement par les Diédiou a conduit à un regroupement des malades autour de la maison du guérisseur, le plus souvent dans sa concession. Autrement dit, trois situations très distinctes : rejet et isolement fondés sur une mauvaise image sociale, dans le premier cas ; relative intégration, avec néanmoins séparation physique reposant sur une conception empirique de la transmission, dans le second ; regroupement en communauté de malades justifié par un modèle étiologique et thérapeutique, dans le troisième.

En concevant leur action de lutte contre la lèpre, au cours des années soixante-dix, les services d'hygiène et de santé publique du Sénégal avaient négligé cette diversité, et avaient avancé une seule stratégie : les villages de lépreux. La réponse sociale a donc été nettement différenciée. Dans le Centre, le modèle a été relativement bien accepté : certes, il est en rupture avec les pratiques traditionnelles, mais il permet un regroupement des lépreux satisfaisant à la fois pour ceux-ci (fin de l'isolement) et pour les populations (exclusion définitive) ; quatre villages ont ainsi été ouverts (Peycouk, Mballing, Sowane et Koutal, administrés par le secteur de Mbour). Dans la Vallée du Fleuve en revanche, c'est l'échec de la politique sanitaire du ministère qui se heurte aux habitudes villageoises : les familles gardent leurs malades chez eux ; un seul village

a été créé (Diambo, près de Podor) ; encore ne rassemble-t-il qu'un petit nombre de lépreux. En Casamance enfin, l'option des services de santé semble prolonger la prise en charge traditionnelle chez les Diola : il y a multiplication des villages thérapeutiques et, sur les douze que compte le Sénégal, six sont casamançais (Djibelor, Djifangor, Bambadinka, Tabi, Seydhiou et Kolda). Remarquable illustration de l'importance de la prise en compte des représentations et pratiques des populations lors de la préparation de stratégies sanitaires.

En fait, cette différenciation régionale (ou ethnique ?) des images de la lèpre est à relativiser du fait de variations locales, entre deux villages d'une même région par exemple, et l'on peut se demander la part de l'expérience, récente ou ancienne, en matière de lèpre (qui ont été les lépreux du village ? quels étaient leur statut social, leur fonction politique, leur personnalité ?) et de la théorie, autochtone ou introduite, sur la maladie (qui a raconté les histoires de lépreux ? qui avait le pouvoir de les traiter ?), tous éléments qui ont forgé les représentations et les pratiques actuelles. Il faudrait même, de manière plus générale, s'interroger sur la façon dont se constituent les interprétations et les comportements — en fonction de quel contexte historique ou épidémiologique, de quels référents sociaux ou culturels ? —, pour tenter d'expliquer pourquoi, dans une région donnée, le lépreux est un exclu, alors que, dans une autre, il est au contraire intégré. Peut-être certains indices de la façon dont se construisent les représentations apparaîtront-ils dans la présentation des modèles étiologiques.

L'ordre causal, dans la lèpre, est complexe car il doit à la fois rendre compte des données empiriques sur la transmission de la maladie et des nécessités théoriques de rechercher du sens. A part les Diola qui ont un système interprétatif très particulier, les autres groupes ont des conceptions sur les causes de la maladie où il est impossible de faire intervenir clairement une différenciation régionale ou ethnique : en recoupant les entretiens avec plusieurs guérisseurs de même origine, il n'a pas été possible de faire des distinctions en fonction de l'aire culturelle, et d'opposer par exemple les systèmes de croyances du pays sérère et de la Vallée du Fleuve. C'est même l'inverse qui a été constaté, puisque c'est un modèle identique qui est donné partout et par tous : la lèpre résulte de la rupture d'un interdit.

L'interdit peut être de trois types non exclusifs (un même guérisseur pouvant évoquer successivement les trois). Le plus souvent, c'est le tabou des rapports sexuels en période menstruelle qui est

transgressé : l'enfant qui naît de cette relation impure a toute chance de devenir lépreux ; selon les caractéristiques du sang des règles, la maladie aura une allure clinique différente — lèpre rouge pour le sang rouge, lèpre noire pour le sang noir, lèpre blanche pour la fin des règles lorsque le sperme devient plus abondant que le sang. Parfois, l'interdit rompu est alimentaire ; la nourriture le plus souvent en cause est le poisson (particulièrement le silure dans la Vallée du Fleuve) ou la viande de chèvre (en précisant parfois qu'il s'agit d'un animal tacheté). Enfin, la transgression peut concerner les règles d'alliance : mariages intercastes (le forgeron et le cordonnier) ou interclans (Dramé et Diakhaté, ou Diara et Traoré chez les Soninké). Dans une perspective fonctionnaliste, cette diversité de registres — sexuel, alimentaire, social — pourrait être regardée comme la possibilité de moduler, en fonction du contexte, une interprétation qui se fait toujours *a posteriori* : s'il y a eu non-respect des règles d'alliance dans les antécédents du lépreux, on invoquera cette cause qui servira à la fois d'explication et de mise en garde ; sinon, on choisira selon la position sociale qu'occupe le malade et peut-être le désir qu'on a de lui nuire, la solution la plus honteuse (règles) ou la moins déshonorante (aliment). Le parallèle avec la sorcellerie s'impose ici, puisqu'il est connu que seuls les plus faibles (femmes, vieux, captifs) peuvent faire figure d'accusé ; cependant, comme le dit M. Augé (1975a, 188) à propos des analyses de M. Douglas, le fonctionnalisme ne rend pas compte de la totalité du phénomène : « la sorcellerie est toujours un fait de structure », et ne peut être réduite à un moyen de « conforter la structure d'autorité », ou de « réduire les velléités d'autonomie ». Les interprétations de la lèpre ne se ramènent pas à une simple exigence de maintien de l'ordre social et d'exercice du pouvoir des plus forts.

Le rapprochement avec la sorcellerie se justifie plus encore lorsqu'on s'intéresse au mode de transmission héréditaire. Comme l'indique un guérisseur peul : « la sorcellerie c'est le lait, la lèpre c'est le sang ». Chez les Haalpulaaren, c'est dans son matrilignage qu'on hérite de la qualité de sorcier, et dans sa patriligne qu'on reçoit la lèpre. Chez les Wolof, également patrilinéaires, les deux transmissions se font sur le même modèle, comme l'indique le proverbe : *dëm ndeey ngaana baay* (littéralement : sorcier la mère, lèpre le père). La lèpre est donc doublement une maladie transmise par le sang : celui des règles de la mère, celui du lignage du père. Ainsi (fig. 2), la mère malade ne donne pas la maladie à sa descendance (cas n° 1) alors que le père



« Les Wolof et les Lebou ne possèdent pas de nosographie. Leurs signes psychopathologiques se réfèrent, à quelques exceptions près, à ces unités complexes de représentations que sont les catégories d'interprétation, non à des syndromes au sens occidental » (Zempléni, 1968, 71). Les *rab* sont les esprits des ancêtres pour lesquels existent des cultes sur des autels domestiques, et qui se manifestent sous forme de possession. Les *dëm* sont des sorciers-anthropophages qui se transmettent dans la lignée utérine et qui attaquent l'individu en dévorant son principe vital. Les *jinné* et *seytaané* sont les esprits musulmans, anges ou démons, dont on trouve des traces dans le Coran, et qui donnent aussi lieu à des phénomènes de possession. Le *ligeey* (le mot signifie : travail) est un acte de magie interpersonnelle, également nommé maraboutage. De cette tétralogie, M.-C. et E. Ortigues (1984, 192) font une trilogie, en ne retenant que les *rab*, les *dëm* et le *ligeey* ; l'abandon, par ces auteurs, des *jinné* et *seytaané* vient probablement de l'origine islamique de ces esprits qui n'en fait pas des catégories caractéristiques des Wolof et Lebou. En fait, le système interprétatif est plus complexe qu'il n'y paraît car, comme l'indique A. Zempléni (1968, 105 et 180), d'une part, il existe « une véritable tradition "animiste" des *jinné* et *seytaané* » alors qu'on relève simultanément l'apparition de « *rab* musulmans », et la distinction entre les deux devient plus difficile, d'autant que les informateurs affirment souvent que « les *rab* sont les *jinné* des Wolof » ; et d'autre part, la sorcellerie peut s'appuyer dans ses interventions maléfiques sur les *rab* ou les *jinné*.

C'est un modèle très proche que décrit E. K. Tall (1984) chez les Haalpulaaren, avec toutefois une différence importante : l'absence d'esprits ancestraux (peut-être faudrait-il en trouver un équivalent dans les génies du fleuve). Le système proposé est ici binaire : d'un côté, « l'univers étiologique du guérisseur » avec la sorcellerie-anthropophage, les *sukuñaabe*, les *jinneji* et les *seytaaneji*, de l'autre « l'univers étiologique des marabouts » avec les *jineeji*, les *seytaaneji* et le *ligeey* ; en fait, elle en critique elle-même les limites (Tall, 1984, 338), en montrant comment cette séparation, qui viendrait entériner l'opposition classique entre magie et religion, ne rend pas compte de l'interpénétration des deux registres, un marabout pouvant se préoccuper de sorcellerie, et un guérisseur n'hésitant pas à intégrer des catégories islamiques dans ses théories explicatives de la maladie.

Chez les Soninké, c'est encore un système très voisin : les *bisira* sont les génies de la brousse et du fleuve, les *suxuña* les sorciers-an-

thropophages, les *jinné* et *seytaané* les esprits islamiques et le *korté* la magie interpersonnelle. Les choses sont en fait un peu plus compliquées : les *bisira* sont de plus en plus confondus avec les *jinné* et *seytaané* ; les *suxuña* ont évidemment une étymologie commune avec les *sukuñyaaBé* des Haalpulaaren et se doublent par ailleurs d'un autre groupe de sorciers-anthropophages, les *ñama* ; enfin, le *korté* est un acte de magie interpersonnelle qu'on attribue surtout aux Bambara et qui est souvent indistinguable, dans ses effets et son interprétation, du maraboutage, *ligeey*.

Dans le monde étiologique des Diola, on retrouve la tétralogie de base : l'*akaalena*, esprit d'un ancêtre ; le *seetanay* et le *ginay*, génies islamiques ; l'*ayaalaw*, sorcier-anthropophage ; le *brok* (littéralement : travail), maraboutage. Le *seetanay* et le *ginay* sont d'introduction récente, c'est-à-dire remontent à la « mandinguisation » de la Casamance à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle ; il y a d'ailleurs confusion entre les génies de la forêt (*eginey*) et les génies de l'islam (*jinné*). Pour le *brok*, il s'agit d'un concept apporté par l'invasion maraboutique, mais la magie interpersonnelle était connue et utilisée bien avant, comme en témoigne le soin apporté à faire disparaître le placenta d'une accouchée toujours objet possible de maléfice. Seuls les *akaalena*, ancêtres revenants (auxquels on ne rend pas de culte spécifique comme pour les *rab wolof*), et les *ayaalaw*, sorciers de la nuit, préexistent, sous leur forme actuelle, à l'islamisation.

TABLEAU 4  
Les figures de la persécution dans quatre ethnies

Catégories étiologiques	Ethnie			
	Wolof	Haalpulaaren	Soninké	Diola
Génies préislamiques	<i>rab</i> (domestique)	génies (fleuve)	<i>bisira</i> (fleuve)	<i>akaalena</i> (brousse)
Génies islamiques	<i>jinné</i> <i>seytaané</i>	<i>jinneeji</i> <i>seytaaneji</i>	<i>jinné</i> <i>seytaané</i>	<i>ginay</i> <i>seetanay</i>
Sorcellerie-anthropophage	<i>dēm</i>	<i>sukuñaabe</i>	<i>suxuña</i>	<i>ayaalaw</i>
Magie interpersonnelle	<i>ligeey</i>	<i>lige</i>	<i>korté</i>	<i>brok</i>

Si l'on met en parallèle les quatre systèmes de représentations (tableau 4), on constate l'existence d'une structure interprétative à quatre termes qui paraît relativement fixe. Certes, on relève des différences entre les agents de la persécution, non pas tant pour la sorcellerie-anthropophage dont la généralité dans une grande partie des sociétés africaines est bien connue (Augé, 1975a), ni dans la magie interpersonnelle qui repose toujours sur une volonté instrumentée de faire le mal (Evans-Pritchard, 1976), ni encore moins bien sûr dans ces figures de l'islam que sont les *jinné* et *seytaané* et qui traversent les découpages ethniques (Zempléni, 1968), que surtout dans les génies préislamiques : *rab* et *akaalena* sont les esprits d'ancêtres alors que les *bisira* sont sauvages et étrangers, mais les *rab* sont dans la maison, les *bisira* dans le fleuve et les *akaalena* dans la forêt. Encore ces différences se situent-elles plutôt dans ce qu'A. Zempléni désigne sous le nom de « valences de l'habitat » (1968, 176), et plus généralement, dans la topographie de la société, que dans l'interprétation de la maladie et du malheur : ce sont les mêmes tableaux de convulsion, de paralysie, de folie, de crises de possession que l'on attribue aux *rab*, *akaalena* et *bisira*, et d'ailleurs également aux *jinné* et *seytaané* dont on reverra les nombreux points de convergence avec les génies préislamiques. Autrement dit, c'est plus leur place dans la société qui varie que leur valeur d'explication.

Ces quatre catégories de persécuteurs ne résument bien sûr pas la totalité des théories de la causalité dans ces sociétés. Comme le montre N. Sindzingre (1984) à propos des Senoufo de Côte-d'Ivoire, les classes causales constituent un empilage fini d'explications non exclusives mutuellement : il est d'ailleurs révélateur que, dans ce texte, elle introduise une plus grande souplesse — onze catégories : « facteur mécanique, Dieu, instance gardienne de l'individu, jumeaux du matrilignage, morts du matrilignage, instance protectrice du matrilignage, esprits de lieu, sorciers de matrilignage, magie instrumentale, poursuite d'animaux tués en brousse, transgression d'interdits » —, que dans une analyse proposée en collaboration quelques années plus tôt (Sindzingre et Zempléni, 1981) où était présenté un schéma tripartite — cause instrumentale (comment ?), cause efficiente (qui ?) et cause ultime (pourquoi ?). Les schémas étiologiques se prêtent en effet mal aux modèles simples qui sont plus souvent le résultat de la reconstruction anthropologique que le produit de la théorie autochtone et qui ne tiennent pas suffisamment compte des variations locales des discours sur la maladie.

A côté des quatre figures de la persécution, on aura donc les causes naturelles, comme le froid ou le vent, encore que ce dernier mot recouvre à la fois l'élément physique et la notion d'esprit, c'est-à-dire doit être entendu au propre et au figuré ; les transgressions d'interdits sexuels, alimentaires, matrimoniaux, comme on l'a vu pour la lèpre ; le non-respect des obligations rituelles, notamment en Casamance ; la responsabilité divine, en ultime instance. Et une affection donnée peut avoir simultanément une étiologie naturelle, une origine divine, et, en fonction de son évolution, une cause magique, comme dans le cas de la rougeole (Fassin, 1986a). Ces faits sont d'ailleurs bien établis depuis les travaux d'E. E. Evans-Pritchard chez les Azandé.

Ce qui constitue la caractéristique principale des esprits ancestraux, des génies islamiques, des sorciers anthropophages et des jeteurs de sort, c'est, *dans le champ de la maladie*, leur situation d'agresseurs : parce qu'ils ont été mal honorés par leurs descendants, les ancêtres se vengent en prenant possession du corps et de l'esprit de l'un d'eux ; parce qu'ils sont jaloux d'un mari ou d'une épouse, les génies vont s'introduire à l'intérieur de leur victime pour également la posséder ; parce qu'ils ont une dette de chair à payer, les sorciers sont condamnés malgré eux à dévorer leur proie humaine ; enfin, parce qu'ils ont décidé de supplanter ou d'abattre un rival, les jeteurs de sorts exercent leur pouvoir maléfique instrumental. C'est l'un des mérites de l'École de Dakar que d'avoir montré la généralité de l'interprétation persécutive dans les troubles mentaux au Sénégal (voir en particulier : Collomb, 1965 ; Zempléni, 1968 ; Ortigues, 1984) — on pourrait ajouter dans la maladie et en Afrique de l'Ouest : « La persécution colore toute la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant, interprétatif ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposée par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le marabout », écrivent M. Diop, P. Martino et H. Collomb en 1964 (cité par Ortigues, 1984, 191). Analyse très ethnopsychiatrique — c'est-à-dire mélange de perspicacité clinique et de connaissance culturelle — qui ne semble pas récusée par une approche plus classiquement anthropologique : « Un trait commun à ces figures de l'interprétation consiste, schématiquement, en un caractère exogène de la causalité : la situation qui enclenche le trouble est le fait d'agents extérieurs à la victime du mal, qui peuvent être hu-

maines ou non, observables ou non, subjectivés et doués d'intentionnalité ou impersonnels », généralise N. Sindzingre (1984, 96). Mécanisme projectif, dit le psychiatre. Extériorité du mal, répond l'ethnologue.

La persécution paraît donc fonder la théorie de la maladie et du malheur dans les sociétés traditionnelles africaines, et a ainsi pu être opposée à la culpabilisation, c'est-à-dire à l'intériorisation de la faute, dans les sociétés chrétiennes : il est bien connu, par exemple, qu'en Afrique le malade déprimé cherche son persécuteur, alors qu'en Occident il s'accuse de tous les maux. Et l'on sait combien le prophétisme syncrétique de William Harris au début du siècle, puis celui de ses disciples, particulièrement Albert Atcho, ont inspiré la réflexion des ethnologues (Piault, 1975 ; Augé, 1975*b*) : dans un texte intitulé « De la persécution à la culpabilité », A. Zempléni (1975) montre ainsi comment le principe de la confession publique institué par le prophète-guérisseur, avec ses scènes d'auto-accusation et ses discours sur la faute diabolique, prend à la fois le relais et le contre-pied de la théorie persécutive, et tend à substituer, à l'ordre lignager, un nouvel ordre social marqué par un « processus d'individualisation inéluctable » ; le monde d'Atcho lui apparaît ainsi, entre la société traditionnelle et la société moderne, comme « une structure de transition qui ménage les effets dissolvants de l'individualisation sur les générations actuelles ». Cette évolution récente, caractéristique des régions où le christianisme est fortement implanté et a donné lieu à des messianismes et des syncrétismes (comme la Côte-d'Ivoire ou le Congo), a-t-elle un équivalent dans les zones où l'islam prédomine (comme au Sénégal où plus de neuf habitants sur dix sont musulmans) ?

### 3 | Le crépuscule des sorciers

Dans le modèle, aujourd'hui devenu classique, que proposait E. E. Evans-Pritchard, il y a cinquante ans, l'agression peut prendre deux formes : *witchcraft*, qui correspond à la sorcellerie-anthropophage, et *sorcery*, qui représente la magie interpersonnelle (1976) ; dans la première, le sorcier agit psychiquement, dans la seconde, le magicien agit instrumentalement. Et il s'agit bien là du couple maléfique fondamental (en faisant abstraction du monde des esprits ancestraux ou isla-

miques, et en ne s'intéressant qu'aux êtres humains), dans la plupart des sociétés africaines : un individu peut en attaquer un autre, soit en le dévorant, c'est-à-dire en lui prenant son principe vital, acte conscient mais *subi* plutôt que voulu (c'est pour échapper à la mort et payer une dette que la personne rejoint la société des « gens de la nuit » et des « mangeurs d'âmes »), soit en portant ses efforts sur un objet qui appartient à la victime, ou bien a un rapport avec elle, acte conscient mais cette fois-ci *délibéré* (c'est pour rabaïsser ou affaiblir ou tuer un rival). Cette opposition n'est pourtant pas toujours aussi tranchée, notamment en ce qui concerne la symétrie « entre le caractère volontaire de la *sorcery* et le caractère involontaire de la *witchcraft* », et qui plus est, elle s'avère insuffisante, justement parce qu'elle néglige la « relation aux esprits et aux morts » (Augé, 1975a).

Au Sénégal, on retrouve ce duo des persécuteurs à travers la sorcellerie et le maraboutage, et ce dans toutes les ethnies islamisées (c'est-à-dire avec la seule exception des Manjak, puisque Diola et Sérér sont dans une large proportion musulmans). Ces deux figures dépassent de beaucoup le cadre de la maladie et elles peuvent même apparaître comme deux modalités essentielles de l'exercice et de la démonstration du pouvoir. C'est à ce titre que leur évolution récente, dans le contexte urbain, peut servir de révélateur du changement social.

Cette question, M. Augé (1975a, 111-112) l'envisage à la fin d'un chapitre de sa thèse, intitulé « La logique du malheur » : que deviennent « les croyances à la sorcellerie », se demande-t-il, lorsqu'elles sont confrontées aux « phénomènes dits de "modernisation" et notamment au problème de l'urbanisation et des comportements en ville » ? et, lorsqu'on dit qu'il y a moins de sorcellerie en milieu urbain qu'en zone rurale, veut-on indiquer qu'il y a moins de cas, ou qu'il y a moins de croyances ? Dans son étude « The meaning of misfortune for urban Africans », J. C. Mitchell (1965) donne deux illustrations d'accusations de sorcellerie à Salisbury et en tire trois conclusions générales. Tout d'abord, il constate qu'« alors que la famille est le lieu de beaucoup de compétition et d'hostilité dans la vie rurale, dans une ville comme Salisbury, où non seulement les parents, mais également les gens de même ethnie se rapprochent et se soutiennent pour faire face à la grande majorité d'étrangers, la famille est essentiellement un groupe coopératif étroitement intégré et les tensions proviennent plutôt de la société au sens large » ; mais, dans la mesure où les conditions de vie citadine permettent à « l'hostilité et l'opposition de s'exprimer ouvertement à l'égard des étrangers » (dans le

quartier ou sur le lieu de travail), « il n'y a pas besoin d'accusation de sorcellerie ». En second lieu, il remarque qu'« en milieu traditionnel, les oppositions de lignage trouvent un exutoire dans les accusations de sorcellerie » et que « les individus peuvent faire appel aux autorités traditionnelles et exiger une punition », alors que « dans les villes, ce sont les Européens qui exercent l'autorité et qu'à leurs yeux les croyances à la sorcellerie sont irréelles ». Enfin, il observe qu'en ville, puisque « la victime est incapable de prendre des mesures efficaces contre son rival », elle « recherche donc une nouvelle signification de l'infortune, et en trouve deux, l'une qui s'accorde avec la croyance traditionnelle, et l'autre pour laquelle existe un remède reconnu ». En résumé, la sorcellerie est moins fréquente en ville, à la fois parce qu'elle y est moins nécessaire (la rivalité s'y manifestant plus ouvertement) et parce qu'elle y est moins tolérée (dans le cadre d'une justice non coutumière) ; le citadin, lorsqu'il est confronté à une situation de tension ou d'échec, va se référer à un double registre d'interprétation, l'un traditionnel (et il y aura éventuellement accusation de sorcellerie en direction du village), l'autre moderne (et il y aura conflit ouvert, permettant une solution efficace).

Au Sénégal, un élément particulier, par rapport aux cas ivoirien dont parle M. Augé et sud-africain qu'évoque J. C. Mitchell, tient à la présence de l'islam et de sa loi. La sorcellerie est condamnée et niée par le Coran et ses docteurs, auxquels font écho les marabouts dans leur discours officiel : « Les sorciers, ça n'existe pas pour nous, explique un vieil imam wolof de Pikine. Souvent, dans les villages il y a des histoires, on parle de sorciers. Alors on accuse les plus faibles ; ce sont en général des griots ou des forgerons ou des étrangers ou même des pauvres. On leur fait prendre des plantes hallucinogènes. Et ils se mettent à délirer, ils s'accusent d'être pris par les sorciers. Le guérisseur dit : s'ils parlent, c'est qu'ils sont sorciers. Mais comme les plantes sont hallucinogènes, ils parlent toujours. En fait, ces cas-là, ce sont des *rab* ou des *jinné* ou du maraboutage. » Chez les Wolof, le mot sorcier (*dëm*) lui-même n'est pas employé et est remplacé par des termes moins dangereux qui tendent à « l'éclatement de l'univers multisensoriel de la sorcellerie traditionnelle », comme l'écrit A. Zempléni (1968, 516) : au lieu de la totalité du sorcier, on n'évoque plus que les « *nisteef* (dimension visuelle), *njokteel* (dimension auditive) et *maxteef* (dimension verbale) », auxquels répondent les dénominations plus classiques de l'agression chez les musulmans : *bot bu aay* (le mauvais œil), *lamiñ bu bon* (la mauvaise langue).

Le rôle de l'islam dans le recul de la sorcellerie diffère de celui de la justice moderne : il ne s'agit pas seulement d'une condamnation et d'une négation, mais aussi et surtout d'une réinterprétation de cas, normalement imputés à la sorcellerie, dans un autre langage — celui des *jinné*, des *seytaané*, du *ligeey*. La force de ce renversement vient de ce qu'il n'est pas une simple interdiction sanctionnée légalement, mais qu'il propose un surcroît de sens, en même temps qu'une alternative thérapeutique. C'est bien ce qu'avait compris, consciemment ou non, cette jeune citadine diola qui, malgré un rituel de protection parfaitement accompli au village, avait vu son troisième fils mourir de convulsions à Pikine où elle était rentrée (les deux premiers étant également décédés en bas âge) : dans un tel cas, le groupe des femmes accuse généralement la mère d'être responsable de la mort de son enfant et la désigne comme sorcière, ce qui permet notamment de garder intact le pouvoir protecteur du rituel puisque, s'il n'a pas sauvegardé l'enfant, c'est à cause des intentions maléfiques de la mère. Sachant le danger qu'elle encourait, la jeune femme, en rentrant de l'hôpital où elle venait d'apprendre le décès de son fils, fit, devant toute sa famille réunie, une crise spectaculaire de possession où, se roulant par terre et déchirant ses vêtements, elle s'accusait d'avoir tué l'enfant ; en fait ce n'était pas elle qui parlait, mais le *seytaané* jaloux qui s'était désigné comme tel par sa bouche. Elle en fut quitte pour un traitement maraboutique, échappa à l'accusation de sorcellerie, et évita probablement un divorce.

La justice des tribunaux est souvent invoquée par les guérisseurs pour expliquer le recul de la sorcellerie. Déjà, à l'époque coloniale, des cas d'accusations pouvaient conduire à l'intervention du pouvoir français ou de ses représentants : ainsi, Demba Sall, vieux contre-sorcier toucouleur, raconte qu'au village une femme accusée de sorcellerie avait été démontrée coupable au cours d'une épreuve où on lui avait fait ingérer une plante ; peu après, elle avait fait une fausse couche spontanée et avait porté plainte auprès du commandant de gendarmerie qui avait mis en prison les contre-sorciers ; ceux-ci n'avaient pu en sortir qu'en menaçant la femme de « la faire voler à nouveau » ; elle avait pris peur et ne s'était pas rendue aux convocations du commandant qui avait donc libéré les guérisseurs. De tels récits sont nombreux et trouvent des équivalents plus actuels, largement rapportés par la presse, comme ce procès de Bacary Badji au tribunal correctionnel de Ziguinchor, en Casamance, raconté dans *Le Soleil* (22-23 juin 1985, p. 8) : « Selon Bacary Badji, quelques villageois d'Oourongue venus le trouver à Oussouye, lui avaient soumis un

problème : la mort de personnes attribuée aux activités occultes de "sorciers", d'où la démarche des villageois d'Ourongue désireux de le voir les aider à percer ce douloureux mystère. Bacary, qui avait affirmé pouvoir remédier à cela, tenait d'abord à consulter au préalable le village. C'est ainsi, qu'ayant donné rendez-vous à ses visiteurs, il s'est rendu à Ourongue, où sur la grande place du village, il a demandé aux villageois s'ils maintenaient toujours leur demande, non sans avoir attiré leur attention sur les conséquences qui en découleraient s'il arrivait à démasquer des "sorciers" dans cette foule et parmi elle des personnes qui leur sont proches... Dans un style très personnel et un rituel qui lui est propre, Bacary a tracé des signes, psalmodié des incantations, etc. Son travail terminé, il a promis aux villageois que les "sorciers" passeraient publiquement aux aveux, se confessant eux-mêmes. Pour cela, Bacary avait empoché les 45 000 F qu'il avait réclamés pour ce travail, et les villageois s'étaient cotisés pour honorer cette prestation de service. Après avoir fait état de ce qui était en mon pouvoir mystique, a précisé à la barre Bacary, je m'en suis retourné chez moi à Oussoye et ce sont les sorciers qui se sont démasqués, ajoutant qu'il n'a jamais avancé le nom de qui que ce soit et encore moins exercé des violences sur une quelconque personne. Les quatre plaignants, parmi lesquels trois femmes, ont tous donné des faits une version toute différente de celle de Bacary... Malheureusement pour elle, la mère de Lamine Diédhiou figure sur la liste des sorciers présumés, et de surcroît avec son fils. On devine le trouble et la colère de Lamine... Dans son réquisitoire, le substitut du procureur a précisé que Bacary est poursuivi pour escroquerie, charlatanisme, diffamation, violences et voies de faits. Pour le ministère public, l'affaire n'est pas originale, *compte tenu de certaines croyances et quelques phénomènes qui ne peuvent être expliqués de façon rationnelle* [c'est moi qui souligne]... Faisant état du déshonneur qui moralement a pesé sur ceux que Bacary a désignés comme étant les sorciers présumés, le substitut du procureur a estimé que cet homme doit être sévèrement puni afin que les gens puissent vivre librement... Le tribunal a déclaré Bacary Badji convaincu des faits qui lui sont reprochés et l'a condamné à six mois de prison ferme. Revenant sur la constitution de partie civile des plaignants, il l'a en outre condamné également à leur payer 60 000 F de dommages et intérêts demandés. » (On notera au passage la distance que prend le journaliste vis-à-vis de ces pratiques, notamment par l'usage de guillemets ou l'adjonction de l'adjectif « présumés » au mot « sorciers ».)

Le chef d'accusation peut être encore plus lourd. Ainsi, en juillet 1985, deux guérisseurs en Haute-Casamance ont été accusés d'homicide involontaire : une femme qui délirait leur avait été amenée par des villageois ; après une ordalie qui consistait à lui faire avaler une mixture à base de plantes pour savoir si elle allait vomir ou non, elle avait été convaincue de sorcellerie ; malheureusement, le lendemain elle mourait et l'autopsie révélait une méningite (responsable des troubles du comportement qu'elle avait présentés initialement) ; sur plainte de la famille de la défunte, les deux guérisseurs étaient inculpés d'homicide et mis en prison.

Cette double menace de la justice de Dieu et de la justice des hommes pèse sur la sorcellerie, comme le révèlent les entretiens avec les guérisseurs. Moussa Traoré le dit : « Aujourd'hui, j'abandonne petit à petit les secrets des Bambara pour ne plus utiliser que les secrets du Coran. » Et Diakaria Diara : « Ici, en ville, on ne peut faire voler un sorcier qu'avec une autorisation de la justice et sous la surveillance d'agents de police. Si tu ne te protèges pas de cette façon, on peut te mettre en prison. Mais si tu dis que tu vas le faire voler et que tu n'y arrives pas, alors c'est toi qui va payer. »

En outre, le recul de la sorcellerie tient à la transformation des rapports sociaux en milieu urbain, comme l'avait déjà relevé J. C. Mitchell (1965). Plus précisément, trois types de changements sociaux contribuent au déclin de l'agression anthropophagique. Tout d'abord, l'écartèlement des réseaux de parenté ; or, deux facteurs sont essentiels à la sorcellerie : la proximité dans la parenté et la proximité dans l'espace. Ensuite, le voisinage d'étrangers, c'est-à-dire de citadins d'autres origines, d'autres langues, d'autres cultures, vis-à-vis desquels il faut dissimuler ses secrets ; or, l'accusation de sorcellerie est le secret par excellence, puisque la seule énonciation du nom est réputée dangereuse. Enfin, l'existence de formes différentes de rivalité — scolaire, professionnelle, politique, économique — qui ressortissent plutôt à la compétition interpersonnelle directe et consciente ; or la sorcellerie est involontaire, voire inconsciente.

C'est ainsi que se développent d'autres formes de persécution pour remplacer les anciennes interprétations et rendre compte des nouvelles tensions sociales. Au Sénégal, et singulièrement à Dakar, c'est le maraboutage, *ligeey*, c'est-à-dire l'acte maléfique volontaire, qui tend, sinon à prendre la place de la sorcellerie, du moins à être de plus en plus fréquemment invoqué dans la recherche de l'agresseur. A. Zempléni (1968, 448 et 512) a insisté sur l'extension du

champ d'application du *ligeey* « dans les situations concurrentielles modernes », et sur l'ambiguïté existant autour de sa valeur positive ou négative : « Le travail demandé par le commis de bureau pour sa promotion est-il "mauvais" sans équivoque ? Celui qui est destiné à donner un supplément d'intelligence à l'écolier est-il tout à fait bon ? » D'une manière plus générale, le *ligeey* « met en jeu, au premier chef, la vie de relation du sujet, sa position dans la société ». M.-C. et E. Ortigues (1984, 232 et 219) ont montré, à partir d'études de cas parmi des enfants, fréquemment en situation de compétition scolaire, que « la distinction entre sorcellerie et maraboutage correspond à un clivage dans l'organisation des pulsions », la première se situant, avec le fantasme de dévoration, « sur le plan oral » et le second correspond « au fantasme de puissance phallique ». Plus encore, « on peut dire que tout le monde est marabouté ou en instance de maraboutage ».

Le phénomène est-il général en Afrique ? A-t-on, dans le contexte de l'urbanisation, une déperdition de la sorcellerie (*witchcraft*) au profit d'autres pratiques maléfiques (*sorcery*) ? C'est explicitement la question posée par M. Marwick (1970, 377-379) qui confronte sur ce thème six études africanistes, sans pourtant parvenir à apporter une réponse claire. En effet, d'une part, la difficulté de quantifier de tels phénomènes (on imagine un questionnaire où l'on demanderait aux enquêtés s'ils attribuent leur maladie à l'action d'un sorcier ou d'un marabout, d'un parent ou d'un voisin...) conduit à des approches impressionnistes ; et d'autre part, l'absence de terminologie commune (l'opposition *dëm/ligeey* des Wolof se réfère-t-elle aux mêmes choses que la distinction *mangu/ngua* des Azandé et... *witchcraft/sorcery* des anthropologues britanniques) aboutit à des conclusions difficilement comparables. D'ailleurs, M. J. Swartz ne donne-t-il pas les limites de cette analyse lorsqu'il précise d'emblée : « Au lieu de continuer à utiliser les deux termes et à les distinguer comme l'a fait Evans-Pritchard pour les Azandé, je suivrai l'usage des Africains de l'Est anglophones et j'utiliserai le seul mot *witchcraft* pour parler de toute tentative d'un individu de faire du mal à d'autres individus par des moyens surnaturels quels qu'ils soient. » Que peut-on tirer ensuite de la discussion dans laquelle il fait état, avec J. C. Mitchell et contre M. Marwick, d'une diminution de la fréquence de la sorcellerie en ville ? Peut-on penser qu'il s'agit de la même sorcellerie qu'à Abidjan ou à Dakar ? Probablement le contexte historique de l'Afrique de l'Ouest (en particulier le poids de l'islam) a-t-il modifié les effets de l'urbanisation sur

les pratiques sociales maléfiques, et sur le déplacement observé au Sénégal de *witchcraft* vers *sorcery*, ou plus précisément de la sorcellerie vers le maraboutage.

#### 4 | La croyance et le doute

Ce ne sont pas seulement l'interprétation du mal et les catégories étiologiques qui sont soumises au changement social de l'Afrique, ce sont aussi les modalités mêmes de la croyance. Les sociologues ont coutume de distinguer « croyance » et « foi », pour reprendre les termes de P. Bourdieu (1980, 113), c'est-à-dire « l'adhésion indiscutée, préréflexive, native » et « l'adhésion décisoirement accordée ». La première caractérisant « l'appartenance natale, indigène, originaire » qui sous-tend les représentations et les pratiques aussi bien du villageois sénégalais que du paysan français. La seconde caractérisant l'adoption « d'un corps de dogmes et de doctrines instituées » qui fonde l'appartenance à l'islam comme au christianisme.

Cette distinction apparaît clairement dans la pratique spirituelle de nombreux guérisseurs, nés dans la croyance au monde des représentations traditionnelles (sorcellerie, possession, rites), et décidant — pour des raisons où entrent autant de conviction personnelle que de pression sociale — de se convertir à la religion musulmane et d'adopter les principes du Coran. Tel Al Djouma Seck qui prétend avoir renoncé à certaines de ses pratiques païennes — boire du vin, accuser des sorciers, accomplir des maléfices — du jour, dit-il, où il a eu la révélation de l'existence de Dieu. Bien sûr, cette conversion n'exclut pas le dialogue avec les esprits ancestraux, la mise en œuvre de vengeances personnelles, et finalement la conservation de l'essentiel des pratiques traditionnelles, mais elle marque bien la distinction entre ce dans quoi l'on naît — la croyance — et ce à quoi on décide d'adhérer — la foi —, quand bien même il est ensuite délicat de trancher, dans la vie quotidienne, entre les deux.

Toutefois, les choses sont peut-être plus complexes, ainsi que le note J. Pouillon dans une analyse sémantique de la croyance (1979) : « Le verbe français “croire” a ceci de paradoxal qu'il exprime aussi bien le doute que l'assurance. Croire, c'est affirmer une conviction ; c'est aussi la nuancer : “je crois” signifie souvent “je ne suis pas

sûr". » Appliquant cette approche à l'un des groupes hadjeraï du Tchad, il s'interroge alors sur l'usage anthropologique de ce mot : « Si par exemple je dis que les Dangaleat croient à l'existence des "margai", c'est parce que, moi, je n'y crois pas et que, n'y croyant pas, je pense qu'eux ne peuvent qu'y croire à la manière dont j'imagine que pourtant je pourrais le faire. Mais comment savoir s'ils croient et de quelle façon ? Quelle question leur poser, à l'aide de quel mot de leur langue, dans quel contexte ? Ou, inversement, comment traduire en français le ou les mots qu'ils emploient pour parler de ce qui est, à nos yeux, un objet de croyance ? ».

Il est ainsi difficile de mesurer une modification d'intensité dans la croyance, car ce à quoi on a affaire, ce sont des discours et des comportements qui traduisent — mais peut-être aussi trahissent — la conviction intime, laquelle échappe à toute tentative d'évaluation externe. Qu'est-ce que le plus ou le moins de croyance ? Que peut-on conclure d'un propos incrédule que contredit une conduite d'adhésion ? Que peut-on penser de ces articles de journaux où l'auteur joue la distanciation ironique (« Une école "hantée" à Diamaguène ? », *Le Soleil*, 13 juin 1985, ou : « Les djinns n'étaient pas au rendez-vous », *Le Soleil*, 21 juin 1985, par exemple) ?

Dans mes enquêtes, j'ai souvent été frappé par ce qui m'apparaissait alors comme une contradiction entre des discours qui donnaient comme « rétrogrades » les croyances à la magie et des comportements où se manifestait au contraire une adhésion totale aux phénomènes eux-mêmes. Sortant de chez un guérisseur, l'enquêteur avec lequel je travaillais me confiait son incrédulité à l'égard de ce que nous venions d'entendre : « Il dit qu'il a le pouvoir de découvrir les voleurs ; dans ce cas, pourquoi n'a-t-il pas su retrouver celui qui lui a pris un mouton la semaine dernière ? » Pourtant, quelques jours plus tard, il me disait qu'il était lui-même allé voir le vieil homme pour lui demander de confondre celui qui avait dérobé chez lui un objet de valeur. De même, je constatais souvent que la défiance moqueuse invoquée à l'égard de la magie de certains marabouts (« comment peut-on croire à de pareils mensonges ? ») n'était pas incompatible avec une confiance intacte dans l'existence des pouvoirs magiques en général, et même de ces marabouts précédemment dénigrés en particulier, dès lors qu'une circonstance concrète rendait nécessaire une solution pratique (« je lui ai demandé une protection pour ma maison »). Jeu complexe de critique et d'adhésion qui fait basculer les catégories de pensée de l'anthropologue.

En fait, dans la façon dont se transforment les croyances, il faut probablement distinguer — au moins en première analyse — l'adhésion au contenant et l'adhésion au contenu des pratiques magiques. La distanciation critique à l'égard des charlatans ne remet pas en cause nécessairement la foi en des phénomènes surnaturels et n'exclut même pas la possibilité de recourir aux pouvoirs de ces guérisseurs décriés. Lorsqu'on dit que les hommes de savoir, aujourd'hui, en ville, sont « petits » par rapport à ceux du village et d'autrefois, on fait la preuve que la croyance et le doute se situent à des niveaux différents d'appréhension de la réalité sociale : la magie existe, même si les magiciens sont moins grands.

Cependant, cette perte de confiance en des praticiens jugés moins forts que leurs prédécesseurs (et ce phénomène est probablement rencontré, avec un degré plus ou moins important, à toutes les époques) ne peut pas être sans effet sur la croyance en général : la magie n'est possible que parce qu'il y a des magiciens. Dire que les guérisseurs sont moins forts, c'est aussi dire que les pouvoirs sont moins forts. Certes, on sait bien que le citadin, même occidentalisé, n'hésitera pas à se rendre auprès d'un marabout ou d'un contre-sorcier, témoignant ainsi de son adhésion à un système de valeurs qui est celui de ses ancêtres, mais dans le même temps il constate que nombre de maladies sont plus efficacement traitées au dispensaire et que, dans bien des cas, la consultation traditionnelle entraîne plus de dépenses qu'elle n'apporte de bénéfices. Qu'il l'attribue à la cupidité des praticiens actuels (« au village c'était sept francs, maintenant, ici, c'est dix mille ou vingt mille ») ou à l'abandon des valeurs traditionnelles (« les vieux ne transmettent plus leurs secrets car les jeunes ne sont plus respectueux »), il reconnaît que la magie est moins efficace. Les thérapeutes eux-mêmes en ont conscience : « ici je soigne moins bien qu'au village » ; c'est « parce qu'on trouve difficilement certaines plantes », « parce qu'il y a trop de bruit », « parce que l'argent gâte tout ». En fait, c'est peut-être plus simplement parce qu'il y a moins de cette croyance qui est à la base de l'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire l'adhésion du guérisseur, du malade et du groupe.

## Les inégalités devant la santé

Si la recherche des soins et la quête de sens constituent en quelque sorte le commun dénominateur de toutes les histoires de malades, il ne faudrait pourtant pas en conclure hâtivement que tous ont les mêmes chances devant la maladie et devant les médecins. Lorsqu'on lit que l'espérance de vie à la naissance est de quarante-quatre ans au Sénégal et que la mortalité infantile y est de 137 ‰, il ne faut pas perdre de vue que ces statistiques déjà cruelles par rapport aux chiffres connus en Europe ne tiennent évidemment pas compte des différences sociales, culturelles, régionales : à titre d'exemple, 172 enfants sur 1 000 meurent avant cinq ans dans la région de Dakar, contre 427 sur 1 000 en Casamance (Gueye et Sarr, 1985). On s'est attaché ici surtout aux inégalités d'origine socio-économique, c'est-à-dire liées aux conditions de vie et au niveau de scolarité. Il existe bien sûr d'autres facteurs pouvant être corrélés à l'état de la santé : en fait, en ce qui concerne l'appartenance ethnique, l'enquête sur l'accès aux soins n'a pas montré de différence globale significative entre les groupes, et les seuls écarts spécifiques observés sont expliqués en totalité par des différences de nature socio-économique entre les échantillons ; de même, en ce qui concerne les indicateurs liés à l'urbanisation, on peut dire en simplifiant que l'âge d'arrivée en ville et la durée du séjour interviennent également à travers les variables socio-économiques, autrement dit que les citadins installés plus jeunes et depuis plus longtemps bénéficiaient de meilleurs soins parce qu'ils sont statistiquement plus aisés. Les données démographiques viennent d'ailleurs à l'appui de l'option pour les inégalités socio-économiques en montrant par exemple qu'à Pikine les taux de mortalité infantile et juvénile varient respectivement de 36 et 21 à 57 et 70 ‰ selon qu'on a affaire à des habitats à étage ou en baraque (Antoine et Manou-savina, 1988). Mais comment mesurer la pauvreté ? et comment les gens eux-mêmes la vivent-ils ?

## 1 | Représentations de la pauvreté

Pour les Wolof, la pauvreté semble offrir de plus fines distinctions sémantiques que la richesse. En effet, on recourt, dans le langage courant, à deux langues : le wolof et l'arabe wolofisé, et dans chacune, à plusieurs termes. Le pauvre, en wolof, c'est *ku ñak* (de l'adjectif *ñak*, pauvre), dans le sens de : « celui qui n'a rien » ; *badoo* introduit une note péjorative car il désigne en même temps « celui qui n'a pas de savoir-vivre », c'est-à-dire : qui se conduit comme un pauvre ; enfin, *new si doolé* constitue une forme euphémisée « celui qui a peu de force », un peu à la façon dont on dirait en français : « les défavorisés », et en anglais *under-privileged*. Mais on utilise, fréquemment aussi, les termes arabes : *meskin* et *faqir*, le premier ayant un sens plus fort (miséreux) que le second. En revanche, pour le riche, on se sert uniquement de périphrases wolof : *ko am* (celui qui a) et *borom alaal* (l'homme aux richesses) ; la richesse, pouvoir économique (*alaal*) étant clairement distinguée de l'autorité, pouvoir politique (*baat*). La pauvreté offre donc une échelle de valeurs économiques et morales que n'a peut-être pas la richesse, décrite simplement en termes de possession. Mais à quoi reconnaît-on un pauvre ? Ici, les critères varient et se rapportent généralement à deux systèmes de valeurs.

D'une part, les Pikinois élevés au village et restés attachés aux conceptions traditionnelles se réfèrent à l'autosuffisance, à l'hospitalité, à l'entourage. Un enquêteur commente ainsi : « La richesse au village, c'est d'abord la nourriture. Et ce qu'on offre à manger à celui qu'on reçoit. Autrefois, quand on demandait une fille en mariage, le père demandait : est-ce qu'il a assez de farine ? » Et encore : « Le pauvre c'est celui qui n'a pas assez pour manger à tous les repas ou qui ne peut pas recevoir ses étrangers : celui qui ne sait pas laver son propre dos. » Ainsi se distinguent celui qui a et celui qui n'a pas. Mais celui qui a beaucoup se distingue aussi de celui qui n'a qu'un peu, par les flatteurs qui se pressent autour de lui. « Est riche celui qui est entouré de griots. » De manière significative, l'un des plus puissants hommes d'affaires sénégalais, transporteur routier qui a fait sa fortune dans le secteur capitaliste de l'économie du pays, manifeste sa richesse par ces mêmes valeurs traditionnelles : hospitalité ostentatoire (les pauvres du quartier reçoivent quotidiennement à manger, les aveugles et paralytiques de tout Pikine ont leur jour hebdoma-

daire pour recevoir de l'argent), et cour de griots (chaque soir, des musiciens viennent chanter ses louanges et en reçoivent leur récompense).

D'autre part, les Pikinois nés en ville ou rapidement acquis aux modèles urbains se basent sur le statut foncier de la propriété, l'équipement de la maison, les vêtements des enfants, mais aussi le contenu des plats. Un enquêteur explique : « C'est l'endroit où l'on est accueilli qui donne la meilleure idée. Soit par ce que les gens montrent, en signe de richesse, s'il y a un salon, ou en signe de pauvreté, s'il n'y a qu'une chambre avec un lit sans confort. Soit parce qu'ils ne montrent pas en recevant dans la cour. » Et un autre : « Lorsqu'il y a la télévision ou un salon. Et aussi lorsque les enfants sont correctement habillés et portent des chaussures. » Il ajoute : « Quand on vient et que c'est l'heure du repas, on voit d'après le poisson : si c'est de la sardinelle (*yaboy*) ou du poisson séché (*yeek*), on sait que c'est des pauvres ; si c'est du mérrou (*cof*), on sait qu'il y a un peu d'argent. » Souvent aussi interviennent des éléments d'hygiène qui montrent la confusion des registres et l'association de la malpropreté à la pauvreté : « S'il y a du désordre dans la maison ou si les enfants sont sales. »

D'après ces critères subjectifs variés, quelle est la fraction de la population jugée pauvre ? Les données de l'enquête apportent ici des éléments : en effet, à la fin de son entretien avec la mère interrogée, l'enquêteur devait répondre à la question : « le ménage vous paraît-il pauvre ? ». Il faut préciser que, bien que tous issus de milieu modeste et trois sur quatre résidant à Pikine, les enquêteurs étaient globalement d'un niveau socio-économique supérieur à leurs enquêtés. Ils avaient ainsi tendance à considérer d'emblée comme pauvres pratiquement tous les ménages tirés au sort. De manière significative, l'une des deux équipes d'enquêteurs ayant commencé ses entretiens dans le quartier habituellement considéré comme parmi les plus aisés (Golf Sud), elle y avait estimé pauvres quatorze des vingt ménages étudiés, soit plus que la moyenne générale de Pikine, alors que les critères objectifs de richesse (salaire, statut foncier, signes de richesse) apparaissaient, comme attendu, plus fréquemment que dans les autres zones : c'est que les enquêteurs avaient placé trop haut leur seuil subjectif ; et d'eux-mêmes ils l'avaient rectifié dès le second quartier étudié. Sur l'ensemble de Pikine, 63 % des ménages étaient considérés comme pauvres par les enquêteurs.

Confrontée aux indicateurs objectifs, l'estimation subjective présente des corrélations très nettes. Ainsi, les enquêteurs jugeaient pau-

vres 68 % des ménages sans salaire régulier, et seulement 53 % de ceux qui en disposaient ; 79 % des locataires, et seulement 54 % de ceux qui étaient propriétaires ; surtout, 86 % des habitations sans salon ni réfrigérateur et seulement 17 % de celles qui en étaient pourvues. Comme on pouvait s'y attendre, sachant que les quatre enquêteurs étaient nés et avaient vécu à Dakar, et adhéraient au second système de valeurs initialement décrit, c'est avec les « signes extérieurs de richesse » que l'association est la plus forte : on a cinq fois plus de chance d'être considéré comme pauvre si l'on n'a ni salon ni réfrigérateur que si l'on a l'un des deux au moins ; ce rapport n'est que 1,3 pour la source de revenu et 1,5 pour le statut foncier. Mais si l'on est à la fois salarié, propriétaire de sa maison et possesseur d'un salon, on a dix fois moins de chance d'être considéré comme pauvre que si l'on ne présente aucun des trois caractères.

C'est dire l'intérêt complémentaire de ces trois indicateurs objectifs, chacun représentant un aspect différent de la situation socio-économique. Ainsi, un riche commerçant ou un puissant marabout risquerait, avec le seul critère du salaire, d'être rangé parmi les catégories défavorisées, tout comme, avec celui du statut foncier, un instituteur locataire dans une habitation à loyer modéré de bon standing, ou, avec celui des signes extérieurs, une famille maure ou peul qui préférerait s'asseoir sur des nattes plutôt que sur des fauteuils de salon. Pourtant comment pourrait-on penser rendre compte de la réalité socio-économique avec ces seuls chiffres ?

## 2 | Images de la misère

Abdoul Ka est un Peul venu en 1951 à Dakar où il a travaillé pendant quatorze ans comme journalier, passant l'hivernage au village et la saison sèche à la ville. En 1965, il a été embauché comme salarié dans une usine du port et s'est donc installé complètement au Cap-Vert, achetant une maison dans les quartiers de Médina-Gounasse à Pikine. Malgré cette apparente intégration dans la vie citadine, sa vraie richesse restait un troupeau de bovins dans la Vallée du Fleuve où il retournait chaque année. Et c'est ce qu'il perd en 1972 avec la sécheresse qui entraîne la disparition de presque tout son cheptel. Un peu plus tard, son père meurt et Abdoul Ka cesse d'aller au Fouta où plus rien ne l'attend.

Il est maintenant pikinois. Il a deux épouses, sept enfants avec la première (dont deux sont décédés en bas âge) et quatre avec la seconde (dont deux sont également morts). Il est gardien au port, gagne correctement sa vie, se trouve à deux ans de la retraite. Mais l'acuité visuelle de son œil unique (de l'autre, il est aveugle depuis une rougeole dans l'enfance) a considérablement baissé ; un ophtalmologiste consulté lui explique que c'est une cataracte, que l'opération est un geste simple et qu'il recouvrera la vue rapidement. Malheureusement, l'intervention échoue et Abdoul Ka comprend très vite qu'il ne verra plus jamais. Néanmoins, pour ne pas perdre son emploi, il ne dit rien et reprend le travail. Au bout de quelques jours, sa cécité est découverte : le médecin du travail lui explique que l'usine est contrainte de le mettre en retraite anticipée. Il reçoit une indemnité qui correspond à environ quatre mois de salaire. Puis plus rien, malgré les nombreuses interventions auprès des divers services sociaux. Lorsque nous faisons sa connaissance en novembre 1984, dix mois après son départ de l'usine, toutes les démarches ont échoué, il est sans argent, sa famille survit grâce à une minime aide de parents et voisins, sa seconde épouse l'a quitté se plaignant de n'être plus entretenue, sa première femme est enceinte mais n'est pas suivie en consultation prénatale car il n'y a plus d'argent à la maison.

Amadou Sy est un Toucouleur qui habite sur le front le plus avancé d'urbanisation entre Yeumbeul et Guedjawaye : tout autour de sa maison encore en baraque, des parpaings empilés indiquent des ébauches de murs et de futures habitations, mais lors de notre visite en juillet 1985, il n'y a encore qu'une dizaine de familles qui logent effectivement dans cette zone. Venu de la Vallée du Fleuve, il a travaillé dans une usine de Dakar comme salarié de 1962 à 1984 : sa femme et lui-même se faisaient soigner à l'infirmerie de l'entreprise ; ses quatre enfants, âgés de deux à quatorze ans, étaient amenés au dispensaire voisin lorsqu'ils étaient malades ou lorsqu'une vaccination était prévue. Au début de 1984, un licenciement collectif survient, pour cause de faillite économique : il part à la recherche d'un nouvel emploi, et devient alternativement journalier, temporaire, chômeur ; les revenus sont irréguliers, il n'y a plus de couverture sociale. Pendant l'hivernage 1984, toute la famille a eu de la fièvre : les enfants ont été conduits au dispensaire où ils ont reçu un traitement ; mais pour eux-mêmes, le père et la mère sont allés acheter directement l'aspirine et la nivaquine sur un marché. Récemment, le plus jeune enfant a été de nouveau malade ; ils l'ont amené au dispensaire public où l'infirmier a rédigé une ordon-

nance ; le pharmacien a compté pour 3 600 F de médicaments qu'ils n'ont pas pu acheter. Il semble donc, dans ce cas, que le retentissement du licenciement ait été plus marqué sur les pratiques de santé concernant les parents que sur celles concernant les enfants, le problème du paiement des médicaments dépendant néanmoins de la situation financière au moment de l'ordonnance (fig. 3).

<i>Situation professionnelle</i>	<i>Parents</i>		<i>Enfants</i>	
	<i>Consultation</i>	<i>Médicaments</i>	<i>Consultation</i>	<i>Médicaments</i>
Salarié	Médecin d'entreprise	Achat en pharmacie	Dispensaire public	Achat en pharmacie
↓ Licenciement	↓	↓	↓	↓
Journalier	Plus de consultation	Achat sur les marchés	Dispensaire public	Achat si argent

FIGURE 3

*Conséquences de la dégradation des conditions socio-économiques sur les comportements de recours aux soins dans une famille toucouleur de Pikine*

Aminata Sarr est la première épouse d'un ébéniste wolof qui sculpte des statuettes et des masques qu'on vend aux touristes à l'entrée des grands hôtels de Dakar. Elle vit dans le centre de Pikine depuis quinze ans avec son mari et ses cinq enfants. Au début de 1985, lui part en Espagne pour essayer d'y vendre ses sculptures ; les trois premiers mois, Aminata et Aby Fall, sa coépouse, reçoivent des lettres et des mandats qui leur permettent de payer le loyer et de nourrir la famille. Puis, à partir de l'hivernage, elles n'ont plus de nouvelles et doivent se débrouiller seules. Chacune prépare le repas un jour sur deux avec son propre argent, mais alors qu'Aby bénéficie de dons de ses frères, Aminata n'a aucun parent pour lui apporter une aide régulière. Les jours où elle n'est pas de cuisine, elle part donc très tôt au marché Syndicat pour y acheter des fruits et des légumes qu'elle revend au détail près de chez elle ; elle obtient ainsi quelques centaines de francs qui lui permettent de trouver le riz, l'huile et le poisson pour le plat du lendemain. Cependant, lorsque les bénéfices ont été trop maigres, elle ne dispose plus d'une somme suffisante pour

acheter ses produits en gros et alimenter son petit commerce ; elle doit alors emprunter à des voisines sans pouvoir rendre, puisque les gains couvrent à peine les frais du repas. Progressivement, elle s'est ainsi endettée ; les quelques billets de 1 000 F qu'elle a reçus d'amis ou de parents ont servi à rembourser une partie de l'arriéré du loyer et à apaiser la mauvaise humeur du propriétaire. Fin 1985, son plus jeune fils qui a un an commence à être malade : il a la diarrhée, il maigrit ; mais elle n'a pas d'argent pour aller au dispensaire ; elle n'a pas le temps non plus, car elle doit subvenir aux besoins du reste de la famille. L'état du nourrisson s'aggrave lentement et à la mi-décembre, le petit garçon meurt dans un état de marasme, faute d'avoir reçu les soins dispensés à trois cents mètres de là, au Centre de Récupération nutritionnelle de Guedjawaye.

Trois histoires brèves, trois fragments de vie, parmi d'autres qui resteront à l'état de notes. Trois récits qui ne sont pas rapportés pour donner une touche pathétique à une analyse socio-économique un peu déséchante, mais seulement pour illustrer concrètement les conséquences, quotidiennes ou exceptionnelles, de la pauvreté. Certes, tous les Pikinois ne vivent pas dans les conditions de ces trois familles, mais ils sont beaucoup à connaître des modes de vie semblables, et parfois pires. Combien de récits de malades se terminent en effet comme celui de cette jeune femme manjak se plaignant de maux de ventre et de vertiges au huitième mois de grossesse, et ajoutant : « mais je ne suis pas allée voir un docteur pour ça, car je n'ai pas d'argent, et pas non plus voir un guérisseur, car ils font souvent payer très cher » !

### 3 | **Recours aux soins**

Le niveau socio-économique est étroitement lié au degré d'instruction (tableau 5) : le taux d'analphabétisme des femmes est de 78 % dans les ménages sans salaire et de 60 % dans ceux avec un revenu régulier ; de 79 % dans les familles sans signes de richesse et de 56 % dans celles avec salon ou réfrigérateur ; en revanche, le fait d'être propriétaire ou locataire n'est pas corrélé avec la scolarisation des femmes. Misère de l'analphabétisme et analphabétisme de la misère : on ne s'étonnera pas de trouver associés deux faits qui traduisent sous deux formes proches une situation défavorable dans les rapports de

production. Paysans-prolétaires de C. Meillassoux (1975), sous-prolétariat marginalisé d'A. Marie (1981), ces citoyens qui ne sont pas intégrés dans le système économique moderne redoublent leur handicap social en étant à la fois sans salaire et sans instruction.

TABLEAU 5  
Indicateurs socio-économiques et variables socioculturelles\*

Variables « socioculturelles »	Variables « socio-économiques »					
	Salarié		Propriétaire		Salon	
	Non (n = 318) %	Oui (n = 181) %	Non (n = 161) %	Oui (n = 330) %	Non (n = 324) %	Oui (n = 168) %
Absence de scolarité	77,7 p < 0,001	59,7	71,8	70,9 NS	78,8 p < 0,001	56,5
Association de quartier	19,2 NS	23,2	19,8 NS	21,0	22,4 NS	17,1
Association villageoise	5,7 p < 0,01	13,8	10,2 NS	7,8	6,7 p < 0,05	12,3
Venue à Dakar avant l'âge de 10 ans	47,4 NS	54,2	45,3 NS	52,0	45,5 p < 0,01	58,2
Séjour à Dakar depuis plus de dix ans	73,6 NS	76,8	62,7 p < 0,001	80,9	72,5 NS	79,4
Retour au village depuis moins de cinq ans	59,4 NS	55,6	60,5 NS	56,9	59,2 NS	55,9

\* Les variables « socio-économiques » sont ici considérées comme variables indépendantes et les variables « socioculturelles » comme variables dépendantes. Ainsi, il faut lire que 77,7 % des femmes vivant dans un ménage sans salaire régulier ne sont jamais allées à l'école, et que 80,9 % de celles qui sont propriétaires de leur logement sont depuis plus de dix ans à Dakar.

L'expérience urbaine est également corrélée au niveau socio-économique, mais moins nettement qu'on aurait pu l'imaginer (tableau 5). Les plus favorisés sont aussi ceux qui sont venus plus jeunes à Dakar, ce qui indique une insertion dans le secteur économique moderne d'autant meilleure qu'elle est plus précoce, mais le seuil de signification n'est atteint que pour les signes de richesse dont on a vu que c'était le critère le plus discriminant, et non pour le salaire et le statut foncier. Par ailleurs, les propriétaires ont une ancienneté de présence en ville nettement supérieure à celle des locataires, ce qui traduit le succès dans la recherche d'un accès à la propriété. Enfin, s'il n'y a pas de différence marquée pour les retours au village, les femmes de milieux moins pauvres ont un taux de participation plus élevé aux associations villageoises, ce qui pourrait être lié à la possibilité d'acquitter les cotisations — à moins que ce ne soit simplement une meilleure aisance des femmes instruites par rapport à une question qui peut être considérée comme indiscreète, tout comme celle sur les associations de quartier. Quoi qu'il en soit, ces corrélations diverses entre niveau socio-économique et expérience urbaine devront être prises en considération lors de l'étude des comportements de recours aux soins : il s'avère en effet que certains de ces facteurs influent sur les pratiques de santé par l'intermédiaire d'autres, que par exemple l'arrivée en ville à un âge jeune ne favorise une meilleure couverture vaccinale que parce que les femmes venues tôt sont en moyenne moins pauvres.

L'interrogation à laquelle on doit tout d'abord répondre est la suivante : l'influence des conditions socio-économiques sur le recours aux soins, telle qu'elle est apparue dans les trois fragments biographiques rapportés et dans de nombreux entretiens invariablement ponctués de la phrase : « je ne peux pas aller chez le docteur, je n'ai pas d'argent », cette influence — relevée sur des cas individuels — est-elle également constatée sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire ici parmi l'échantillon représentatif de cinq cents mères ? La question vaut d'être posée pour deux raisons : premièrement, parce qu'on peut se demander si, dans une société vivant globalement dans des conditions matérielles précaires (bidonvilles relogés ou installations irrégulières pour la quasi-totalité), les différences sont encore notables et significatives ; deuxièmement, parce qu'on peut s'interroger sur la représentativité des situations décrites dans les trois récits (s'agit-il de cas exceptionnels ou relativement habituels ?).

Avant d'analyser en détail les inégalités de l'accès aux soins, il est nécessaire d'en avoir une vision moyenne qui permette de relativiser les

disparités ultérieurement présentées. Compte tenu de la taille de la ville et du contexte socio-économique, on peut s'étonner du bon niveau de la couverture sanitaire, d'autant que dans l'échantillon tiré au sort figurent des quartiers à la fois périphériques, peu accessibles et mal dotés en dispensaires, comme Taïf, Sourour Yeumbeul ou Guinaw Rails (carte 3). Ainsi, moins de 8 % des femmes déclarent avoir accouché à domicile, 22 % d'entre elles et 23 % de leurs enfants n'ont pas consulté à l'occasion de leur dernier épisode de maladie, enfin 35 % des enfants n'ont jamais été vaccinés et 27 % ne le sont qu'incomplètement. Chiffres globaux qui révèlent toutefois une meilleure accessibilité des services curatifs que préventifs — différence qui semble attribuable à une moindre conscience de l'immunisation comme besoin, renforcée par la faiblesse de l'information sur le Programme élargi de Vaccination.

Des trois indicateurs socio-économiques, c'est le salaire qui a le plus d'impact sur les comportements de recours aux soins, suivi par les signes de richesse et le statut foncier (tableau 6). En observant les résultats de plus près, on constate que, pour les accouchements et les consultations, le niveau socio-économique intervient moins sur le fait de recourir que sur le lieu de recours : les femmes consultent autant et accouchent à peine moins à domicile lorsqu'il y a un revenu régulier dans le ménage que lorsqu'il n'y en a pas ; en revanche, elles consultent près de cinq fois plus dans le secteur privé et accouchent plus de sept fois plus souvent en clinique. Ces différences sont constatées plutôt avec l'existence d'un salaire — qui correspond à la possibilité d'une prise en charge sociale (imputations budgétaires, instituts de prévoyance-maladie) — qu'avec les autres critères : quand on appartient aux catégories les moins défavorisées, on est d'autant plus prêt à se faire soigner en médecine libérale qu'on a également une couverture sociale et qu'on ne paie donc que le cinquième des frais médicaux. Par ailleurs, en comparant l'attitude des mères lorsqu'elles-mêmes sont malades et lorsqu'il s'agit de leur enfant, on observe une plus grande sensibilité au niveau socio-économique dans le second cas de figure : ainsi, qu'elles appartiennent ou non à un ménage bénéficiant de revenus réguliers, elles consultent autant pour elles-mêmes, mais non pas pour leur enfant qui subit le contrecoup de la plus grande précarité ; de même, lorsque le chef de ménage n'est pas salarié, elles font plus souvent l'effort financier d'une consultation privée pour elles-mêmes (rapport de un à cinq) que pour leur enfant (rapport de un à trente). Pour résumer, les conditions socio-économiques, et singulièrement l'existence d'un salaire, c'est-à-dire d'un revenu régulier et d'une protection sociale, influent moins sur

le niveau de consultation que sur le lieu, et entraînent des différences plus grandes pour les pratiques de santé touchant les enfants que les mères. Quant au degré de scolarisation, il a un impact superposable à celui du salaire — confirmant ainsi sur les comportements, l'association déjà notée avec les critères socio-économiques —, sauf pour la différence mère/enfant qui disparaît — ce qui semble indiquer le caractère exclusivement économique, et non lié à l'instruction, de l'écart observé.

TABLEAU 6

Indicateurs socio-économiques et comportements de recours aux soins

	Indicateurs « socio-économiques »					
	Salarié		Propriétaire		Salon	
	Non (n = 318) %	Oui (n = 181) %	Non (n = 166) %	Oui (n = 333) %	Non (n = 329) %	Oui (n = 170) %
<b>Recours aux soins*</b>						
Accouchement						
Domicile	8,9	5,6	6,0	8,5	9,4	4,1
Public	89,6	76,1	85,6	83,3	86,0	80,5
Privé	2,5	18,3	8,4	8,2	4,6	15,4
	p < 0,0001		NS		p < 0,001	
Consultation						
Aucune	21,9	22,1	21,1	22,3	22,1	21,6
Public	73,9	58,2	69,0	68,0	70,3	64,2
Privé	4,2	19,7	9,9	9,7	7,6	14,2
	p < 0,0001		NS		NS	
Vaccination enfants						
Aucune	42,6	21,7	41,2	32,1	40,9	24,1
Incomplète	27,1	28,3	27,9	27,3	26,5	29,4
Complète	30,3	50,0	30,9	40,5	32,6	46,5
	p < 0,0001		NS		p < 0,001	
Consultation enfants						
Aucune	27,5	16,0	23,0	23,5	24,1	21,8
Public	72,2	74,9	73,3	73,1	72,8	74,0
Privé	0,3	9,1	3,7	3,4	3,1	4,2
	NS		NS		NS	

\* Il s'agit du dernier accouchement, de la consultation de la femme à l'occasion de son dernier épisode de maladie, de la vaccination de son plus jeune enfant à l'occasion de sa dernière maladie. Par exemple, 8,9 % des femmes vivant dans un ménage sans salaire régulier ont accouché à domicile.

Sur les vaccinations, la différenciation est particulièrement intéressante à étudier, car la contribution financière demandée paraît modeste : 100 F pour un carnet obligatoire, puis 100 F pour chacune des trois séances (qui comprennent au total les trois doses contre diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, et la dose unique contre tuberculose, rougeole et fièvre jaune), soit 400 F, alors que le coût moyen de l'ordonnance délivrée dans les dispensaires est de 5 200 F. La corrélation avec les indicateurs socio-économiques est très nette (tableau 6) : un enfant a deux fois plus de risque de n'être pas vacciné lorsque le ménage n'a pas de salaire régulier ; le rapport est 1,7 avec les signes de richesse et 1,3 avec le statut foncier. Pour le niveau d'instruction, on observe une relation encore plus forte avec un risque relatif qui atteint 2,3. En somme — et on ne s'en étonnera guère —, moins on est pauvre ou mieux on est scolarisé, et plus on s'attache à bien vacciner ses enfants. Aussi évidente soit-elle, cette assertion mérite une précision et une explication. La précision : ces deux facteurs — pauvreté et scolarité — sont-ils tellement liés qu'ils sont redondants, ou bien ont-ils chacun un impact indépendant ? L'explication : étant donné la réponse à la question précédente, comment rendre compte de l'influence (combinaison ou séparée) de ces deux facteurs sur une pratique peu coûteuse et facilement réalisable — la vaccination ?

En premier lieu, le niveau socio-économique et le degré d'instruction, quoique étroitement corrélés, agissent de manière indépendante : à statut professionnel constant, l'analphabétisme reste un élément péjoratif, et à scolarisation égale, le salaire garde une influence favorable ; on peut en avoir une confirmation dans une analyse multivariée qui tient compte simultanément de tous les facteurs étudiés et qui montre à nouveau le rôle joué par les deux variables. Ces résultats ont des conséquences pratiques importantes pour les responsables de santé publique : il semble en effet possible d'améliorer la couverture vaccinale en agissant sur l'un ou l'autre de ces deux facteurs, c'est-à-dire par exemple en l'absence de toute élévation du niveau de vie, on peut espérer réduire, par des programmes éducatifs, les inégalités dans la prévention, et donc devant la maladie et la mort — la rougeole étant la première cause de décès avant cinq ans à Pikine, comme l'arbre généalogique d'une famille pauvre des quartiers irréguliers (fig. 4) en fournit la triste illustration.

En second lieu, ces données statistiques étant établies, encore faut-il les expliquer : comment rendre compte du rôle du niveau socio-éco-



comprendre qu'en matière d'explication des différences de comportement, les raisons avancées tiennent à la fois de l'hypothèse et de la conviction, mais n'ont fait l'objet d'aucune étude précise ; le seul élément certain, c'est que l'information des mères n'est pas faite : ainsi, parmi cinquante femmes interrogées à Pikine, aucune ne savait avec précision contre quelle maladie son enfant était vacciné et toutes ignoraient que le vaccin antirougeoleux servait à empêcher, et non simplement à atténuer, la rougeole.

L'influence de la pauvreté et de l'analphabétisme sur l'accès aux soins a fait l'objet de plusieurs études en Afrique noire, avec des résultats proches de ceux obtenus à Pikine. En Côte-d'Ivoire, J. N. Lasker (1981) constate que les salariés consultent plus souvent à l'hôpital en première intention que les non-salariés, mais ne retrouve pas de différence selon le niveau d'instruction. A Lagos, F. A. Akesode (1982) observe une couverture vaccinale proportionnelle au niveau de scolarisation de la mère. A Calabar, toujours au Nigeria, W. M. Gesler (1979) note un taux plus élevé de contacts avec la médecine occidentale chez les femmes qui sont allées à l'école primaire. A Khartoum, D. T. Herbert et N. B. Hijazi (1984) relèvent une fréquentation du secteur privé étroitement corrélée au lieu d'habitation, maximale dans les quartiers aisés et nulle dans les bidonvilles. Néanmoins, ces études quantitatives basées sur des questionnaires laissent dans l'ombre de nombreux points que l'on peut essayer de reprendre.

#### 4 | Zones d'ombre dans un questionnaire

D'abord, ces enquêtes ne livrent pas d'informations sur le recours aux thérapeutes africains. Ou plutôt, lorsqu'elles en donnent, on ne peut que douter de leur validité. Ainsi, que penser d'un taux de 0,2 % pour la fréquence de consultation chez les praticiens traditionnels au Kenya (Schulpen et Swinkels, 1980) — sinon que le problème n'est pas que ce dernier chiffre soit « sous-estimé » comme le supposent les auteurs, mais plutôt que la méthode est inadéquate pour saisir ce type de données ? Plus encore, comment interpréter la contradiction entre deux études qui corrélaient le recours aux médecines locales et le niveau de scolarité des enquêtés : pour C. Maclean au Nigéria (1966), plus

les femmes sont instruites et moins elles utilisent les traitements traditionnels, ce qui, pour elle, semble aller de soi puisqu'elle n'en discute pas ; en revanche, pour J. N. Lasker en Côte-d'Ivoire (1981), la découverte que les répondants non scolarisés déclarent moins de consultations chez des praticiens africains que les autres l'amène à conclure que les analphabètes ont peut-être plus tendance à cacher leurs pratiques à des enquêteurs qui représentent l'administration et l'université.

En fait, les questions sur des pratiques officieuses, comme la médecine traditionnelle, ou illégales, comme la vente de médicaments sur les marchés, font intervenir plus encore que d'autres la relation entre l'enquêteur et l'enquêté : la façon dont le premier se situe et se comporte socialement par rapport au second, mais aussi la manière dont sont posées les questions (le temps passé, la mise en confiance, l'agencement du questionnaire, le lieu de l'entretien). Surtout, il arrive souvent que l'interrogation même n'apparaisse pas pertinente au répondant : soit qu'il n'établisse pas un lien immédiat entre la maladie et le recours (s'il est allé voir un marabout, ce n'est pas pour se soigner, mais pour obtenir une protection) ; soit qu'il croie la réponse indigne d'intérêt pour son interlocuteur (ce qu'on attend de lui, ce n'est pas qu'il raconte comment il est allé chercher un grigri, mais où il a acheté ses médicaments). Finalement, demander dans un questionnaire : « consultez-vous parfois un guérisseur ? », ou bien : « lorsque vous êtes malade, allez-vous chez les médecins africains ? » ne permet aucune réponse fiable, non pas — comme le suggèrent plusieurs auteurs (Schulpen et Swinkels, 1980 ; Lasker, 1981 ; Kroeger, 1983) — parce que les sujets interrogés « cachent » la vérité à l'enquêteur, mais simplement parce que la question n'a pas de sens. Et la seule façon d'aborder le problème de la différenciation sociale dans le recours aux pratiques traditionnelles paraît être qualitative, au travers d'histoires de maladies ou d'observations en situation.

Si l'on devait, d'une phrase, expliciter l'influence du niveau socio-économique et scolaire sur l'usage par les malades des médecines africaines, on dirait volontiers que ni l'argent, ni l'école ne font rien à l'affaire. C'est en effet beaucoup plus le type de maladie ou de problème que le niveau de revenus ou d'études qui intervient dans la décision de consulter un guérisseur ou un marabout. Chacun peut citer dans son entourage, un professeur, un médecin, voire un ministre qui a fait appel, pour une divination ou un remède, à un thérapeute renommé. Et la littérature africaine abonde d'exemples semblables — le

chef de cabinet de *La grève des battù* (Sow Fall, 1979), le riche transitaire de *Xala* (Sembène, 1973) ou le médecin d'*Une si longue lettre* (Ba, 1983) pour s'en tenir au roman sénégalais. La plus titrée des femmes rencontrées au cours des enquêtes à Pikine, ancienne étudiante de l'Université de Dakar et actuel inspecteur du travail, raconte ainsi comment, après avoir essayé la médecine moderne pour résoudre son problème d'avortements à répétition, elle s'est tournée vers la médecine traditionnelle : « Je suis allée voir un Manjak à Grand Dakar. La première fois, il m'a dit de revenir avec deux calebasses, un litre de vin, deux pagnes et dix mille francs. La seconde fois, je lui ai apporté ce qu'il demandait ; il m'a interrogée sur mes troubles de santé, puis il a consulté les oracles et m'a expliqué qu'on m'avait jeté un sort pour que je n'aie pas d'enfant ; il a parlé de sorciers. La troisième fois, il m'a allongée ; il m'a mordue au front car j'avais des vertiges, et il a fait sortir une pierre grosse comme un dé ; puis il m'a mordue au ventre pour les avortements, il a fait sortir un objet un peu mou, comme un intestin. C'est de la magie. Je n'y crois pas vraiment, mais quand même depuis qu'il m'a fait cela, je vais un peu mieux. D'ailleurs, j'ai arrêté de le voir car j'avais peur. » Plus tard, elle ajoute qu'elle a aussi des difficultés dans ses relations sexuelles avec son troisième époux et qu'elle envisage d'aller voir un psychanalyste...

Mais si le niveau socio-économique ou scolaire n'influe que peu sur le choix de la médecine traditionnelle, il joue en revanche un rôle important dans la concrétisation de ce choix. Comme on l'a déjà noté à propos du pouvoir économique des thérapeutes, le montant parfois très élevé des traitements maraboutiques peut constituer un obstacle à la cure traditionnelle. C'est d'ailleurs des raisons financières qu'invoquent J. M. Gibbal (1984) pour expliquer la disparition actuelle des cultes des prêtres songhay et C. Le Cour Grandmaison (1972) pour rendre compte de la raréfaction des rituels de possession lebou. A Pikine, lorsque le sacrifice d'un bœuf est demandé, c'est 40 000 à 80 000 F que l'on engage, et lorsqu'une cérémonie de *ndëp* est réalisée, c'est 50 000 à 100 000 F qu'il faut dépenser. Le prix du traitement traditionnel est donc aussi économiquement sélectif que le coût d'un accouchement en clinique, qui revient à 60 000 F environ — à cette différence près que le fonctionnaire ou l'employé ne doivent payer que le cinquième de la somme réclamée par la sage-femme, alors qu'ils doivent déboursier la totalité des frais exigés par le guérisseur. C'est dans les cas de maladies mentales ou de handicaps physi-

ques que les prix atteignent souvent des valeurs inaccessibles, chaque nouveau thérapeute s'appuyant sur l'inefficacité des précédents traitements pour demander des sommes plus élevées, sous prétexte de plus grands dangers encourus. Ainsi, le petit-fils d'un délégué de quartier de Guedjawaye, âgé de quatre ans et présentant un retard psychomoteur grave (peut-être secondaire à une souffrance néo-natale), a-t-il été amené chez une dizaine de marabouts « qui demandaient mille ou mille cinq cents ou deux mille francs d'avance » ; l'un d'eux, Chérife Baya Aïdara de Mauritanie, « a dit pouvoir le soigner pour cinquante mille francs, il fallait donner vingt-cinq mille d'avance, j'ai payé mais le chérife est mort avant la fin du traitement » ; aujourd'hui, le recours aux *ndëpkat* (prêtresses du culte de possession lebou), qui avait été envisagé, paraît impossible car « c'est une grande somme, il faut un mouton ou un bœuf, et encore vingt-cinq mille ou cinquante mille, et ensuite c'est chaque année de nouvelles dépenses ». En fait, s'il est habituel de dire que « les gens sont prêts à payer n'importe quoi pour guérir », ils ne sont peut-être pas prêts à payer *pour* n'importe quoi, et leur décision d'entreprendre une cure coûteuse se fonde sur un équilibre entre leur espoir de mobiliser la somme demandée et la confiance dans le pouvoir des guérisseurs, qui leur reste au terme de nombreux échecs.

Une autre zone d'ombre qui alimente nombre d'idées reçues est la question de qui décide et qui paie en matière de maladie : en particulier, on dit généralement que l'éducation des mères ne sert à rien, puisque ce sont les pères qui détiennent l'autorité et l'argent, donc les arguments de la décision. En fait, les choses semblent plus complexes, et la question : qui choisit ? fait intervenir de nombreux facteurs tels que la personne malade, le type de maladie, le thérapeute consulté, la somme nécessaire, l'entourage familial, les rapports conjugaux, la personnalité des sujets — tous éléments de nécessité qui laissent pourtant encore une part au hasard. L'homme décide en règle pour lui-même — sauf lorsqu'il est dans l'incapacité physique ou mentale de le faire, et c'est alors un frère aîné ou un oncle qui prend les choses en main. La femme, elle, dispose d'une assez grande latitude dans sa décision, pour autant qu'elle ait une autonomie financière vis-à-vis du choix fait — soit parce qu'elle prélève 100 ou 200 F sur la somme donnée pour le marché ; soit parce qu'elle utilise ses économies, en principe destinées à l'achat de vêtements ou de parfums ; soit enfin parce qu'elle obtient d'un frère, d'un ami ou d'un amant, l'argent nécessaire : c'est lorsqu'elle doit

demander à son mari qu'elle n'est plus en situation de décider. Quand il s'agit d'un enfant, les modalités paraissent moins clairement établies : pour une banale maladie nécessitant seulement le recours au dispensaire ou à la guérisseuse du quartier, et donc mobilisant une énergie et une somme minimales, la décision peut être prise par la mère (ou une autre femme de la maison, tante ou grand-mère) ; en revanche, pour une affection qui engage des frais plus importants (hospitalisation ou maraboutage), le père sera presque toujours partie prenante dans la décision.

En fait, même détaillé de cette façon, le processus décisionnel est trop simplifié pour rendre compte de certaines situations. Ainsi, lorsqu'un déplacement est envisagé — retour au village ou visite à un guérisseur en brousse —, le chef de ménage est toujours impliqué ; et lorsqu'on a affaire à un événement qui dépasse le cours habituel des choses — une maladie grave et inattendue, ou une absence prolongée de procréation — c'est souvent l'ensemble du groupe qui prend part à la discussion, indique les thérapeutes, propose les remèdes. De même, l'équilibre des forces entre le mari et la femme peut être remis en cause en fonction de multiples facteurs : si la femme est trop jeune et isolée en ville, c'est souvent le mari qui prend en charge les problèmes de santé des enfants ; au contraire, si le mari est absent, à cause d'un travail qui le tient éloigné de Dakar ou simplement à cause d'un désintéret évident pour les affaires du ménage, c'est alors la mère qui dirige la vie familiale ; si une sœur (ou la mère) du mari vit dans la concession, elle prend souvent l'ascendant sur l'épouse ; et à l'inverse, si une tante (ou la mère) de la femme est présente dans le ménage, elle sera souvent amenée à prendre les décisions.

En insistant ainsi sur la multiplicité des déterminismes dans les choix thérapeutiques, il s'agit de montrer pourquoi et comment la profession ou le revenu du chef de ménage ne constituent qu'une partie des facteurs socio-économiques qui vont influencer sur une décision de recours et une évolution de maladie ; il s'agit d'expliquer pourquoi, dans le troisième récit, Aminata Sarr et Aby Fall, coépouses vivant sous le même toit et confrontées à la même absence du mari, ne sont pourtant pas dans la même situation financière, car la seconde est aidée par ses frères et la première doit s'en sortir seule, avec les conséquences dramatiques que l'on a vues sur la malnutrition de son enfant ; il s'agit de comprendre comment, dans le second récit, le rôle d'Amadou Sy dans les choix concernant la santé de sa famille se modifiait, selon qu'il travaillait ou non, pas seulement parce que, dans

un cas, il y avait de l'argent dans le ménage et non dans le second, mais aussi parce qu'étant au chômage, il était plus présent à la maison et plus actif dans les décisions, notamment de vaccination des enfants ; il s'agit plus généralement de révéler les insuffisances du questionnaire à rendre compte de la complexité des faits et plus encore de la réalité des situations — que signifie, par exemple, le chiffre de 27 % de femmes qui répondent : « mon frère (ou ma sœur) de même père et même mère » à l'interrogation posée hors contexte : « lorsqu'une ordonnance coûte trop cher, qui vous aide à la payer ? ».

Les conditions socio-économiques, et plus précisément la place occupée dans le système de production, sont déterminantes sur les pratiques de santé, comme elles le sont également sur la morbidité et la mortalité (c'est vrai pour des maladies classiquement « sociales » comme la tuberculose ou la lèpre, mais aussi pour les maladies cardio-vasculaires et certains cancers). Autrement dit : les inégalités dans le recours aux soins viennent redoubler et aggraver les inégalités devant la maladie et la mort. Ces disparités sociales sont observées non seulement entre catégories extrêmes — les « élites » des beaux quartiers de Dakar et les « bidonvillois » de Fass non encore expulsés —, mais même à l'intérieur d'une banlieue globalement défavorisée comme l'est Pikine.

Les observations qualitatives aussi bien que les enquêtes quantitatives montrent la grande hétérogénéité socio-économique de la population pikinoise. Dans cette hétérogénéité pourtant, une distinction pertinente, notamment en ce qui concerne la santé, est celle qu'établit C. Meillassoux (1975, 179) entre « travailleurs intégrés ou stabilisés, qui se reproduisent intégralement dans le secteur capitaliste » et « travailleurs migrants qui ne s'y reproduisent que partiellement », distinction qui s'appuie sur le fait que « les allocations familiales, les allocations chômage, la prise en charge des maladies ou des incapacités de travail sont accordées de manière discriminatoire ». La différenciation par le salaire (opposé aux gains incertains des journaliers du secteur moderne ou des travailleurs du secteur informel) apparaît non seulement dans les comportements où la prise en charge sociale est décisive — hospitalisations ou consultations dans le secteur privé —, mais même sur les pratiques où elle l'est le moins — vaccinations par exemple —, montrant, s'il en était besoin, que les inégalités socio-économiques sont plus que de simples inégalités financières.



## 8

### Les réseaux de solidarité

Lorsque l'on considère les sommes d'argent qui doivent être dépensées, quand se produit un événement malheureux, et particulièrement une maladie ou un accident — consultations et hospitalisations, médicaments et aumônes —, on ne peut que s'étonner de les voir mobilisées par des gens dont tout montre par ailleurs la pauvreté et l'on est amené à se poser naïvement la question : d'où sort cet argent qui va permettre l'achat d'un pagne pour un guérisseur ou d'un mouton pour un sacrifice, le paiement d'un traitement maraboutique à 50 000 F ou d'une radiographie de l'estomac à 60 000 F, dans des ménages dont les revenus n'atteignent souvent pas les 35 000 F de salaire minimum garanti ? C'est à cette interrogation que tente de répondre l'étude des formes d'entraide et des réseaux de solidarité.

Les questions méthodologiques, en particulier la manière de recueillir l'information, sont évidemment indissociables de l'analyse des données, et il est essentiel de préciser clairement, chaque fois qu'on le peut, comment le matériau a été obtenu : le discours des gens sur les solidarités énonce des règles plutôt qu'il ne livre des pratiques effectives, et il y a souvent loin des objectifs déclarés d'une association de quartier ou des modèles présentés pour une relation de parenté aux entraides réellement observées en situation. Cette remarque paraîtrait aussi banale qu'inutile si la seule étude publiée sur les associations en milieu urbain sénégalais (Odeyè, 1986) n'entretenait la confusion en présentant comme des pratiques effectives les réponses à un questionnaire qui fait alterner des interrogations générales : « lorsque vous avez de graves problèmes de divorce, de décès, de maladie, de chômage, de deuil, etc., qui peut vous aider ? », et des formulations abs-

traites : « le fait d'être associé a-t-il changé quelque chose dans votre vie ? », dont l'interprétation, ensuite, ne se fonde jamais sur une critique méthodologique qui permettrait de relativiser les résultats. A cet égard, il paraît plus utile, pour la connaissance du fonctionnement des réseaux de sociabilité, de se référer à des textes moins spécifiques qui situent les associations dans leur contexte social et dans des illustrations concrètes (Le Cour Grandmaison, 1972). D'une manière générale, dans l'exposé qui va suivre, on essaiera de confronter la norme et la réalité, et de montrer la signification du décalage qui existe toujours entre la théorie énoncée par les gens sur leur pratique, et la pratique effective.

## 1 | Liens de sang et liens de lait

Quand un malheur survient, au village et même en ville, c'est — explique-t-on — la famille qui constitue le premier recours, de façon à ce que soit assurée la discrétion dont doivent s'entourer toute demande et toute aide : ainsi formulée, cette assertion est trop générale, et pêche à la fois par excès et par défaut. En fait, tous les parents ne sont évidemment pas sur un pied d'égalité en ce qui concerne les relations de solidarité ; et les rapports effectifs mis en jeu autour de celui qui « a un besoin » ou qui « est dans le besoin » apparaissent comme la résultante de règles d'obligations mutuelles qui sont nettement différenciées et hiérarchisées, et d'éléments conjoncturels qui tiennent aussi bien à la proximité spatiale qu'aux affinités humaines. De plus, il arrive que les relations préférentielles, en cas de difficulté financière, se situent en dehors du milieu familial, soit qu'il y ait conflit, soit qu'il existe une autre ressource, par exemple un ami d'enfance. Autrement dit, le premier recours n'est pas toujours au sein de la famille et n'est jamais n'importe quel parent.

La distinction entre parenté agnatique et parenté utérine est essentielle à la compréhension des normes de sociabilité et d'entraide. Chez les Peul ou les Toucouleur, comme chez les Diola, les Soninké ou les Wolof, on trouve dans le vocabulaire et dans les proverbes la trace de cette opposition en liens de sang et liens de lait : « si tu coupes la barbe, c'est le sang qui sort, mais si tu coupes les seins, c'est le lait qui sort », énonce un dicton soninké qui signifie « qu'il y a plus de pitié

du côté maternel que paternel ». L'étude des solidarités familiales qui va suivre concerne les haalpulaaren : à partir de la parenté théorique d'Ego, on peut tenter de reconstituer les relations de sociabilité au sein d'une famille peul ou toucouleur (tableau 7).

Avec les géniteurs, l'entraide existe tout au long de la vie, mais son sens a tendance à s'inverser lorsque l'enfant devenu un adulte est en mesure de subvenir aux besoins de ses parents qui attendent effectivement ce soutien : « l'enfant est un espoir, s'il meurt l'espoir est gâté », *DiiDo ko yakaré so BiiDo maaYi yakaré boni*, dit un proverbe. Mais le lien n'est pas identique avec la mère et avec le père ; si la première est l'image de la tendresse et de la bienveillance, le second représente à la fois la dureté d'un rapport filial fondé sur le respect, et l'ambivalence d'une relation où se profile une rivalité potentielle : amené à succéder à son père, le fils apparaît comme un concurrent en même temps qu'un héritier, et de plus, est à l'égard de son géniteur un éternel obligé, comme celui-ci aime à le rappeler (« le père se vante d'avoir donné ses biens », *jawdi baaba waaajat*, est un autre dicton).

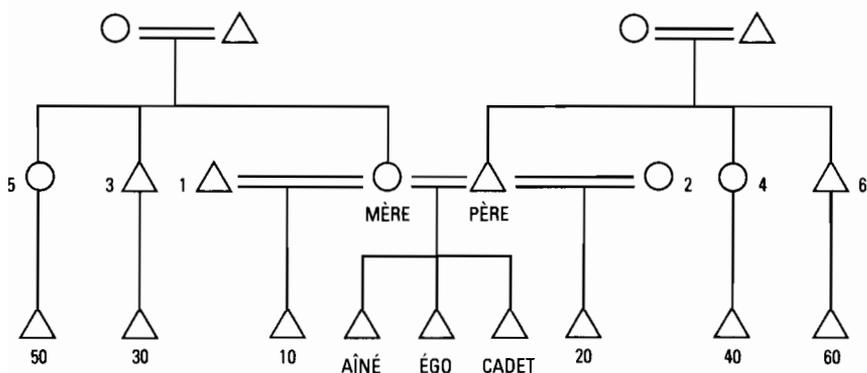
Avec ses frères, les relations dépendent également du lignage dans lequel ils se situent. Pour les frères de même père et de même mère, la compétition de l'héritage est tempérée par la présence du lien maternel ; de plus, le jeu hiérarchique de l'âge place l'aîné dans une position de second père vis-à-vis de ses jeunes frères ; il doit donc les aider, mais eux n'ont pas l'obligation de lui rendre ses dons ; cette unilatéralité de la relation réaffirme la prééminence des aînés sur les cadets. Pour les enfants de même mère mais de père différent, ce sont des frères de lait qui n'entrent pas en ligne de compte dans la succession paternelle, et avec lesquels la relation est empreinte d'affection et dénuée de réserve. A l'inverse, pour les enfants de même père mais de mère différente, la concurrence des héritiers n'est amoindrie par aucun lien du côté maternel : ce sont les derniers à qui l'on demanderait une aide — qu'ils ne seraient que trop heureux d'accorder.

Avec l'oncle maternel, la relation est décrite comme affectueuse ; c'est de lui que le neveu utérin reçoit des conseils, des caresses, des cadeaux, des terres, une épouse ; en retour, il lui apporte son aide, c'est-à-dire essentiellement sa force de travail ; il est, de la génération précédente, l'homme avec lequel Ego a la plus grande proximité affective. Avec la tante paternelle, le lien est également étroit, mais marqué par l'image sévère du père ; si elle aide son neveu agnatique, lui offre des présents et lui donne parfois une fille, elle représente aussi pour lui une figure d'autorité ; d'où une affection

mêlée de respect qu'Ego a pour elle. Avec les cousins croisés, il existe une relation à plaisanterie ; le cousin matrilatéral dit à Ego : « tu es mon esclave » et exige de lui des services, à quoi Ego répond en contraignant son « maître » à lui faire des cadeaux ; c'est évidemment l'inverse qui se produit avec le cousin patrilatéral à qui Ego peut dire : « tu es mon esclave » ; le lien est donc asymétrique entre cousins croisés, puisque l'un fournit des prestations sous forme de biens, et l'autre sous forme de travail ; lorsqu'il s'agit d'aide financière en particulier, c'est donc au cousin matrilatéral qu'on fera appel et c'est à son cousin patrilatéral qu'on sera redevable s'il est en difficulté.

Avec la tante maternelle, on retrouve un lien très proche de celui qu'Ego a vis-à-vis de sa mère (toutes deux sont d'ailleurs *Yumma*). Ses enfants, cousins parallèles matrilatéraux d'Ego sont *BiiBé Yumma*, et donc entretiennent des relations étroites fondées sur la réciprocité. Au contraire, pour l'oncle paternel, on retrouve la notion de rivalité déjà décrite avec le père et surtout les enfants du père mais de mère différente, encore exacerbée du fait que l'oncle doit défendre les droits et les prérogatives de ses propres descendants contre ses neveux. Vis-à-vis de ses cousins parallèles patrilatéraux, Ego est donc dans une situation de concurrence maximale.

TABLEAU 7  
*Parenté et solidarité chez les Haalpulaaren*



Parenté	Rivalité	Entraide		Commentaires
		X → Ego	Ego → X	
Mère	0	+++	+++	L'enfant devenu adulte rend à ses parents devenus âgés. Le fils, étant l'héritier, est dans une position de possible rivalité avec son père qui lui rappelle volontiers ses obligations à l'égard de ses géniteurs.
Père	+	++	++	
Aîné	+	+++	+	L'aîné aide son cadet, mais la réciprocité n'est pas obligatoire. A la mort de l'aîné, le cadet épouse sa belle-sœur (lévirat). La rivalité est celle des héritiers, tempérée par les liens maternels.
Cadet	+	+	+++	
Frère (10)	0	+++	+++	Le frère de même mère est une relation de lait, donc de tendresse et d'entraide réciproques. Le frère de même père est une relation de sang, impliquant une rivalité dans la succession du père.
Frère (20)	+++	0	0	
Oncle (3)	0	+++	+++	L'oncle maternel a une relation très affectueuse avec son neveu utérin, à qui il donne des cadeaux et sa fille, et qui lui donnera en retour des services sous forme de travail. Avec le cousin croisé matrilatéral, il y a une relation à plaisanterie, et donc une entraide inégale.
Cousin (30)	0	++	+	
Tante (4)	0	++	++	La tante paternelle peut donner des cadeaux et sa fille à son neveu agnatique qui lui rendra sous forme de services. Avec le cousin croisé patrilatéral, la relation à plaisanterie, et donc l'entraide, est bien sûr l'inverse de celle entre Ego et 30.
Cousin (40)	0	+	++	
Tante (5)	0	++	++	La tante maternelle peut également donner des cadeaux et sa fille à son neveu utérin qui lui rendra en travail. Avec le cousin parallèle matrilatéral, la relation de lait est celle d'une entraide réciproque.
Cousin (50)	0	++	++	
Oncle (6)	++	+	+	L'oncle paternel défend ses propres fils contre son neveu agnatique qui est leur rival dans la succession. La compétition est encore plus vive avec le cousin parallèle patrilatéral auquel on fait très rarement appel.
Cousin (60)	+++	0	0	

## 2 | Normes et pratiques

Telle est la norme décrite par les informateurs. Mais comment les choses se passent-elles en réalité ? Abou Diallo est un Peul originaire du Fouta Toro qui réside à Dakar depuis dix ans et y travaille comme fonctionnaire : son salaire mensuel de 120 000 F constitue une rente familiale. J'ai pu établir avec lui la liste des personnes qu'il aide régulièrement pour l'achat de médicaments — ce qui constitue, en raison du prix des produits et de la longueur des ordonnances, une dépense non négligeable : certains mois, le quart de son salaire y est consacré (fig. 5). Pour son père qui a une conjonctivite allergique et pour sa mère qui est hypertendue, il achète chaque trimestre une provision de collyres et de diurétiques qu'il leur envoie au village. Plus occasionnellement, il est chargé par sa famille de faire parvenir au Fouta des médicaments pour ses tantes paternelles et maternelles, ainsi que pour deux parents matrilatéraux plus éloignés. De plus, à Dakar, il héberge deux frères plus

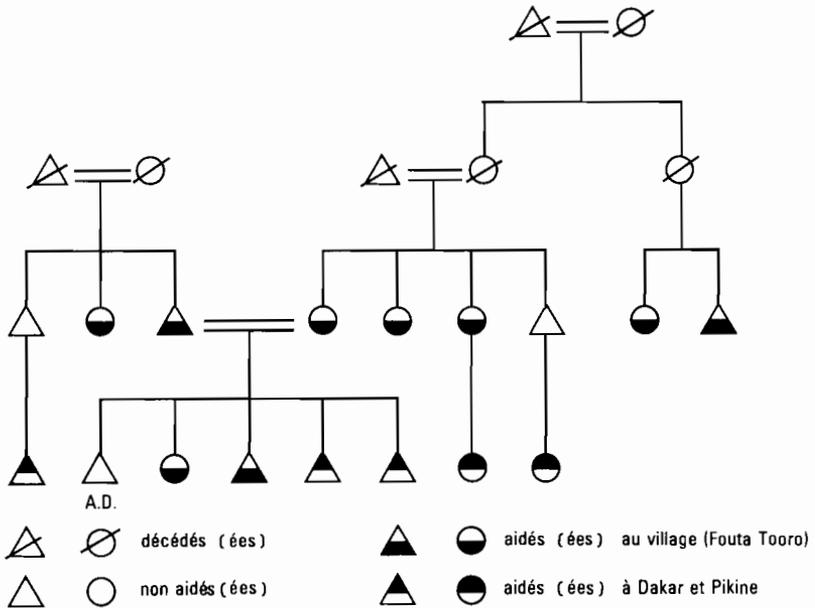


FIGURE 5

*Médicaments achetés par Abou Diallo, Peul résidant à Dakar pour ses parents vivant en ville et au village*

jeunes, ainsi qu'un fils de son oncle paternel émigré en France duquel il reçoit 15 000 F chaque mois. Ainsi, disposant de revenus importants et réguliers, Abou Diallo est dans l'obligation de redistribuer ses gains et de se montrer ainsi digne de son nom : en tant que fils adulte, il donne à son père et à la mère ; en tant que frère aîné, il donne à ses cadets ; en tant que neveu utérin, il aide ses tantes ; en tant que cousin, il aide ses cousines matrilatérales, y compris une cousine croisée qui devrait au contraire l'obliger par des cadeaux ; en tant que neveu agnatique, il apporte son soutien à sa tante ; en revanche, son oncle paternel n'accepte qu'Abou Diallo s'occupe de son fils que parce que lui-même peut payer le service rendu et donc n'être en rien redevable à son neveu. Pour résumer, on peut dire que, pour autant que les situations financières le permettent, les règles sont respectées.

Mais lorsque l'on se trouve confronté, comme c'est souvent le cas à Pikine, à des situations très précaires où ceux auxquels on devrait faire appel sont dans l'incapacité d'aider, on est souvent conduit à mobiliser l'ensemble des possibilités offertes par le milieu social et, dans la parenté, à se montrer moins rigoureux dans l'observation des normes.

Ramata est une femme peul d'une cinquantaine d'années qui habite dans les quartiers irréguliers de Médina-Gounasse. Elle est venue à Dakar à l'âge de quinze ans, juste après son mariage. Elle a eu dix enfants dont quatre sont morts — deux en bas âge, un autre après une intervention chirurgicale et une dernière peu après un accouchement. Sa fille aînée, Khardiadou, trente ans, est retournée au village après s'être mariée ; sa seconde, Diariadou, vingt et un ans, habite à Dakar avec son mari ; ses quatre plus jeunes enfants ont entre sept et quinze ans, deux vivent avec leur mère, deux ont été confiés à des parents proches. Lorsque son mari est mort, Ramata a dû vendre la maison pour partager l'héritage avec sa coépouse ; elle a ainsi obtenu 80 000 F qui lui ont permis de racheter un terrain sur le Front d'urbanisation où la spéculation foncière est moins rude ; cependant, elle continue d'habiter la concession où elle a vécu de si nombreuses années avec sa famille et qu'elle loue aujourd'hui à son nouveau propriétaire. Outre ses deux enfants restés avec elle, elle élève quatre petits-enfants : trois de sa fille morte en couches, et une de Diariadou qui lui a été confiée par la jeune femme. Pour nourrir sa famille, Ramata ne dispose que des bénéfices de son commerce et des aides de son entourage. Elle vend du lait caillé qu'elle prépare à partir de poudre (en regrettant l'époque où les Peul avaient des vaches et du vrai lait), et des légumes achetés sur le marché de gros (qu'elle revend au détail sur un petit étal devant chez elle). Dans les

bons jours, avec le lait, elle gagne environ 500 F, et avec les légumes 300 F, soit 800 F pour sept personnes. En fait, si elle survit dans ces conditions, c'est qu'elle est aidée par des parents.

Il est toujours difficile de recenser l'ensemble des prestations offertes ou échangées autour d'un cas comme celui de Ramata, moins à cause d'une compréhensible pudeur (« j'ai honte de demander de l'argent », dit-elle) qu'à cause d'inévitables oublis ou déformations (une contribution importante ne sera pas signalée car elle n'est pas conçue comme une aide ; au contraire, l'absence de soutien d'un proche parent qui est pourtant dans l'obligation sociale de participer au mouvement d'entraide ne sera pas déclarée car on aura implicitement confondu ce qui devrait être et ce qui est). Dans le réseau de solidarité familiale de Ramata, on a distingué différents niveaux d'aide (fig. 6). Les soutiens principaux sont une sœur de même père et même mère, Fatimata, qui élève l'une des filles de Ramata (Diénaba, âgée de neuf ans) ; deux frères de

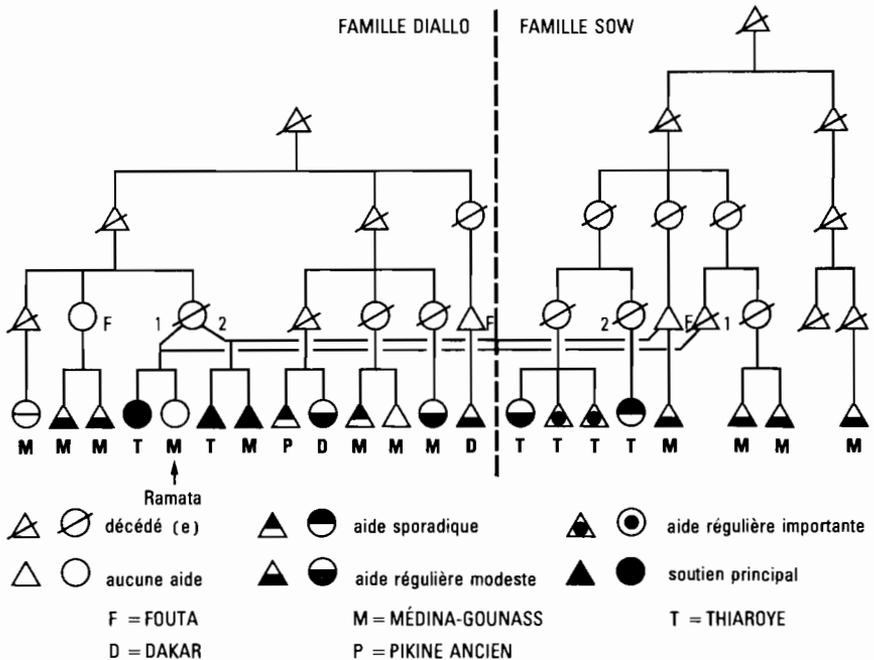


FIGURE 6

*Solidarité familiale chez des Peul de Pikine :  
aide à Ramata, veuve ayant six enfants à charge*

même mère, mais d'un second lit, Moussa, qui lui achète du riz chaque mois, et Tène, qui a la charge du plus jeune enfant de Ramata (Oumou, sept ans) ; et un cousin patrilatéral au deuxième degré, Ifra, qui paie la location de la chambre. Les aides moins importantes ou moins systématiques sont le fait de cousins matrilatéraux au premier et deuxième degré (partie gauche de la figure), de cousins patrilatéraux éloignés (extrême droite de l'arbre généalogique), et de cousins du deuxième mariage de la mère de Ramata (le groupe de Thiaroye, au centre du dessin) ; elles revêtent des formes très diverses, depuis l'achat de savon jusqu'à des dons en espèces qui, pour être moins humiliants, sont souvent présentés comme un apport de capital pour alimenter le commerce avec du lait en poudre ou des légumes en gros.

Le réseau de solidarité autour de Ramata apparaît ainsi comme la résultante des normes sociales (soutien principal des frères et sœurs de même mère, et non de même père), des possibilités financières (l'aide de Fatimata et de Tène se limite pour chacun à nourrir l'un des enfants de leur sœur), des contraintes spatiales (tous les aidesurs principaux résident dans le même quartier de Médina-Gounasse, ou non loin, à Thiaroye) et des affinités personnelles (qui dépendent elles-mêmes largement de l'histoire sociale de cette famille). Les formes de contribution sont variées : cadeaux en espèces ou en nature, règlement d'une facture ou adoption d'un enfant ; il s'agit toujours de présenter l'aide comme un allègement des charges financières qui pèsent sur Ramata plutôt que comme un don. Surtout, la solidarité ne doit jamais sembler unilatérale, elle doit s'inscrire dans le cadre d'un échange généralisé, éventuellement décalé dans le temps : ainsi, Ramata explique que, du temps où son mari était en vie, eux-mêmes ont aidé leurs parents et qu'il est donc « normal que ce soit leur tour maintenant » ; de même, si elle a confié deux de ses enfants à son frère et à sa sœur qui les élèvent depuis l'âge du sevrage, elle a aussi fait la preuve qu'elle est elle-même en position d'aider puisqu'elle a recueilli les trois enfants de sa fille décédée et l'une des filles de Diariatou, également dans une situation financière délicate ; enfin, la précarité de ses conditions d'existence ne l'empêche pas de donner à un mendiant ou de cotiser dans l'une des deux associations dont elle fait partie.

Si l'on essaie de replacer ce réseau familial dans l'ensemble des relations sociales de Ramata en ville, on constate qu'il en constitue la trame principale sur laquelle se greffent quelques rameaux plus ou moins intimement liés au réseau familial. Dans son voisinage, constitué pour une bonne part des parents déjà évoqués, elle n'en-

tretient de relations qu'avec un Toucouleur dont son mari avait fait la connaissance à Pikine et qui lui offre 1 000 F à l'occasion de chaque fête musulmane ; mais elle n'a aucun lien amical inter-ethnique dans ce quartier qui comporte pourtant une proportion importante de Wolof et de Maures. Par ailleurs, elle fait partie de trois associations composées exclusivement de Haalpulaaren : l'une à vocation religieuse, *daayira*, entièrement dévouée au Chérife Abba qui partage son temps entre sa résidence villageoise au Fouta Toro et sa demeure pikinoise ; les deux autres à vocation d'épargne, tontines, qui lui permettent d'économiser de quoi acheter du riz et de l'huile lorsque vient son tour de recevoir la somme.

Pour résumer, le réseau de sociabilité et de solidarité de Ramata est exclusivement intra-ethnique, en grande partie familiale, et pour l'essentiel très localisé : aucune personne non peul ou toucouleur n'y participe ; presque tout se passe entre parents proches originaires du même village ; spatialement le réseau occupe deux zones très circonscrites, à Médina-Gounasse où il se répartit sur deux îlots séparés par une ruelle, et à Thiaroye où il se concentre dans une vaste concession. Cette description met en évidence un fait général, tout particulièrement revendiqué dans les groupes à très fort attachement au milieu d'origine, comme les Peul ou les Diola : les problèmes, les difficultés, les malheurs doivent se gérer au sein de la famille ; il ne faut pas qu'ils transparaissent dans le monde extérieur. Même les associations constituées en ville reposent ici largement sur la parenté, et plus généralement sur des liens antérieurs à la venue à Dakar : le réseau familial précédemment décrit forme la trame des trois associations auxquelles participe Ramata. La famille n'est pourtant pas la seule structure de type traditionnel à laquelle on ait recours en cas de besoin.

### 3 | Maîtres et captifs

La plupart des ethnies du Sénégal — en particulier les Wolof, les Toucouleur, les Peul, les Soninké, les Bambara, les Manding — ont une structure sociale hiérarchisée pour laquelle on utilise généralement le terme de caste (A. B. Diop, 1981 ; Wane, 1969), critiqué par certains (Tall, 1984). Chez les Wolof et les Toucouleur pour lesquels

on dispose des descriptions les plus précises, la société comprend trois groupes : les hommes libres, les castés et les captifs.

En fait, A. B. Diop parle, d'un côté, « dans le système des castes », « d'une bipartition fondamentale de la société wolof donnant le couple d'opposition *gээр/ñeeño* » c'est-à-dire : *gээр* « la caste supérieure qu'il ne convient d'appeler ni noble, ni libre », et *ñeeño* « le groupe inférieur... divisé en castes et sous-castes » parmi lesquels on distingue les *jэф-lekk*, artisans, les *sab-lekk*, griots, et les *ñoolé*, courtisans ; et d'un autre côté, « dans le domaine des ordres », d'une « division binaire principale — *gor/jaam* (hommes libres/esclaves) » (1981 : 34 et 115). Il faut donc faire appel à deux hiérarchies qui se superposent et s'interpénètrent pour rendre compte de la complexité de la société wolof. En revanche, Y. Wane a recours, pour les Toucouleur, à une interprétation différente en ce qu'elle fait des ordres une catégorie qui inclut les castes ; ainsi, il y a trois ordres — *rimBé*, hommes libres, *nyeenyBé*, artisans et *jyaaBé*, esclaves —, et douze castes — quatre pour les hommes libres, sept pour les artisans, et une pour les esclaves (1969, 33).

En ce qui concerne les castes avec spécialisation professionnelle — correspondant aux *ñeeño* des Wolof et aux *nyeenyBé* des Toucouleur auxquels on peut ajouter les pêcheurs, *subalBé*, qui font partie des hommes libres —, les relations de sociabilité, et par conséquent de solidarité, ont lieu essentiellement à l'intérieur du groupe : ainsi en est-il pour les forgerons, tisserands, boisseliers, tanneurs, potiers, pêcheurs ; toutefois, pour les laudateurs, musiciens, courtisans, le type même d'activité qu'ils exercent les met en rapport avec les castes supérieures dont ils chantent les louanges et dont ils reçoivent des cadeaux. Dans le cas de ces diverses catégories de généalogistes, des relations de dépendance personnelle s'établissent d'ailleurs souvent avec une famille ou un individu particuliers : à la transmission héréditaire de la fonction de griots s'ajoute la transmission héréditaire du lien avec la famille dont ils font l'éloge. L'un des Peul rencontré à Dakar avait ainsi deux lignées de laudateurs (*wambaaBé*) associées à sa famille ; lorsque l'un d'eux avait un problème financier, ou bien était malade, il venait voir son protecteur qui était dans l'obligation de lui donner de l'argent ; « les *wambaaBé* habitent le plus souvent avec les Peul sédentaires et ne les quittent jamais, car ils en obtiennent leur subsistance », remarque C. M. Kamara, cité par Y. Wane (1969, 59). Entre les griots et leurs protecteurs, s'établit donc une relation d'aide obligée, en quelque sorte codifiée, caractérisée par son asymétrie : c'est toujours les premiers qui font appel à la solidarité des seconds, et jamais l'inverse.

C'est également ce qui se produit entre le captif et son maître. Si on ne peut plus écrire que « les esclaves ne sont pas tant ces humains, dont ils offrent l'apparence, que des bêtes de somme », si on ne les fait plus travailler à « coups de pied », comme l'écrit Y. Wane (1969, 32), et, pour employer un mode affirmatif, si l'on sait que l'esclavage est aboli depuis plusieurs décennies au Sénégal, on ne peut pourtant ignorer que persiste, pour les anciens captifs et leurs descendants, un statut social d'infériorité. Le captif joue, dans les baptêmes, les mariages, les deuils, un rôle de serviteur : l'homme dépèce et découpe l'animal égorgé par son maître, la femme prépare et sert les plats. En échange, ils reçoivent un cadeau en espèce (argent) et en nature (morceau de viande qu'ils « volent » au vu de tous). A titre d'illustration, on présente ici les sommes distribuées à l'occasion d'un baptême toucouleur à Pikine (tableau 8) : ce sont essentiellement les captifs (*mac-cuBé*) et les généalogistes (*awluBé*) qui reçoivent les cadeaux.

TABLEAU 8  
*Dons en espèces lors d'un baptême toucouleur*

<i>Activité</i>	<i>Nom de caste</i>	<i>Somme à répartir (en francs CFA)</i>
Cuisiniers	MaccuBé	6 000 F pour 4
Serveuses	MaccuBé	3 000 F pour 2
Griots-laudateurs	AwluBé	6 000 F pour 3
Forgerons	WayilBé	500 F pour les hommes et 500 F pour les femmes
Tisserands	MaabuBé	Id.
Peaussiers	SaKKeBé	Id.
Boisseliers	LawBé	Id.
Pêcheurs	SubalBé	Id.
Guerriers	SeBBé	Id.

A côté de ces dons codifiés, il existe des aides occasionnelles : sollicité par un captif de sa famille, un noble peut difficilement refuser d'apporter un soutien financier. Ainsi, Abou Diallo dont on a vu précédemment comme il intervenait auprès de parents en difficulté, est également mis à contribution par ses « serviteuses » — qui ne sont d'ailleurs pas seulement celles attachées à son patrilignage, mais qui comprennent aussi celles de son quartier auxquelles il a pris l'habitude de faire appel pour les célébrations familiales : « Autrefois, dit-il,

le captif ne recevait aucun bien en espèces : on lui donnait seulement le ventre plein pour qu'il puisse travailler. Aujourd'hui encore, au village, pour un événement, ce sont seulement les captifs du chef de famille qui viennent aider ; en retour, le maître a le devoir de les soigner comme ses propres fils. Mais en ville, actuellement, il n'y a plus assez de serviteurs de famille, car ils ont fui ou se sont dispersés : on a donc recours à des "serviteuses" du voisinage ; et j'ai maintenant l'obligation de les soigner au cas où il leur arrive un malheur. La semaine dernière, l'une d'elles est venue à la maison car elle ne pouvait pas payer une ordonnance, je lui ai donné cinq cents francs pour l'aider. »

Les devoirs du maître vis-à-vis de ses protégés sont magnifiés dans les récits des conteurs. Il est à cet égard intéressant de comparer deux versions d'un conte peul qui fonde mythiquement, en quelque sorte, l'obligation pour le noble d'aider ses dépendants : l'anecdote est la même, mais les protagonistes diffèrent. Dans l'histoire « L'ancêtre des griots », rapportée par B. Cendrars dans son *Anthologie nègre* (1947, 85-86) : « Deux frères étaient en voyage. Un jour qu'ils traversaient un désert dépourvu d'eau, la soif prit le plus jeune des deux. Et il avait aussi grand-faim. Il dit à son aîné : "J'ai faim et soif à tel point que je ne peux plus continuer à marcher. Poursuis ta route et me laisse mourir ici." L'aîné s'éloigne sans lui répondre. Il va se dissimuler derrière un palmier. Là, il tire son couteau, se taille dans la cuisse un morceau de chair. Puis il bat le briquet, allume du feu et fait rôtir ce morceau qu'il porte à son frère. Celui-ci dévore avidement ce que lui apporte son aîné... Quand il a terminé son repas, il aperçoit des taches de sang sur la jambe de son frère et il l'interroge à ce sujet. L'aîné ajourne l'explication demandée, promettant de le renseigner au premier village qu'ils atteindraient. Sitôt qu'ils sont parvenus à ce village, le cadet dit à son frère : "A présent renseigne-moi, comme tu me l'as promis, sur ce qui a causé les taches de sang que j'ai vues sur ta jambe. — Ce sang, répond l'aîné, a coulé de ma cuisse où j'ai coupé le morceau de chair que je t'ai donné à manger. — Tu m'as nourri de ta chair, reprend le cadet, et si je n'avais pas vu le sang qui tachait ta jambe, je n'aurais rien soupçonné de ton dévouement pour moi. Aussi, désormais m'appellerai-je 'Diéli'. Je serai sous ton pouvoir et mes descendants obéiront aux tiens !" Le cadet fut le père des griots, qui portent en effet ce nom de "Diéli", adopté par leur ancêtre. » Dans la nouvelle « Le récit des vents », tirée du recueil de C. Sow, *Cycle de sécheresse* (1983, 137-147), on retrouve, sous une forme plus dé-

veloppée, la même trame, mais cette fois il s'agit du héros Samba Guello et de son captif Bassam, et la mutilation sacrificielle se poursuit jusqu'à la mort du premier qui pourtant ne révélera pas au second la noblesse de son acte. Deux versions pour une même logique sociale du sens qui, sous couvert de sceller les devoirs du protecteur vis-à-vis de ses protégés, exalte le courage, la fierté, et finalement la supériorité des maîtres à l'égard de leurs dépendants — griots ou captifs.

Mais comme l'avait noté J. M. Gibbal (1974, 175) à Abidjan, la stratification socioprofessionnelle moderne prend souvent le pas sur la stratification villageoise. Ce qu'il constatait à propos de l'âge (un cadet peut se trouver en situation d'aider son aîné) est également observable en ce qui concerne le statut social. Ainsi en est-il lorsqu'un captif connaît une fortune professionnelle meilleure que son ancien maître : le nouveau rapport social qui en découle peut devenir intolérable puisque le captif n'est plus prêt à assumer son rôle de serviteur, et que le maître n'a pas les moyens de remplir ses obligations. Comme le dit un chef de quartier manding de Guedjawaye : « Si tu es pauvre, même si tu n'es pas captif on peut te dire captif, même si tu n'es pas sorcier on peut te dire sorcier ; mais si tu es riche, on n'osera pas te dire que tu es captif ou que tu es sorcier, car tu feras des poursuites. » En fait, cette inversion sociale, d'autant plus fréquente que la promotion sociale en ville a été comprise par beaucoup comme un moyen d'échapper à leur condition servile donne lieu à des réponses sociales diverses. Parfois, il y a rupture du lien, souhaitée à la fois par le captif qui veut faire oublier son statut inférieur, et par le maître qui ne supporte pas ce bouleversement hiérarchique : c'était le cas exemplaire d'un haut fonctionnaire soninké qui retrouva un jour son ancien maître devenu planton à la porte de son ministère. Parfois, c'est au contraire une dissociation complète des deux mondes : d'un côté, le monde moderne où le captif occupe une situation favorable dont peut d'ailleurs profiter son maître pour obtenir une autorisation, une faveur, un emploi ; de l'autre, le monde de la tradition où chacun retrouve son statut (en particulier lorsque est célébrée une fête collective) ; ainsi, un assistant de recherche toucouleur rencontré à Pikine avait cette double existence, homme important la semaine et pour toutes les affaires ayant trait à sa profession, et serviteur le dimanche ou lors des baptêmes de membres de sa classe d'âge. Parfois enfin semblent s'établir, par accord tacite, des aménagements permettant de sauvegarder les deux positions, comme pour ce professeur de l'École normale supérieure de Dakar, brillant politicien qui, en ville, était res-

pecté et courtisé en raison de son influence et, au village — où je l'avais rencontré lors d'un mariage —, devait participer au service du repas nuptial en tant que captif. La confrontation des hiérarchies sociales, lorsqu'elles subissent une inversion de signe entre le système traditionnel et le système moderne, ne peut donc pas se ramener à un modèle simple : les solutions pragmatiquement adoptées dépendent à la fois de la forme des rapports de dépendance au village, de la distance sociale entre le captif et le maître en ville, et des choix individuels.

#### 4 | Voisins et amis

L'importance accordée ici aux formes traditionnelles de solidarité — pauvreté et dépendance auxquelles il faudrait ajouter les classes d'âge — ne doit pourtant pas conduire à négliger ces autres réseaux, plus caractéristiques de la sociabilité urbaine, que sont les voisinages et les associations. En fait, ceux-ci n'ont pas les mêmes fonctions à l'égard de l'entraide. Alors que la citoyenneté développe des liens étroits de solidarité entre voisins (et ce d'autant plus que l'expérience urbaine a été longue et difficile), l'appartenance à une association (à base villageoise, ethnique, professionnelle, sportive ou financière comme les « tontines ») engage des relations sociales mais ne s'accompagne d'aucune obligation formelle ou morale d'aider les autres membres : contrairement à une idée répandue (Odeyé, 1986), ces associations interviennent moins, dans la vie quotidienne ou dans les événements exceptionnels, comme système d'assurance sociale que comme lieu de rencontre et d'échange favorisant la cristallisation de relations amicales qui pourront éventuellement être mobilisées un jour à des fins d'entraide. C'est pourquoi l'étude de la vie associative très riche des Pikinois, qui a fait l'objet d'une description détaillée ailleurs (Fassin, 1988a), ne sera pas abordée ici : on se limitera donc aux relations informelles de quartier, à travers une étude de cas.

Demba est un Soninké de 45 ans. Il est venu à Dakar il y a vingt-cinq ans, et a été relogé au début des années soixante-dix à Pikine, avec sa famille. Il travaille comme employé dans un institut de recherche, ce qui lui assure un revenu mensuel d'environ 110 000 F. Il vit avec ses deux épouses et deux de ses six enfants. Mais le groupe de ceux qui dépendent de lui économiquement est beaucoup plus large :

Lamine Diagne est un vieux Wolof dont on ignore l'âge réel (on sait seulement qu'on le considérait déjà comme un vieillard en 1962 lorsque Demba l'a connu à Dakar). Spolié de la parcelle qui lui revenait dans le relogement de son quartier, il s'est retrouvé sans toit. Par ailleurs il est seul (sa femme était morte quelques années auparavant et il n'a pas d'enfants), sans ressources et ne travaillant pas. Un propriétaire du quartier, parti s'installer à Touba, lui a confié la garde de sa concession qui ne comporte qu'une baraque où dort le vieil homme. Il prend ses repas chez Demba qui lui donne à l'occasion un vêtement ou une couverture. Ainsi depuis douze ans, il fait partie de la famille, Demba dit de lui : « Il remplace mon père qui est mort quand j'étais très jeune. »

Ibrahima Cissé est un Manding d'une cinquantaine d'années qui est venu à Dakar il y a plus de trente ans ; il travaille comme ouvrier au port. Il a cinq épouses (une de plus que n'autorise le Coran) et une douzaine d'enfants (le nombre exact n'a pas pu être mieux précisé). Malgré ses ressources régulières et malgré la contribution financière de deux de ses épouses (l'une mendie dans le quartier, l'autre a un petit commerce de détail), il est dans une situation économiquement précaire. Il a fait la connaissance de Demba dans le quartier, il y a une dizaine d'années, et depuis lors, il le sollicite fréquemment en fin de mois, lui demandant du riz ou de l'argent pour l'une ou l'autre de ses épouses.

Sérigne Faye est un Wolof d'une soixantaine d'années. Il n'a qu'un fils, sourd-muet, sa femme est morte. Autrefois vendeur ambulancier, il a dû abandonner son commerce qui n'était plus rentable. Son frère aîné, qui était ami de Demba, l'a hébergé car il n'avait plus aucune ressource, et c'est à cette époque que Sérigne Faye a pris l'habitude de rendre visite à Demba lorsqu'il était particulièrement en difficulté : il se présente en ne mentionnant qu'allusivement la raison de sa venue, mais Demba le comprend à demi-mot, l'invite à se restaurer et lui donne à l'insu de tous une pièce ou un billet.

El Hadj Fall est le vieil imam de la mosquée du quartier. Wolof et tidjane, il était l'ami de l'oncle de Demba, aujourd'hui décédé. Il a un fils comptable qui habite dans les quartiers résidentiels de Dakar et qu'il n'ose pas déranger trop souvent pour solliciter son aide, et cinq filles, dont deux déjà mariées, qui ne lui sont d'aucun secours. Lorsque sa femme n'a pas de quoi préparer le plat familial, il vient chez Demba et lui dit : « il n'y a pas de riz aujourd'hui », ou bien de façon encore plus détournée : « le feu n'est pas allumé », et son ami, avec

discrétion, lui remet un peu de riz. En dehors de ces aides occasionnelles — parfois, il rembourse également ses « dettes de pain » —, Demba lui donne à chaque fin de mois 1 000 à 2 000 F lorsqu'il reçoit son propre salaire.

Certes, ces quatre voisins et amis ne sont pas les seules personnes qu'il aide — il a souvent l'occasion de faire montre de sa générosité à l'égard de sa famille, des parents de ses épouses, des griots de son village, d'un captif de sa première femme qui habite non loin de chez lui — mais la différence entre la solidarité dans la parenté, ou plus généralement dans le milieu d'origine, et la solidarité dans le voisinage, ou plus généralement dans le monde citadin, tient pour une part au caractère obligé de la première et facultatif de la seconde : lorsqu'il est sollicité par un membre de sa famille ou un casté de son village, Demba est contraint de donner, sauf à rejeter le code d'obligations réciproques auquel adhère globalement son entourage. A l'inverse, lorsqu'il aide Lamine Diagne ou El Hadj Fall, il le fait par décision individuelle où la part de devoir imposé par le groupe est réduite, ce qui peut ne sembler qu'une variation sur le thème banalement universel : « on choisit ses amis, mais on ne choisit pas ses parents ». Cette proposition doit d'ailleurs être nuancée, car on conserve une certaine marge de manœuvre dans ses relations familiales — Demba est en conflit avec un oncle maternel qu'il a d'ailleurs cessé de voir —, et au contraire, on n'échappe pas à un certain contrôle social dans le choix de ses amis — il aide El Hadj Fall car c'était le compagnon d'un autre oncle maternel.

La générosité a toujours des retombées positives : elle ne peut pas apparaître comme un sacrifice unilatéral ; elle s'inscrit plutôt dans un système d'échange où la circulation ne concerne pas seulement les biens présents, mais également d'hypothétiques biens à venir, et où les ressources disponibles n'appartiennent pas uniquement au capital économique, mais aussi au capital symbolique. En effet d'une part, comme l'exprime Demba, « celui à qui tu rends service aujourd'hui, tu ne sais pas si ce n'est pas lui qui te viendra en aide demain quand tu seras dans le besoin » — ce que disait également Ramata pour justifier ce qu'elle recevait. Et d'autre part, celui qui donne se construit une image valorisante où se mêlent la générosité et la réussite, la capacité à redistribuer étant toujours une manifestation de pouvoir. Comme l'indique C. Meillassoux (1977, 156), « donner n'est pas nécessairement un signe de générosité » et « les gratifications et les contre-dons, les tributs et les cadeaux, mais surtout l'activation so-

ciale des biens ou leur stérilisation sinon leur destruction, agissent presque toujours comme des moyens de la reproduction sociale ».

La mise en œuvre des réseaux de solidarité vient ainsi, dans une certaine mesure, réduire le poids des inégalités devant la santé. En fait, il faudrait plutôt écrire : des disparités devant les soins, car si l'entraide permet de réunir la somme nécessaire à une hospitalisation ou à une aumône, elle intervient peu sur les causes économiques et environnementales qui font que les pauvres sont moins bien vaccinés, tombent plus souvent malades et meurent plus jeunes que les riches. Certes, la ville constitue un milieu globalement privilégié sur le plan de la santé par rapport au village (Raynaut, 1987), cependant les écarts semblent s'y creuser plus profondément (Fassin, 1986-1987) en relation avec des différences de conditions de vie que n'atténuent que partiellement les formes diversifiées de solidarité qui s'y manifestent.

## TROISIÈME PARTIE

---

### **Production et reproduction des savoirs**

Peu de thèmes ont été aussi souvent abordés dans la littérature ethnologique que celui du savoir : « La façon dont les modes de pensée ont changé dans le temps et l'espace est un sujet sur lequel la plupart d'entre nous ont spéculé à un moment ou à un autre », écrit J. Goody (1977, 1). Mais comme le remarque D. Sperber (1979, 17), tant du côté des psychologues que de celui des anthropologues, les tentatives de systématisation ont toujours abouti à une opposition : « “pensée logique”/“pré-logique”, “scientifique”/“magique”, et, le plus souvent aujourd'hui, “rationnelle”/“symbolique” selon laquelle les processus mentaux symboliques seraient “primaires” ou “primitifs” ou “pré-rationnels” dans un sens ou un autre ».

La principale critique des idées de L. Lévy-Bruhl sur les structures mentales pré-logiques et logiques a été faite par C. Lévi-Strauss (1962) qui réhabilite « la pensée sauvage » en la montrant aussi pourvue de logique, mais d'une logique différente, que la « pensée scientifique » : « elle répond à des exigences intellectuelles, avant, ou au lieu, de satisfaire à des besoins » (1962, 17), elle « n'est pas un début, un commencement, une ébauche, la partie d'un tout non encore réalisé ; elle forme un système bien articulé » (1962, 21). Cependant, d'une part, cette critique reste prisonnière d'un modèle dualiste eux/nous ; d'autre part, en refusant l'évolutionnisme, elle fait du même coup disparaître l'histoire. Tout en demeurant dichotomique, l'analyse de R. Horton (1967) se pose d'abord comme « une exploration exhaustive des traits communs aux pensées moderne occidentale et traditionnelle africaine avant toute énumération de leurs différences » ; dualisme toujours, mais dans une démarche comparative

qui rapproche autant qu'elle oppose les deux systèmes de pensée. En effet, l'auteur relève, de manière très pertinente, les deux obstacles qui ont empêché les anthropologues de penser de façon moderne la pensée traditionnelle : leur méconnaissance « de la pensée théorique de leur propre culture » qui ne leur permet pas de saisir les similitudes dans les deux logiques — occidentale et africaine ; leur « aveuglement par une différence d'idiome » qui leur fait tenir pour dissemblables des modèles et des interprétations pourtant très proches. En insistant ainsi sur les similitudes, du moins dans la première partie de l'article, R. Horton met en avant, comme C. Lévi-Strauss — et Durkheim avant eux —, l'intellectualité de la pensée religieuse traditionnelle, sa profondeur théorique, sa distinction du simple sens commun ; surtout, il lève les deux blocages épistémologiques à la connaissance scientifique de la pensée africaine. Mais là encore, on semble évoluer dans un univers statique, anhistorique ; de plus, les obstacles proprement méthodologiques paraissent négligés.

Le renversement de perspective opéré par J. Goody (1977) réintroduit la temporalité dans l'étude de la pensée humaine : plutôt que l'opposition *savage mind / domesticated mind*, c'est le processus de transformation — « *domestication of the savage mind* » — qui devient objet d'analyse (1977, 9). Mais il ne s'agit plus d'un évolutionnisme simpliste comme celui de Frazer : c'est de l'impact des modes de communication (acquisition du langage, de l'écriture, du calcul, de la modélisation) sur la constitution d'un mode de pensée abstrait qu'il est question. On ne se demande donc plus : en quoi la pensée traditionnelle et la pensée moderne sont-elles différentes ?, mais : comment et pourquoi le sont-elles ? L'approche « technologique » de la pensée renouvelle ainsi l'analyse descriptive en recherchant « *some kind of explanation, some kind of mechanism* » (1977, 16). Cette perspective paraît particulièrement pertinente concernant des pays comme le Sénégal où la confrontation ne se résume pas à deux, mais *au moins* à trois modèles — traditionnel, islamique, occidental — pour lesquels l'acquisition, la transmission et la transformation du savoir sont tellement dépendantes des techniques de communication.

## La constitution des savoirs

« Le *buubri*, c'est la maladie inférieure, la maladie du sexe, explique Diawly Ndiaye, guérisseur toucouleur. Il y en a trois. *Buubri kella*, ça vient au bas-ventre, quand il pisse, il pisse du sang ; en même temps, quand il vieillit, il ne peut plus retenir ses urines ; si ça prend une femme, elle ne verra plus jamais ses règles. *Kebré dunka*, ça vient sur les yeux ; la ceinture et le bas-ventre gonflent ; parfois il y a une impuissance. Le *buubri* devient grave à cause des relations sexuelles lorsqu'elles sont fréquentes et répétées. — Et la troisième forme de *buubri* ? — Comment ? je te l'ai dit, il y a *buubri kella*, il y a *kebré dunka*. Ça peut toucher l'homme ou la femme. Et aussi il y a *gabara kebré...* » Il se reprend, s'emmêle, complique les explications, je n'insiste pas.

Cet exemple, parmi tant d'autres, illustre une contradiction indépassable entre les logiques du guérisseur et de l'anthropologue : alors que le premier éprouve l'efficacité d'une pratique, le second recherche la cohérence d'une théorie ; Diawly Ndiaye se sert de ses connaissances pour soigner, j'essaie moi de reconstituer son savoir pour le formaliser ; qu'il m'annonce trois maladies et ne soit capable que de m'en citer deux (ce que d'ailleurs personne d'autre que moi ne relève) ne l'empêche pas d'être un bon thérapeute, mais me gêne pour construire un bon modèle. Il y a plus. Ce qui est aussi en cause dans la transcription des entretiens du guérisseur, c'est le passage de l'oralité à l'écriture, c'est-à-dire d'une parole prononcée (avec tout le pouvoir qu'elle peut contenir lorsqu'elle accompagne des actions magiques, religieuses ou politiques) à une « raison graphique » (avec toute la culture dont elle émane et la science qu'elle rend possible).

Comme le fait remarquer J. Goody (1977, 11), « il est certainement plus facile de percevoir des contradictions dans le texte écrit que dans les discours parlés en partie parce qu'on peut formaliser l'énoncé de manière syllogistique et en partie parce que l'écriture arrête le flux de la conversation orale si bien qu'on peut comparer terme à terme des paroles prononcées à différents moments et différents endroits ». Un autre guérisseur, Modou Diouf, m'en apporta d'ailleurs une preuve supplémentaire quelque temps plus tard, en affirmant au cours de deux entretiens successifs et distants de plusieurs semaines : « ma connaissance me vient de mon père et de ma mère, c'est la seule vraie connaissance, celle de la filiation » et : « tout le savoir que j'ai, c'est dans les rêves que je l'ai eu, je n'ai rien appris de mes parents » ; les deux textes enregistrés dans mes notes révélaient une incohérence évidente qui pourtant n'apparaissait pas aux autres témoins de ces entretiens, ainsi que j'en ai eu la confirmation en reparlant avec eux au sortir de chez le guérisseur.

## 1 | Lectures ethnologiques

Les descriptions des ethnologues qui se sont attachés à rendre compte des classifications de la maladie ou des indications de la pharmacopée ont peut-être conduit à sous-estimer l'élément d'imprécision et de transformation que rend inéluctable la transmission du savoir par la parole. Plutôt, elles ont souvent omis de rappeler qu'elles étaient à la fois des interprétations que l'ethnologue proposait et soumettait donc possiblement à réfutation (et non une « vérité sociale ») et des modèles qui supposaient des variantes et des variations particulièrement révélatrices (et non un schéma fixé définitivement).

La plus classique de ces analyses conduit à opposer les causalités naturelle et surnaturelle, modèle longtemps débattu dans la littérature anthropologique comme le remarque G. Fosu (1981) qui l'adopte à son tour pour décrire la nosologie à Berekuso, village Akwapim du Ghana : en fait, les données recueillies l'obligent à regrouper « 62 maladies spécifiques » en trois catégories « 46,6 % de causes naturelles, 39,3 % de causes surnaturelles, 14,1 % de causes à la fois naturelles et surnaturelles » ; l'appareil statistique — qui se résume à une comptabilité simple — ne peut donc pas dissimuler la faiblesse du modèle (dichotomi-

que) et de la méthode (questionnaire). Assez proche de ce schéma, quoique plus richement interprété, est celui de S. Fainzang (1984) pour les Bisa du Burkina Faso : causalité mécanique « où la relation entre agent pathogène et corps malade résulte d'un contact physique » et « s'exerce en vertu des propriétés de l'objet en soi et de son aptitude à les transmettre », et causalité magique « sans nécessaire contact physique », mais « impliquant l'intervention des génies » et mettant « en cause la responsabilité des sujets à travers des comportements sociaux déterminés ». Quelle que soit la contribution de ces diverses théories — arbitrairement choisies parmi d'autres — à la compréhension de la société qu'elles concernent, il n'est pas inutile de rappeler qu'elles donnent au lecteur une double illusion.

En premier lieu, elles laissent à penser qu'il existe, sous l'épaisseur du discours des guérisseurs (et, éventuellement, des patients), un modèle théorique structuré dont les sujets ne sont eux-mêmes que partiellement conscients et dont l'ethnologue peut se faire « l'inventeur ». Toutes les maladies trouvent ainsi leur place dans une construction savante, comme celle de M. Carrin-Bouez (1980) qui classe toutes les maladies des Santal du nord-est de l'Inde en : fièvres, rhumatismes, plaies, mal, et, à part, les convulsions ; ou celle de P. J. Imperato, cité par G. Bibeau (1981), qui les ordonne « en quatre catégories correspondant aux quatre éléments cosmologiques (l'eau, la terre, l'air et le feu) ». Or, ainsi que le font remarquer N. Sindzingre et A. Zempléni (1981) à propos des Sénoufo de Côte-d'Ivoire, écrire une « taxinomie médicale » serait une « entreprise absurde », car les causalités formulées *a priori* « forment un ensemble fluctuant, [...] qui ne constitue en rien un corpus fixe ni un codage définitif ».

En second lieu, ces nosologies d'ethnologue font croire que l'énoncé d'une classification est indépendant de celui qui l'énonce. Autrement dit, le modèle théorique est le même pour l'ensemble de la société ; d'ailleurs, l'information est le plus souvent présentée de manière indéfinie (on ne sait pas qui parle pour les Santal) ou généralisée (la guérisseuse Akwapim semble s'exprimer au nom de l'ensemble de la communauté de Berekuso). Cette présentation trompeuse est également relevée par N. Sindzingre et A. Zempléni (1981) : « Lorsque l'ethnographie interroge son informateur sur les représentations de sa société, il le situe — et par là-même, il se situe — dans la position objectivante du sujet indéfini. Le Sénoufo, le "on" qui lui parle au nom de sa catégorie sociale ou de sa culture, est invité à transformer en données *a priori* toute une série d'énoncés étiologiques qu'il a mémorisés au fil de ses expériences singu-

lières. » Remarque faite également par J. Bazin (1985) à propos de croyances religieuses énoncées par un interprète bambara et regardées par un ethnologue peu critique comme représentatives de celles de l'ensemble de la société : « Comment un bambara, questionné sur la religion, énoncerait-il en effet autre chose que la religion Bambara ? », ironise l'auteur.

Ces questions avaient commencé à me paraître importantes lors de mes premiers mois d'enquête à Pikine. Plus exactement, les difficultés rencontrées dans l'élaboration de classifications des maladies que j'avais essayé d'entreprendre avec plusieurs guérisseurs me remplissaient de doutes : s'agissait-il d'une « mauvaise » technique de recueil des données qui expliquait les fréquentes modifications apportées et l'impossible systématisation sous forme d'un ensemble cohérent ? ou bien les guérisseurs que j'interrogeais étaient-ils de « mauvais » représentants du savoir traditionnel comme on entend dire que la ville en produit d'innombrables ? ou bien enfin, les contradictions auxquelles j'étais confronté traduisaient-elles un phénomène réel, et non un défaut méthodologique ? De ces trois interprétations possibles, la première est certainement la moins facile à écarter (comment être certain que la technique d'enquête n'induit pas ce type d'artefact ?) ; la seconde en revanche a pu l'être par des enquêtes complémentaires en milieu rural (les mêmes contradictions apparentes étaient relevées chez de « grands guérisseurs » au village) ; quant à la troisième, c'est la concordance de mes diverses données d'enquête et la découverte des mêmes questions chez d'autres auteurs qui me l'ont rendue la plus probable.

Des difficultés similaires sont en effet relevées par G. Bibeau (1981) dans son enquête auprès d'un guérisseur Angbandi du Zaïre : « A travers cette méthode qui enregistrait les divers actes réalisés par le patient ou la famille du patient dans leur quête d'un traitement (*quest for therapy*), je fus amené à la découverte que les noms changeaient souvent au cours du processus : parfois, il y avait un seul nom permanent assigné au cas, pendant toute l'évolution, mais la plupart du temps, j'étais confronté avec de nouveaux noms pour un problème de maladie apparemment semblable » ; ainsi, un même guérisseur paraît modifier son propre appareil théorique au cours du temps. De plus, N. Sindzingre et A. Zempléni (1981) notent que « les modalités des connexions » établies « *a priori* entre maladies (ou symptômes) et configurations causales (causes, agent, origine) » constituent un corpus « étroitement dépendant du locuteur », et qu'il en résulte au pre-

mier abord « un inventaire qui ressemble davantage à un bric-à-brac qu'à une taxinomie » ; évidemment, ce désordre apparent n'exclut pas un certain rangement que l'ethnologue essaie d'objectiver, mais non sous une forme unique, exclusive ou fixée.

Un exemple tiré d'une série d'entretiens avec des guérisseurs et guérisseuses diola interrogés en Casamance dans le même village illustrera ces difficultés à reconstituer par écrit une nosologie et montrera qu'il ne s'agit pas d'un problème urbain qui serait lié à une plus grande fluctuation du savoir, mais bien d'une caractéristique essentielle de tout système de classement constitué et transmis oralement. Ousmane Diémé m'explique : « Toute maladie s'appelle *kasuumutek* », et il en commence la longue énumération : *kasuumutek ati mumelam*, la maladie de l'eau ; *kasuumutek ati elacey*, la maladie de la salive amère ; *kasuumutek ati biegiiteb*, la maladie de l'esprit, etc. » Je lui demande : « Et la rougeole, *esivey* ? » Il me répond : « Non, la rougeole, ce n'est pas *kasuumutek*, c'est *erusey*, le vent. » Je lui fais préciser les autres formes de maladies dues au vent ; il me parle des *seetanay*, esprits pouvant donner des crises, et de *ekiimey ati kuñiilak*, la coqueluche. Puis, je lui demande encore : « Et la maladie de la corne, *bairirab* ? » Cette fois, ce n'est ni *kasuumutek*, ni *erusey* : « C'est *kaben*, une protection que l'on fait. » En poursuivant questions et explications, en recoupant les données, en reposant sous différentes formes les mêmes questions, j'obtiens une première « classification » : *kasuumutek*, un syndrome désigné par un terme purement descriptif (symptôme, organe) ; *erusey*, une maladie apportée par le vent (épidémie, soudaineté) ; *kaben*, un désordre nécessitant une protection par un objet (corne, amulette) ; *eneete*, un rituel qui, lorsqu'il n'est pas accompli, peut « prendre » une personne et lui donner nombre de malheurs (impuissance, stérilité, lèpre).

Cependant, le lendemain, les choses se compliquent avec Babakar Badji qui, s'il reconnaît que *kasuumutek* désigne l'ensemble des maladies, en exclut de nouvelles comme *ayaalaw*, la sorcellerie, et *musonta*, la blessure, puis avec Bouramandi Badiane qui, en contradiction avec mon premier informateur, m'assure, d'une part, que la rougeole, *esivey*, est bien une maladie, *kasuumutek*, et d'autre part, que ce qu'il appelle lui aussi *kaben* peut devenir *kasuumutek* s'il n'est pas soigné correctement. Autrement dit, bien qu'évoluant dans un même contexte, leurs savoirs sont suffisamment différents et variables pour que soit remise en cause la tentative d'en établir une théorie.

En fait, un travail systématique a permis de relever trois niveaux de ces « écarts de langages de guérisseurs » (Fassin, 1989) : le premier entre ce qui est dit et ce qui est fait, le second entre plusieurs interlocuteurs appartenant pourtant au même milieu, le troisième entre des discours successifs d'un même informateur. De ces trois situations, on a déjà vu des illustrations. Reste à en chercher l'explication.

Certes, il serait possible d'envisager pour chacun des trois cas de figure des interprétations différentes. Ainsi pourrait-on dire que la façon de nommer et de classer ne se comprend que dans l'acte thérapeutique où elle est utilisée concrètement ; que les guérisseurs, en raison des modalités différentes de leur formation, ont des nosologies nécessairement distinctes ; et enfin que la personne interrogée peut avoir des difficultés à formaliser ses propres raisonnements. Toutes ces explications sont exactes ; pourtant, elles ne disent pas tout de cette question. Il faut en effet leur ajouter une raison plus générale : le savoir des guérisseurs acquis et transmis oralement, non seulement admet des variations, mais plus encore n'existe que dans ces transformations permanentes du corpus ; ne se référant à aucune source écrite, les connaissances qu'ils ont acquises ne correspondent pas au souci de modélisation que suppose tout système classificatoire écrit. Par conséquent, la nosologie qu'établit l'ethnologue sur la base d'informations recueillies sur le terrain auprès de thérapeutes, parce qu'elle passe sous silence des incohérences et les divergences, doit toujours être considérée avec une prudence critique semblable à celle de J. Goody (1979, 52 et sq.) s'étonnant que C. Lévi-Strauss puisse négliger la diversité des versions existantes d'un mythe lorsqu'il en analyse la structure comme s'il s'agissait d'une histoire unique.

## 2 | **Savoirs traditionnels**

Les rares travaux d'anthropologie de la maladie réalisés au Sénégal, toujours dans un contexte mono-ethnique et le plus souvent villageois, illustrent ces difficultés à constituer un corpus de savoirs traditionnels. Pour A. Epelboin (1983, 18) qui travaille chez les Peul Bandé du Sénégal oriental, « la tentation est forte de ne rete-

nir, dans les classifications vernaculaires dégagées pas à pas, mot à mot, au fil du discours de mes informateurs, que ce qui est cohérent, de ne garder d'un puzzle que les pièces qui semblent *a priori* capables de s'emboîter les unes dans les autres », et il n'y résiste pas complètement dans le modèle qu'il propose, énumération plutôt que nosographie (1983, 95 à 110). De manière encore plus précise, E. K. Tall (1984, 11) relève, à propos des Peul et Toucouleur de la Vallée du Fleuve, que « l'observation en situation des différents thérapeutes devait révéler la flexibilité des catégories étiologiques, la perméabilité des catégories statutaires, et de manière générale, la malléabilité des oppositions binaires qui variaient en fonction des différences que l'on voulait inscrire » ; ainsi plusieurs niveaux de classification deviennent nécessaires : distinction entre savoirs populaire, statutaire, lignager, savant et secret (1984, 208), entre termes désignant la maladie : *rafi*, *nyaw*, *muusu* (1984, 226), entre catégories causales : sorcellerie, rencontre des génies, maraboutage (1984, 325).

Déjà, A. Zempléni (1969, 71 et 90) avait, dans son étude des troubles mentaux à Dakar, relevé l'absence de nosographie chez les Wolof et les Lébou : « Leurs signes psychopathologiques se réfèrent, à quelques exceptions près, à ces unités complexes de représentations que sont les catégories d'interprétation, non à des syndromes au sens occidental », et : « Le système Wolof-Lébou ne connaît pas le signe purement nosographique, n'admet la prévalence du nosographique sur l'étiologique que dans deux cas (épilepsie et arriération mentale) et privilégie l'étiologique dans l'écrasante majorité des troubles mentaux. » D'où la classification proposée, qui se place au niveau des catégories causales et qui restitue à la maladie son caractère persécutif : sorcellerie (*dëm*), maraboutage (*ligeey*), esprits ancestraux (*rab*), démons islamiques (*seytaané*, *jiiné*). En fait, les choses sont un peu plus complexes car, si la prééminence de l'étiologie sur la nosographie est effective, elle ne signifie pas, d'une part, que la seconde soit absente (même floue, ou plutôt : difficile à cerner, elle existe et un symptôme donné n'entre pas dans n'importe quelle classe de maladie), ni d'autre part, que la première soit définie avec précision (il y de nombreuses formes de passage entre les diverses causes, des associations maléfiques entre *rab* et sorciers, des confusions entre esprits ancestraux et démons islamiques, etc.).

L'interprétation de la stérilité chez les Diola illustrera cette complexité des niveaux de causalité. Le point de départ : la femme qui

ne peut pas avoir d'enfants, c'est-à-dire qui ne peut concevoir, qui fait des fausses couches ou qui perd des enfants en bas âge. Les lieux de l'observation : deux villages de la forêt des Kalounayes, en Moyenne-Casamance, et Pikine, parmi les ressortissants de ces mêmes villages. Les informateurs : des marabouts, des guérisseurs, des officiantes rituelles, des femmes confrontées, à un moment de leur vie, au malheur de ne pouvoir procréer. Cette infortune, dont O. Journet (1981) a souligné l'importance dans une société où « le groupe féminin tirait son pouvoir » du « monopole des responsabilités en matière de fertilité », est particulièrement fréquente en Casamance où la stérilité (secondaire à des maladies infectieuses ou à complications de l'accouchement) semble concerner une proportion élevée de femmes, où près d'un enfant sur deux meurt avant cinq ans (Gueye et Sarr, 1985). Parmi une quinzaine d'histoires de vie, quatre sont présentées ici car représentatives de la diversité des quêtes de sens.

► CAS I

Après avoir donné naissance à une petite fille, S... fait deux avortements spontanés et met au monde un enfant mort-né ; elle part au village pour y accomplir deux rituels : *kafaañak* — car l'enfant mort-né avait « le corps brûlé comme celui d'un lépreux », et *kafaañak* est le rite des Diédiou pour protéger de la lèpre ; et *kabeeporak* — car c'est un rite de sa famille qu'elle n'avait jamais accompli et qui peut « se venger » en empêchant toute descendance ; quant au rituel de *kañaalen*, il sera peut-être envisagé secondairement, en cas d'échec des premières mesures.

► CAS II

N'ayant pas procréé après cinq années de mariage, D... consulte un guérisseur au village qui lui donne un traitement à base de plantes, *esii-ley* ; puis n'étant toujours pas enceinte, elle retourne en Casamance pour y faire deux rites : *kapoosor* — car elle avait des pertes de sang anormalement longues ; et *furembënëf* — qu'elle avait accompli dans son enfance et qu'elle n'avait jamais renouvelé.

► CAS III

Au village où elle est partie faire le rituel de *kañaalen*, après la mort en bas âge de ses trois premiers enfants, T... met au monde un petit garçon qui au deuxième mois de sa vie fait une crise convulsive et meurt quelques jours plus tard : le premier diagnostic évoqué en pareil cas est *disii-naj*, maladie de la corne, mais comme T... possède une protection contre cette cause, on cherche autre chose ; à son tour, la mère fait des convul-

sions, et on reconnaît là les *seetanay*, diables islamiques, qui sont du ressort des marabouts.

► CAS IV

C'est une accusation de sorcellerie, *ayaalaw*, qui a été prononcée contre A... après la mort de son sixième enfant (deux seulement avaient survécu sur huit) ; en faisant le *kañaalen*, elle donne à ses enfants « une chair amère » qui éloigne les sorciers ; les trois nés à partir de ce rituel ont tous vécu.

Par sa mise en cause de la reproduction sociale, l'incapacité à assurer une descendance nécessite une explication sur laquelle est fondée la recherche d'un remède. Mais pour ce problème en apparence unique, et d'ailleurs identifié par un seul terme : *kafoorak*, les histoires de vie révèlent des assemblages étiologiques multiples, apparemment non systématisables. Le recours le plus fréquent est le rituel de *kañaalen* qui engage la femme dans une existence de bouffonne rituelle pour une période de plusieurs années (Journet, 1981 ; Fassin et Badji, 1986) ; ce rite fait partie des « grands rituels » diola (*eluñey*) accomplis sur un autel villageois dans le Bois Sacré. Par ailleurs, de nombreux rituels moins exigeants, de réalisation plus aisée, sont effectués sur des autels situés dans une concession et appartenant à un lignage (on parle ainsi du *kabeeporak* des Manga de Tiobong) ; ces rituels, appelés d'un terme générique *eneetey* sont notamment : *kafañaak*, *kabeeporak*, *kapoosor*, *furembënëf*. En dehors de ces divers rites pratiqués sur des autels de village ou de lignage, la stérilité peut être imputée à un *kaben* qui désigne à la fois la protection rituelle et la maladie provoquée par son absence : il s'agit d'un rite sans autel, par exemple *esooley* ou *disiinaj*. Comme les biographies de femmes l'indiquent, tous ces rites ne s'excluent pas et se succèdent jusqu'à la réussite de l'un d'eux.

À côté des explications mettant en jeu les multiples rituels d'une société très attachée aux traditions agraires, les interprétations par les diverses formes d'agression constituent un ensemble non concurrent du premier : *akaalena* (ancêtre revenant), *ayaalaw* (sorcier-anthropophage), *seetanay* (esprit malin), *brok* (travail maraboutique), où l'on retrouve un modèle quadripartite proche de celui des Wolof et Lébou d'A. Zempléni (1968) et même de celui des Peul et Toucouleur d'E. K. Tall (1984). Ces quatre causes possibles de maléfices sont généralement superposées aux interprétations rituelles et exigent des mesures thérapeutiques complémentaires ; néanmoins, mettant en

cause des mécanismes d'agression souvent personnalisée (en particulier la sorcellerie et le maraboutage qui sont les plus fréquents), ces explications sont rarement données publiquement, car elles sont potentiellement dangereuses (désigner un sorcier, c'est menacer l'ordre lignager).

Comment s'opère le « choix » entre toutes ces causes possibles ? Ce sont autant les devins (*ajuuberew*), guérisseurs (*alaapaw*) et marabouts (*amuurew*) que l'ensemble de la communauté villageoise, et singulièrement les vieilles femmes (*kufëllumëk*), qui déterminent l'interprétation. Celle-ci tient d'ailleurs toujours compte des antécédents : ainsi, dans le cas I, le rituel *kabeeporak* a été décidé parce que la femme est de Tiobong où il est pratiqué et ne l'avait jamais accompli ; et dans le cas II, le rituel *furembënëf* est fait parce qu'elle était allée sur cet autel avec sa mère dans son enfance et avait « oublié » de se protéger à nouveau avant son mariage. Certains éléments cliniques peuvent orienter également : l'enfant mort-né du cas I avait son corps « comme brûlé », ce qui évoquait la lèpre soignée par le rituel *kafaañak* des forgerons ; les convulsions du nouveau-né du cas III ne pouvaient pas être dues à la maladie de la corne, *disiinaj*, car la mère était protégée, et le diagnostic de possession par un *seetanay* s'est imposé lorsqu'elle a eu elle-même une crise. Mais les forces sociales se manifestent également à travers les interprétations : dans le cas III, la femme « choisit » elle-même la possession, car une fois éliminée la maladie de la corne, il ne lui reste que deux solutions — être une sorcière ou une possédée —, la seconde ayant la sanction la moins lourde ; dans le cas IV, la rivalité entre la femme et sa belle-famille fait de la mort successive de plusieurs enfants l'objet d'accusations mutuelles de sorcellerie. De plus, la recherche de la guérison au moindre coût individuel et collectif explique que, dans le cas I, la femme ait commencé par accomplir des rituels moins pénibles avant d'envisager le *kañaalen*, particulièrement éprouvant, et qu'il n'y ait pas eu d'explications ouvertes en terme d'agression.

Cette illustration est certes encore simplificatrice. Elle ne tient pas compte des recours extérieurs (par exemple, au guérisseur bambara du cas II à qui l'on reconnaît le succès final — grossesse de la femme — et qui devient donc partie constitutive du schéma explicatif). Elle ne considère que quatre histoires brièvement rapportées (qui ne rassemblent bien sûr pas toutes les combinaisons étiologiques possibles). Elle permet pourtant de montrer, à travers quelques exemples, la multiplicité des interprétations, de leurs associations et des raisons

de leur choix. Si l'on s'en tenait au discours du guérisseur ou du marabout, on n'obtiendrait que les données de son expérience figée à un moment donné, et non la totalité des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'établissement du diagnostic. En passant au contraire par les histoires de cas réels, on restitue les logiques de l'explication sociale de la maladie, ce qui est le contraire d'une classification. Toute nosographie, tout modèle strict, sont condamnés à être dépassés par une situation inédite, non prévue par le chercheur, mais immédiatement interprétée par la société.

### 3 | Savoirs islamiques

Les remarques méthodologiques concernant les savoirs traditionnels valent évidemment aussi pour les savoirs islamiques. Toutefois, la constitution du corpus, ainsi que sa transmission, sont ici marquées par l'instrument qui véhicule la connaissance : l'écriture. La tablette coranique fixe la vérité que le disciple apprend par cœur avant de la comprendre. Cependant, ici encore, la richesse sémantique de la langue arabe, l'exégèse surabondante des textes sacrés, le caractère oral de la transmission des secrets dissimulés dans les écrits et la réappropriation constante de l'islam par les cultures africaines rendent illusoire toute tentative de fixer des interprétations.

« Avec les quatre-vingt-dix-neuf noms de Dieu, on peut tout faire, tout guérir, tout obtenir », disent les marabouts. En fait, il est de nombreuses façons de les utiliser ; toutes appartiennent au savoir secret et ressortissent à la magie (*lasaraar*, en arabe wolofisé). Les noms de Dieu, de même que les versets du Coran, contiennent en eux le pouvoir surnaturel ; l'écriture, l'énonciation, le calcul ne sont que les moyens de les appeler pour soigner une maladie, donner de la réussite ou rendre invincible.

L'écrit, *aayé*, peut être réalisé sur une feuille de papier (fig. 7) que l'on place dans un sachet de cuir, sous forme d'amulette (*teéré*) destinée à être portée ou accrochée dans une maison ; ou bien sur une planchette de bois qui est ensuite lavée, l'eau ainsi recueillie (*saafara*) servant à la boisson ou aux ablutions. Les mots sacrés peuvent aussi être prononcés « sur » une plante, une racine, une poudre afin d'en augmenter le pouvoir ; ou bien sans « support » matériel dans une in-

بسم الله الرحمن الرحيم اللهم صل على سيدنا محمد  
 وعاله وصحبه وسلم تسليما باب العقل من ازاله ان يمينا  
 العقل حتى يكون وليا تكنت في الوح وييسر به وتدخل في الابد  
 واحد ويفسد به وجهه وان لا يسن ابد امص اسمع  
 او يبرى ويفعل حقه العباد ويرس حقه العباد ويرس  
 نمن اسم الله بسم الله الرحمن الرحيم يا الله يا الله

FIGURE 7

Ecrit coranique destiné à la confection d'une amulette

٤	٩	٢
٣	٥	٧
٨	١	٦

Le tableau est tracé sur le sol et rempli par les neuf chiffres arabes ; la pointe d'un couteau est placée successivement sur chaque case et le verset est prononcé un nombre de fois égal au chiffre ainsi désigné ; après chaque énoncé, le marabout souffle sur la partie malade et la masse doucement ; « à la fin du neuvième verset de la neuvième case, le malade est guéri ». C'est le choix du verset qui est déterminant et constitue le secret (*lasaraar*).

FIGURE 8

Carré magique utilisé à des fins thérapeutiques

(Dessin de Serigne Mbaye Diakhaté)

vocation à Dieu, technique prônée par les musulmans les plus orthodoxes. Enfin, il existe diverses méthodes de calcul dont la plus simple consiste à donner une valeur numérique à chaque lettre et à additionner les nombres ainsi constitués ; l'introduction d'un nom de Dieu sous forme chiffrée confère au total finalement obtenu son pouvoir magique. Certaines techniques mélangent l'énonciation de versets et le calcul des nombres sacrés (fig. 8).

Mais la forme écrite est plus qu'un support ou un prétexte, elle peut devenir objet magique. L'ornementation calligraphique n'est pas gratuite, elle est le pouvoir des mots. Ainsi, le nom suivant joint le sacré du sens et la magie du signe :



Il désigne Dieu, et il représente « une chambre », sous la forme d'une lettre fermée où le nom de la personne à protéger pourra être placé, à l'abri du mal. Le texte écrit, non seulement est investi du secret des noms divins et des versets révélés, mais encore libère le pouvoir dans l'acte même de l'écriture.

Traitement et protection, l'écrit coranique est aussi instrument de divination : les formes les plus élevées de l'acte divinatoire, en particulier le *xalwa*, retraite spirituelle, sont d'ailleurs d'inspiration islamique. Le *listikar*, à la fois méditation et vision, est ainsi décrit par Diakaria Diara, marabout soninké : « Après s'être purifié — car aucune souillure, rapport sexuel ou besoin naturel, ne doit contaminer avant le *listikar* — on se couche sur le côté droit et on égrène le chapelet en prononçant un verset. Alors la divination vient comme un rêve : il peut s'agir d'un serpent ou d'un crapaud ou de feu dans la bouche ou de braises dans lesquelles on veut se jeter ; ces visions font peur et peuvent rendre fous. Puis, le *jinné* vient me parler, c'est Da Mous, le fils du *jinné* qui parlait à mon père ; à chaque génération de Diara, sa génération de *jinné*. » L'autre technique de divination utilisant le savoir coranique est le *xaatim*, carré magique, ou l'une de ses variantes : il s'agit toujours de « calculer », à partir de noms sacrés — Adama, Awa, Mohammed, etc. —, l'avenir, les chances de guérison, le nombre d'enfants, l'issue d'un voyage.

Si le contenu et la forme du savoir islamique ont pu faire l'objet de ces développements, c'est qu'il s'agit d'un corpus avec un référent unique (l'islam), un texte commun (le Coran) et une transmission relativement fixe (l'écrit), à la différence des savoirs traditionnels issus de corpus multiples, constitués sur des modèles différents et acquis oralement. Cependant, cette homogénéité apparente du savoir islamique ne doit pas en dissimuler le caractère flexible et les capacités d'adaptation qui se manifestent dès qu'on s'écarte de la ligne écrite — que ce soit dans l'explication des sourates ou dans l'utilisation des secrets. Autour du texte sacré, référence commune de l'islam, se développent ainsi d'innombrables interprétations, pour des usages individuels : à la connaissance universelle des musulmans s'oppose le savoir particulier de chaque marabout, qui le distingue et lui donne du pouvoir.

A propos des Toucouleur, E. K. Tall (1984, 154) décrit ainsi le savoir islamique comme composé de deux ensembles : *gandal koran*, savoir coranique comprenant le texte sacré et son exégèse, le droit islamique et les pratiques coutumières, et *gandal sirru*, savoir secret, avec une double composante, mystique et magique. Ces deux formes de connaissance sont étroitement liées, la seconde n'étant que l'approfondissement de la première, ou plus exactement : la révélation de ce qu'elle contient en profondeur — E. K. Tall parle de « strates ». Le même référent livre donc un *sens commun*, savoir accessible à tous, auquel est attaché plus de respect que d'autorité (on admire un savant du Coran mais on ne le craint pas), et un *sens caché*, savoir réservé à un petit nombre, qui donne la capacité d'agir sur les choses et les hommes, la réussite et la maladie (c'est-à-dire qui fonde le pouvoir). El Hadj Mbaye Diakhaté, imam mouride de Guedjawaye, traducteur estimé du Coran, en retire la considération de tous dans son quartier, mais il n'a qu'une influence limitée et vit dans une relative pauvreté. Au contraire, El Hadj Famara Danso, marabout manding vivant à quelques maisons de lui, qui ne connaît pas l'arabe et ignore donc le plus souvent le sens des versets qu'il utilise, jouit pourtant, grâce à sa connaissance des secrets islamiques, d'un prestige considérable — dans le domaine privé (chance, santé) comme dans le domaine public (vie politique et économique) — qui s'étend bien au-delà de la ville de Pikine et lui assure une fortune confortable.

Contrairement à ce qu'affirment de façon très systématique les Sénégalais et à ce que semble indiquer l'existence d'un double regis-

tre de mots, dans toutes les langues, pour désigner le savoir islamique et le savoir traditionnel, il n'y a pas de solution de continuité entre les deux. En témoignent l'utilisation des deux registres par la plupart des marabouts et guérisseurs qui conjuguent les vertus des plantes et le pouvoir des versets, le recours fréquent à une double interprétation de l'infortune et de la maladie mélangeant volonté divine et sorcellerie anthropophage, enfin la consultation quasi simultanée des hommes de religion et des hommes de magie dès qu'un problème de santé dépasse les compétences médicales de l'infirmier ou de l'entourage. La rupture entre le monde islamique et le monde africain, telle qu'elle apparaît trop facilement dans le discours populaire, est toutefois l'indicateur, sinon d'une réalité, du moins d'un enjeu social. Il n'est, à cet égard, peut-être pas indifférent que le savoir musulman soit souvent qualifié de savoir blanc, c'est-à-dire bénéfique — mais c'est aussi le savoir des Blancs puisque les marabouts se trouvent toujours de mythiques ancêtres du côté de l'Arabie ou de l'Algérie, chez les « teints clairs » —, alors que le savoir traditionnel africain est appelé savoir noir, c'est-à-dire maléfique — mais également savoir des Noirs comme chez les Soninké dont l'expression *ima mbinné nkillé*, chemin des têtes noires, semble maintenir l'ambiguïté.

Savoir traditionnel et savoir islamique ne sont pas dans un simple rapport de cultures — réinterprétation de modèles d'explication du monde, du malheur, de la maladie —, ils se situent également dans un rapport de pouvoir, résultat d'un processus historique. La longue guerre sainte, *jihād*, menée au Sénégal dès le xi<sup>e</sup> siècle dans le Tekrour (actuelle Vallée du Fleuve) et culminant dans la confrontation élevée au rang de mythe entre Lat-Dior, chef prestigieux du Cayor, et Amadou Bamba, fondateur de la confrérie mouride (Cruise O'Brien, 1975), témoigne de la relation antagonique et conflictuelle entre les païens (symbolisés par le groupe statutaire des *seBBé*, pluriel de *ceD-Do*, chez les Toucouleur) et les musulmans (représentés par le plus récent groupe des *tooroBBé*, pluriel de *toorodo*). Relation que désigne encore, dans le langage, l'utilisation de termes antinomiques qui montrent moins une différence de contenu, par exemple dans les pratiques thérapeutiques, qu'une distinction idéologique. Ainsi, on se réclame de l'« animisme » pour réaffirmer une « identité culturelle » et une « authenticité africaine » — comme dans ce texte d'un enquêteur de notre équipe intitulé significativement : « supériorité de l'animisme sur les autres religions » —, alors qu'on se déclare fidèle à l'islam

pour montrer son respect à une religion dominante, bien en place socialement — comme ce contre-sorcier qui racontait avoir reçu la reconnaissance implicite d'un grand marabout auquel un musulman très orthodoxe était venu se plaindre à son sujet.

Dans les croyances et dans les pratiques, un constant réajustement se fait entre les deux modèles culturels, mais le choix en faveur de l'un ou de l'autre n'est jamais neutre, comme l'indiquent N. Sindzingre et A. Zempléni (1981) à propos des Sénoufo. Ainsi, chez les Diola, dont l'histoire récente est marquée par la conquête et l'islamisation par les Manding au début du xx<sup>e</sup> siècle, le recours à une interprétation traditionnelle, ou au contraire islamique, d'une maladie ne peut être analysé au seul niveau des catégories étiologiques ; c'est aussi, et en même temps, un enjeu politique dont la société n'est pas dupe.

Témoins la réinterprétation de l'épilepsie et la réappropriation des nouvelles catégories étiologiques en Casamance. Autrefois, explique-t-on (ce sont des Diola qui parlent), on disait d'un épileptique : *esaamay kuloomo*, c'est-à-dire le rite l'a pris, et on allait accomplir une cérémonie sur l'autel consacré, également appelé *esaamay*. A cette époque, les *ginay* et *seetanay* ne s'approchaient pas des Diola à cause de leur odeur car ils se passaient sur le corps une crème malodorante qui chassait les mauvais esprits. Aujourd'hui, ils se parent de beaux vêtements et utilisent des parfums qui attirent les *ginay* et les *seetanay*. Et on ajoute de manière significative : « Ce sont les Manding qui ont appris ce savoir à toutes les ethnies car ils connaissaient le Coran. » Par conséquent, lorsqu'une personne fait une crise d'épilepsie, on choisit le marabout plutôt que l'officiant rituel, démontrant ainsi l'emprise nouvelle de l'islam notamment chez les adultes jeunes. Mais, que le traitement manding échoue et que des crises se reproduisent, alors les voix des plus âgés s'élèveront pour déclarer que les dieux des autels se vengent de ne plus être honorés et que le rituel doit être accompli. C'est d'ailleurs ainsi que l'on entend fréquemment expliquer la sécheresse de la dernière décennie en Casamance : la disparition des circoncisions rituelles, le *bukut*, remplacées par les cérémonies musulmanes, ne pouvait qu'entraîner des malheurs, et les années récentes (1985-1986) ont été l'occasion d'une reprise de ces grandes fêtes collectives dans l'espoir d'un retour à des saisons meilleures.

#### 4 | Savoirs biomédicaux

*A priori*, la coupure semble plus évidente entre la « médecine moderne » et les « médecines traditionnelles » (qui regrouperaient les deux types de pratiques précédemment étudiées) qu'entre le savoir africain et le savoir islamique. Les praticiens ne sont jamais les mêmes, les lieux d'apprentissage sont clairement distincts, les contenus des savoirs sont presque contradictoires. Il s'agit en somme de deux paradigmes radicalement incompatibles.

En fait, l'unité de lieu et de temps — le Pikine des années quarante, et l'on pourrait généraliser à l'ensemble de l'Afrique depuis les indépendances — n'est pas sans effet sur les représentations et les pratiques. La médecine des dispensaires africains est moins semblable à la médecine européenne que ne le laisse croire l'utilisation d'un terme unique pour les désigner : médecine moderne ou savoir biomédical. Et l'opposition que l'on a voulu établir entre une pensée scientifique et une pensée sauvage, si elle concerne des idéaux types de la médecine pratiquée sur les bases de la biologie dans de grands centres hospitaliers, et de la médecine de brousse exercée par des guérisseurs dans des villages isolés, ne s'applique sûrement pas aussi aisément à un lieu comme Pikine, où la confrontation des différents modèles et le passage du village à la ville compliquent singulièrement les choses.

Depuis Claude Bernard en 1865 (1984, 25), « il est évident pour tout esprit non prévenu que la médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive » et que « par la seule marche naturelle de son évolution, elle abandonne peu à peu la région des systèmes pour revêtir de plus en plus la forme analytique, et rentrer ainsi graduellement dans la méthode d'investigation commune aux sciences expérimentales ». Discipline positiviste, la médecine se constitue au début du XIX<sup>e</sup> siècle, pour reprendre la thèse de M. Foucault (1963, xi et 201) « comme science clinique » qui prend « l'être de l'homme comme objet de savoir positif ». Cependant, en s'intéressant exclusivement à la dimension expérimentale, Claude Bernard la place dans le champ scientifique aussi résolument que M. Foucault, en s'attachant à l'analyse des discours, la situe dans une histoire générale des idées. Ce faisant, tous deux mettent mieux en valeur la façon dont la voient ceux qui énoncent les règles et les principes scientifiques de la médecine que la manière dont elle se fait dans son exercice quotidien. La méthode décrite par Claude Bernard et, à un

moindre degré, les documents étudiés par M. Foucault nous donnent à lire ce que serait idéalement la médecine, non ce qu'elle est réellement. Evidemment, leur propos est épistémologique et historique, et pas sociologique. Mais il s'inscrit avec une telle force dans le positivisme médical que l'on en vient souvent à oublier que la médecine qui se fait — qui est faite — n'est pas une science, mais une pratique.

Nulle part peut-être, la confusion des mots entre médecine et science n'apparaît aussi peu conforme à la réalité qu'en Afrique où le manque de moyens, l'inadaptation des techniques, parfois l'absence de formation des agents de santé, rendent criant le hiatus entre une représentation idéalisée et une pratique effective — dont B. Hours (1985) dresse un tableau bien sombre pour le Cameroun. Dès lors, parler de médecine « scientifique » pour l'opposer à une médecine « sauvage » n'est pas seulement sous-estimer les qualités empiriques des thérapeutes traditionnels, comme le relevait C. Leslie (1978), c'est encore surestimer l'exercice médical tel qu'il est réellement observé dans les hôpitaux et les dispensaires. Qu'est-ce qui constituerait en effet la médecine comme scientifique et moderne dans la ville de Pikine ?

Est-ce — premier repérage simple — la formation des praticiens à la Faculté de Médecine et de Pharmacie, ou l'Ecole d'Infirmiers et de Techniciens supérieurs, sanctionnée par des diplômes ? Mais alors, que faire des agents de santé formés sur le tas — « bénévoles » en milieu urbain, « secouristes » en zone rurale — n'ayant qu'une image très sommaire de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique — dont Claude Bernard fait les piliers de la médecine scientifique —, et pourtant exerçant des fonctions de soignant dans presque toutes les structures officielles ?

Est-ce — autre signe distinctif facile à identifier — le recours à des thérapeutiques différentes de celles des guérisseurs (plantes, incantations, rites) et des marabouts (prières, bénédictions, amulettes) et semblables à celles des praticiens occidentaux — le médicament constituerait en quelque sorte le support matériel universel d'une médecine souvent appelée « cosmopolite » ? Mais alors, que dire des colporteurs installés sur les marchés ou déambulant dans les ruelles, qui non seulement vendent ces mêmes médicaments, mais en donnent également les indications et les posologies selon des principes où se mêlent les prescriptions écrites des modes d'emploi, les vagues conseils de camarades travaillant dans une pharmacie et les intuitions du bon sens — un même produit, le paracétamol, est ainsi donné pour les maux de tête, lorsqu'il sort d'une boîte dont l'emballage montre un homme se tenant

le front, et pour les douleurs diffuses, lorsque le conditionnement ne laisse pas apparaître de représentations imagées.

En fait, juger de la scientificité ou de la modernité de la pratique biomédicale à Pikine (ou ailleurs) d'après le mode de formation des soignants ou le type de thérapeutique utilisé n'est guère pertinent. Et, se référant toujours à Claude Bernard et à M. Foucault, on peut se demander si le fondement de la rationalité de la médecine positiviste n'est pas plutôt ce que le premier appelle « la méthode expérimentale » et le second « la science clinique ». Autrement dit : la démarche intellectuelle qui permet la découverte au laboratoire et le diagnostic au lit du malade. Si l'on veut donc prendre la dimension scientifique de la médecine des dispensaires et des hôpitaux, des infirmiers et des médecins, c'est à cette aune qu'il faudrait la mesurer : dans l'acte même d'identifier et de traiter la maladie.

Or, c'est peut-être là que se révèle le plus nettement le décalage entre le discours scientifique et la pratique médicale, entre le corpus du savoir biomédical et l'usage concret qui en est fait. Comme le note A. V. Cicourel (1985), « la médecine clinique nous montre une interaction assez exceptionnelle entre, d'une part, une connaissance scientifique fondamentale et appliquée, et d'autre part, des raisonnements ordinaires au sein d'environnements socioculturels déterminés ». S'il existe partout un écart entre le sens commun et la pensée scientifique, c'est particulièrement vrai en Afrique où les référents culturels et les modèles explicatifs acquis au sein de la famille et du groupe social paraissent bien éloignés des principes diagnostiques et thérapeutiques acquis à la Faculté de Médecine ou dans l'École d'Infirmiers. Dans l'exercice quotidien, le soignant peut pourtant faire appel aux deux, comme cet infirmier qui traite la blennorragie par les antibiotiques, tout en conseillant également un remède à base de bile de mouton, de graines de ricin et de mil souna.

En fait, le recours à un double registre d'interprétation est banal en médecine — où le généraliste de la région parisienne ne se distingue pas beaucoup du praticien africain lorsqu'il fait appel au sens commun plutôt qu'au raisonnement positiviste pour expliquer à son malade qu'il a fait une dépression à cause du surmenage, qu'il se sent fatigué à cause des antibiotiques, qu'il va se remettre en forme avec un fortifiant ou qu'il doit traiter son hépatite avec des extraits de foie. Il y a dans ces explications une proximité rassurante avec le discours du malade, un langage de connivence entre le médecin et son patient. Tout comme entre l'infirmier pikinois et son consultant épileptique :

tous deux savent bien qu'il ne s'agit pas d'un simple cas médical (même si les médicaments sont prescrits et acceptés), mais bien d'une affaire de *rab* ou de *jinné* qui nécessite d'autres recours.

Si le double langage apparaît comme un discours partagé, et donc favorise souvent la qualité de la relation entre le soignant et le soigné, il en est tout autrement de ce dysfonctionnement radical où le médecin perd simultanément le contrôle de ses deux registres. Situation fréquemment rencontrée dans les récits de malade, les entretiens avec les médecins, et l'observation en situation où ni le raisonnement clinique ni le sens commun ne parviennent à venir à bout de la maladie et où la consultation devient un théâtre de l'incohérence, comme dans cet exemple dramatique, choisi parmi de nombreux autres, heureusement pas toujours si tristement conclus.

Dans le confortable salon de sa maison récemment construite à Golf Sud, Aïssa raconte sa « maladie ». Elle est mariée depuis trois ans et n'a pas encore d'enfant. Elle a d'abord fait trois fausses couches en début de grossesse qui l'ont amenée à consulter successivement plusieurs médecins et guérisseurs. Ceux-ci lui ont dit, après divination, qu'il s'agissait : pour le premier — un Wolof du Saloum — d'un empoisonnement ; pour le second — un Bambara de Kugel — d'un maléfice ; pour le troisième — un Manding de Gambie — d'une attaque de *rab* ; chacun a proposé un traitement et a demandé des aumônes. Ceux-là ont prescrit des examens complémentaires et donné des ordonnances ; en fait, lorsqu'elle va voir des médecins (le plus souvent dans le secteur privé), elle leur parle de « douleurs dans le ventre » sans évoquer spontanément son « problème de procréation » ; comme « les médecins n'ont pas le temps et te renvoient très vite », ils ne s'embarrassent pas d'une anamnèse fouillée et, puisque leur patiente se plaint de l'abdomen, ils demandent une radiographie de l'estomac (qui est bien sûr normale) et ordonnent des antalgiques (qui ne l'améliorent pas). Au début de 1984, elle est à nouveau enceinte ; cette fois, elle passe le cap fatidique du premier trimestre et se prend à espérer ; au cinquième mois de grossesse, elle ressent des douleurs abdominales, s'en inquiète et consulte un gynécologue qu'elle ne connaît pas encore. Elle lui explique ses symptômes et lui dit qu'elle a déjà perdu trois grossesses ; elle oublie de signaler qu'elle est actuellement enceinte, croyant que le médecin le voit ; celui-ci ne l'interroge pas plus avant, ne l'examine pas, et prescrit une radiographie de l'utérus. Au cours de l'examen, elle a de violentes contractions, dans la soirée elle commence à saigner, le lendemain, elle avorte ; sur les clichés d'hystérogaphie qu'elle me montre, on voit, en négatif, le fœtus.

Après trois ans de mariage, Aïssa, qui vient de perdre sa quatrième grossesse, est toujours sans enfant.

De cette histoire navrante, ce qu'il convient de retenir ce n'est pas l'incompétence médicale — qui pourrait être un problème individuel —, mais plutôt le principe qui fonde l'erreur diagnostique, celle du gynécologue qui prescrit l'hystérogrophie, comme celle des autres médecins consultés auparavant qui ont demandé une radiographie de l'estomac. L'échec répété et dramatique de la médecine indique ici l'impossibilité à prendre en charge la malade dans aucun des registres disponibles : d'une part, la démarche clinique qui repose sur l'interrogatoire et fait remonter du symptôme à la maladie, comme on l'enseigne à la Faculté, est court-circuitée puisqu'on « oublie » de poser des questions et qu'on « traite » des manifestations non rapportées à une cause ; mais d'autre part — c'est là que se révèle le dysfonctionnement radical —, alors que ces médecins, s'ils sont confrontés dans leur entourage familial à des cas semblables, interpréteront correctement les symptômes et les rapporteront au problème sous-jacent — l'impossibilité d'avoir des enfants —, dès lors qu'ils sont dans leur cabinet, semblent se couper du sens commun, ignorer que les problèmes liés à la maternité sont le lieu d'une somatisation quasi constante, et ne penser que dans une logique biomédicale déformée.

Cette illustration a valeur d'exemple, la question n'est pas de porter un jugement sur la qualité de la médecine dite moderne telle qu'on l'exerce à Pikine (ou en Afrique), mais de montrer comment la confrontation du sens commun et de la connaissance scientifique — qui caractérise toute pratique médicale où qu'elle ait lieu — peut produire, lorsque existe une dissociation artificielle des deux logiques, des incohérences, et parfois des accidents. Dans le cas d'Aïssa, ni le « sens clinique », ni le « bon sens » (qui souvent se suppléent dans la décision médicale) n'ont pu fournir une interprétation, et par conséquent un traitement adapté au mal dont elle souffre.

D'une manière plus générale, il s'agit ici de remettre en cause l'idée, implicitement admise par les médecins et leurs patients, que la médecine est simplement « une science biologique appliquée », comme le note A. V. Cicourel (1985) qui la voit au contraire au centre d'une « interaction sociale » où « les croyances, la connaissance et le raisonnement du médecin et du patient » interviennent simultanément. Cette idée de pratiques « artisanales » rapprocherait ainsi le médecin du bricoleur et de la pensée sauvage plus que de l'ingénieur et de la pensée scientifique pour reprendre l'image de C. Lévi-Strauss (1962). Pour

pousser un peu plus loin le paradoxe, on pourrait même rechercher systématiquement les usages magiques des attributs modernes de la médecine : le stéthoscope et le tensiomètre qui ont plus pour fonction de manifester le pouvoir du soignant que de lui permettre un diagnostic (« prenez-leur la tension, me disait souvent un enquêteur qui m'accompagnait chez les guérisseurs, de cette façon ils voient que vous êtes vraiment docteur ») ; la « radioscopie » dont les quatre médecins (sur six) qui en disposent disent qu'elle donne aux patients l'impression qu'on « voit la maladie à l'intérieur du corps » ; le « Bionar » de l'un des praticiens de Pikine qui le présente comme une « acupuncture électronique pour traiter les douleurs » et en a étendu les indications aux stérilités ; les injections de vitamine B faites pour n'importe quel symptôme associé à une fatigue, l'effet du mot « vitamine » se conjuguant à l'effet du mode d'administration pour un gain d'efficacité symbolique.

Au cours de cette présentation des savoirs, je n'ai pas essayé d'examiner le contenu, ce qui eût été fastidieux pour les savoirs africains à cause de leur multiplicité, inutile pour le savoir islamique qui a fait l'objet de nombreuses études de spécialistes, et hors de propos pour le savoir biomédical car c'eût été reproduire en la vulgarisant la matière des manuels d'enseignement de la médecine. J'ai donc plutôt tenté de montrer comment se constitue un savoir, et de manière plus exacte, comment il est constitué à la fois par ceux qui le produisent et s'en servent, et par ceux qui le reproduisent comme corpus — qu'ils soient ethnologues, islamologues ou pédagogues.

Les deux idées qui s'expriment dans cette présentation découlent donc de cette façon d'aborder les savoirs. D'une part, le savoir n'existe pas en tant qu'abstraction ; il ne se donne à lire que dans les pratiques où il intervient, et souvent même dans le décalage entre le discours sur le savoir (discours populaire ou discours savant) et la mise en pratique du savoir — qu'il s'agisse du guérisseur, du marabout, ou du médecin. D'autre part, le savoir n'est pas indépendant des moyens qui le véhiculent, permettent son accumulation et sa transmission ; la forme qu'il adopte et son contenu même, en particulier ses possibilités de se transformer, sont étroitement liées aux modes de communication utilisés — oral pour le paganisme, mixte pour l'islam, écrit pour la biomédecine ; tout comme en est tributaire aussi l'accès scientifique aux corpus, c'est-à-dire la connaissance qu'en donnent les anthropologues — ce que l'évidence du texte écrit et définitif fait parfois oublier.

## La transmission des savoirs

Recroquevillé sur sa natte, le regard fixé sur le sol de sa minuscule chambre, Traoré, vieux guérisseur bambara, d'une voix qui couvre à peine le son assourdissant d'un poste de radio dans la pièce voisine, prononce sa litanie :

« Si quelqu'un a été travaillé, si quelqu'un est attaqué par les esprits, si quelqu'un a la diarrhée et n'arrive pas à l'arrêter, si quelqu'un vomit et n'arrive pas à s'arrêter, si quelqu'un est gravement constipé et ne parvient pas à déféquer, il peut venir me voir et je vais le guérir. »

« Si un enfant en bas âge est constamment malade et que son corps s'échauffe, je lui donne un médicament. »

« Si une jeune femme a des problèmes au début de la grossesse, je regarde si ce sont les esprits ou les sorciers, car ce n'est pas le même traitement. »

« Les hommes se complètent. Là où je suis fort, tu es faible, et là où je suis faible, tu es fort. Tout ce que tu veux savoir et que je sais, je te le dirai. »

La question de la transmission du savoir se pose dans le questionnement même de l'homme de savoir par le chercheur. « Que veux-tu savoir ? », m'ont souvent demandé les guérisseurs. « Je te dis tout cela, mais toi en échange, que m'apportes-tu ? », interrogeait un marabout. « Maintenant que je t'ai donné de ma connaissance africaine, donne-moi à ton tour de ta connaissance de docteur », disait un autre. Enquêtant sur le savoir des thérapeutes, je découvre en fait qu'on n'apprend pas gratuitement — au double sens du mot.

D'une part, le savoir s'échange, s'achète ou se mérite, comme on

va le voir ; où faut-il alors situer l'anthropologue ou le médecin ? va-t-il transmettre à son tour un peu de ses connaissances, donner de l'argent ou des médicaments, aider ou soigner un parent ? Mais d'autre part, le savoir doit servir à quelque chose ; on n'apprend pas pour ne pas utiliser ce qu'on a appris ; s'agissant de thérapeutes, la connaissance qu'ils transmettent doit permettre de soigner des malades. Or, que fait le chercheur ? Il écrit, enregistre, emmagasine, mais ne traite pas avec les plantes, ne récite pas les versets magiques, ne fabrique pas des amulettes ; si ce n'est pas pour soigner, à quoi bon interroger des guérisseurs sur leur savoir ? Mes règles de transmission de la connaissance ne sont pas celles de mes interlocuteurs et ils m'en demandent raison.

Confronté quotidiennement à ces questions et à ces incompréhensions, je réalisais donc que le savoir n'est pas un objet d'enquête neutre, qu'on ne peut pas laisser sans réponse le : pourquoi me demandes-tu cela ? des enquêtés, qu'il est plus facile à un guérisseur de croire qu'on cherche à découvrir ses secrets que de comprendre qu'on s'intéresse à son histoire de vie.

« Il y a trois voies du savoir, dit Babakar Badji, guérisseur diola vivant en Casamance. La première, c'est celle des esprits (*jinné*) qui transmettent le secret des plantes. La seconde, c'est celle des ancêtres qui choisissent à qui ils vont donner leur connaissance. La troisième, c'est celle des voyages où l'on part apprendre auprès de ceux qui savent. » Savoir révélé, savoir hérité, savoir acquis : tels sont en effet les trois modes de transmission.

## 1 | La révélation

Au commencement, il y a fréquemment la révélation par un animal, par un esprit ou par Dieu. C'est ainsi que le mythe des origines fonde souvent le savoir lignager : un ancêtre a eu une vision au cours de laquelle il a reçu le secret.

Pour Mamadou Dara Ba, guérisseur peul et délégué de quartier de Wakhinane III, c'est Yéro Niwal l'ancêtre mythique : « Niwal veut dire éléphant. Yéro était un grand chasseur. Un jour, il est parti en brousse. Dans la forêt, il a vu un éléphant et l'a suivi. Au moment de tirer sur l'animal, il s'est aperçu qu'il devenait blanc comme de la

percale : il a pris peur et s'est mis à tirer sur la terre, tout en récitant des versets. Un peu plus tard, l'éléphant a retrouvé sa couleur noire, et Yéro, rassuré, a saisi son fusil et a tiré sur l'animal. Alors, l'éléphant est devenu rouge comme le sang. Tous les deux immobiles, ils sont restés face à face depuis huit heures du matin jusqu'à trois heures du soir. Puis, l'éléphant a prononcé à voix haute : Yéro Niwal on te nomme, mais tu n'es pas de ma race ; pourquoi veux-tu me tuer ? Et il a ajouté : Viens, je vais te montrer un secret ; tout ce que tu veux, tu pourras l'obtenir. Mais Yéro se méfiait : si je m'approche, tu vas me tuer. Alors l'éléphant lui a répondu : si je devais te tuer, je l'aurais déjà fait. Yéro s'est donc approché, l'éléphant a ouvert la bouche. Au fond de sa gorge, il y avait le secret. Yéro l'a pris. Mets-le dans l'eau et bois-le, a dit ensuite l'animal. Et Yéro a bu. Puis, l'éléphant a encore parlé : vois ces arbres — chacun d'eux pourra te donner ce que tu veux ; entends ce verset — chaque fois que tu auras besoin de quelque chose, tu pourras t'en servir. C'est de Yéro qu'est venu notre savoir. Le savoir des plantes pour soigner les maladies et donner la force et le savoir des animaux pour comprendre le cri du charognard et le beuglement de la vache. Cela, tu peux le demander aux Peul *besinaaBé*. »

Dans le cas de Maguet Ka, c'est un esprit de la brousse qui donne le savoir à Debbo Ba, l'aïeule maternelle : « Mon arrière-grand-mère a reçu cette connaissance comme je vais le raconter maintenant. Elle est allée faire le berger près de son village. Elle s'est couchée en plein jour sous le tamarin et s'est endormie. Les vaches sont autour d'elle. Le génie (*kumeyni* en pulaar) qui est dans la brousse et appelle les animaux vient la réveiller. Il lui demande de ne pas avoir peur : ce que je vais te dire restera pour toi, et tu le diras seulement à tes enfants et à personne d'autre ; et tes enfants le connaîtront jusqu'au dernier d'entre eux. Elle avait une écuelle. Il lui dit : quand tu seras inquiète, tu mettras de l'eau dans cette écuelle et tu t'en laveras le visage ; quand le sorcier fera peur à quelqu'un, tu lui donneras cette eau à boire et il n'aura plus peur ; quand une femme sera en état de grossesse, si tu lis cette parole et si tu bois cette eau, l'enfant naîtra dans de bonnes conditions. — Cette connaissance, Debbo Ba ne la tenait de personne, c'est dans la brousse qu'elle l'a eue. » On se souvient de l'histoire racontée, dans *Les soleils des indépendances*, par A. Kourouma (1970, 126) : « Comment Balla devint-il le plus grand chasseur de tout le Horodougou ? A l'heure de l'ourabi, loin dans l'inexploré de la brousse,

au creux d'une montagne où naissait une source fraîche, il rencontra, ou mieux, un génie se révéla à Balla... »

Mais la révélation, c'est aussi celle de Dieu qui vient lui-même parler aux prophètes, par exemple à Seydina Limamou Laye, fondateur de la confrérie layenne au début du siècle, ou qui envoie des messages aux marabouts, comme Diakaria Diara qui reçoit ses conseils notamment d'un *jinné*. Dans le cas de l'islam africain, au sein duquel se sont développés de nombreux mouvements religieux qui ont donné naissance à des confréries ou à des sectes, la parole transmise par Dieu donne au nouveau chef religieux sa reconnaissance par les fidèles : c'est la révélation qui fonde la légitimité charismatique du prophète.

Il est une dernière forme de révélation, bien connue depuis les études sur le chamanisme — et notamment le parallèle établi par C. Lévi-Strauss (1958, 201) entre cure chamanique et cure analytique —, c'est la maladie. Dans le cas de la sorcellerie-anthropophage, le contre-sorcier est le plus souvent un ancien sorcier guéri — ou plus exactement un sorcier qui n'a pu échapper au mal que par un combat permanent contre les puissances de la nuit. Demba Sall, *bileejo sukuña* (chasseur de sorciers toucouleur) à Guedjawaye a ainsi été malade avant d'être guérisseur : lorsqu'il était enfant, il pleurait souvent la nuit ; les devins consultés à ce sujet disent qu'il était « né avec les dents », signe de sorcellerie, et qu'il avait des « visions nocturnes », responsables de ses angoisses ; afin qu'à l'occasion de l'une de ses rencontres avec les sorciers, il ne soit pas à son tour emporté et intégré dans leur « association », l'un des contre-sorciers du village dut le rendre aveugle ; au bout de sept mois, un guérisseur sérer lui redonna la vue, il commença à apprendre la contre-sorcellerie, à la fois pour se sauver lui-même et pour sauver d'autres victimes.

La tragique impossibilité d'échapper à la sorcellerie autrement qu'en devenant soi-même chasseur de sorciers apparaît encore plus manifestement dans l'histoire de ce couple de guérisseurs toucouleur habitant les quartiers de Médina-Gounasse. Lui est « né avec la chair savoureuse », c'est-à-dire condamné à être la proie préférentielle des sorciers ; dans son enfance, il était sans cesse malade et surtout très agité la nuit ; « c'est pour ne pas mourir que j'ai appris, auprès de mes tantes paternelles, au village ». Elle est « née avec une ombre blanche » qui la rend facilement reconnaissable par les sorciers, la nuit, au milieu des ombres des autres humains ; son père, sa mère, et sa grand-mère maternelle ont été tués par les sorciers ; « dans ma famille maternelle, on meurt jeune » ; elle-même a été « prise » très tôt, enfant chétive, puis femme

stérile, aujourd'hui insuffisante cardiaque ; mais elle n'a pas voulu apprendre à soigner, « car si tu chasses les sorciers, c'est très dangereux, ils t'étoufferont, ils t'empêchent de procréer ou ils dévorent tes enfants ». Victime de la sorcellerie, on reste toute sa vie sous la menace des forces du mal — qu'on affronte délibérément le danger en devenant à son tour chasseur de sorciers, ou qu'on tente d'y échapper en se contentant du traitement des guérisseurs.

Cas limite, la maladie montre exemplairement un trait essentiel de la révélation : son caractère imprévisible, unique et nécessaire. On ne choisit pas de recevoir la révélation, on est choisi — par son destin, par les esprits, par Dieu, d'où la force de ce mode d'acquisition du savoir : rien n'est discutable ou contestable, car rien n'est prouvable. Il faut croire. Au commencement est la révélation.

Chez les guérisseurs, le savoir transmis dans le lignage trouve le plus souvent son origine dans la connaissance révélée à un ancêtre ; la plupart des familles de magiciens et de thérapeutes ont ainsi leur mythe fondateur. Chez les marabouts, la révélation joue un rôle beaucoup plus restreint, car elle menace l'unité de la religion et la prééminence du Prophète ; seuls les fondateurs de confréries peuvent « s'autoriser » une transmission divine de la connaissance. Chez les médecins et les infirmiers, la révélation est évidemment contraire aux lois de l'acquisition du savoir, mais se rencontre parfois sous la forme d'une découverte de vocation à travers l'expérience de la maladie, la sienne ou celle d'un proche — comme ce personnage du roman de Mariama Ba, *Une si longue lettre* (1983).

La révélation, du fait qu'elle échappe à toute démonstration et à toute vérification, constitue certainement un moyen idéal, pour les nouveaux venus dans le champ thérapeutique, de s'affirmer en hommes de savoir. Il n'est alors besoin ni d'hérédité reconnue, ni d'apprentissage difficile : le savoir s'est imposé de lui-même, transmis par des puissances magiques. Tel guérisseur sérer déclare que le Coran lui a été révélé par les esprits (*pangol*) : une nuit, il s'est levé, et a commencé à écrire des versets, sous leur dictée ; d'une famille non maraboutique, il reçoit ainsi sa légitimité de soigner par les écrits coraniques grâce à cette seule révélation. Tel autre thérapeute a obtenu ses connaissances d'un « individu au corps tout blanc avec des cheveux longs jusqu'au sol » (*bëkin*) qui lui a donné le nom des maladies et les indications des médicaments : sans ancêtres et sans maîtres dans la connaissance, il peut ainsi se dire guérisseur.

Il semble probable qu'en ville, le fait de pouvoir évoluer dans un mi-

lieu où l'on n'est pas connu — à la différence du village où les relations de parenté, d'alliance et de voisinage sont nécessairement très fortes — favorise l'apparition de savoirs *ex nihilo*, ou plutôt sans la légitimité conférée par l'hérédité ou l'apprentissage. Néanmoins, il ne s'agit en aucune façon d'un phénomène nouveau ou proprement urbain, puisque, d'une part, il est rapporté au début du siècle à propos des grands chefs religieux (Marty, 1917) et, que d'autre part, il existe à l'heure actuelle en zone rurale, les exemples les plus connus étant les prophètes-guérisseurs de Côte-d'Ivoire (Augé, 1975a). Le discours fréquemment entendu à Pikine sur la multiplication des faux marabouts et le développement du charlatanisme en ville ne peut donc pas être accepté sans réserve.

## 2 | L'héritage

Si la révélation constitue souvent la base de la légitimité charismatique, l'héritage est ce qui confère le plus de légitimité traditionnelle, que ce soit dans les lignages de guérisseurs, dans les descendances de marabouts, et peut-être même dans les familles de médecins. Posséder une connaissance transmise par le sang depuis plusieurs générations, c'est l'enraciner dans l'histoire, la placer au-dessus de toute contestation.

Concernant la transmission héréditaire du savoir et du pouvoir, on se réfère toujours à une théorie, mais on la transgresse très fréquemment dans la pratique. Il en est ainsi du droit d'aînesse. Un guérisseur ou un marabout institue théoriquement son aîné comme successeur. Néanmoins, dans de nombreux cas, soit par absence de motivation de l'aîné, soit par préférence du thérapeute lui-même, c'est à un plus jeune — au plus digne de recevoir les pouvoirs magiques — que la connaissance est donnée. Ainsi l'un des guérisseurs rencontrés à Pikine n'avait pu transmettre son savoir à son fils aîné parti travailler en France et attendait que son cadet « soit en âge de comprendre » pour commencer à le lui enseigner.

Cependant, sur ce point encore, la démarche technique du chercheur entre en conflit avec la logique pratique du thérapeute. Dans la description orale qu'il me livre de sa généalogie, Cheikh Dia, marabout mouride, répond à une nécessité d'assurer un héritage lignager ; cependant, dans la transcription que j'en établis pour tenter de comprendre les règles de la transmission, je perçois des variations si-

gnificatives. Sur les trois versions successives enregistrées à quelques semaines d'intervalle (fig. 9), on note à la fois l'allongement progressif de la lignée qui conduit de l'ancêtre Ayib Dia à Cheikh Dia et la densification des rameaux collatéraux à partir de Diayla Dia : entre les trois généalogies, seuls le père et le grand-père de mon interlocuteur n'ont pas changé. Confronté à mes interrogations sur ce point, Cheikh Dia en est lui-même troublé, ces contradictions concernant son histoire familiale n'ayant probablement encore jamais été relevées par son entourage : le passage de l'oralité à l'écriture fait apparaître des différences — qui dans ce cas prennent sens. En effet, par l'accroissement quantitatif, notamment dans les branches latérales, Cheikh Dia cherche à se montrer un héritier d'une longue tradition et surtout à apparaître comme un parent à la fois du fondateur du mouridisme, Cheikh Amadou Bamba, et du dernier prophète du tidjanisme, El Hadj Malick Sy, c'est-à-dire à se relier aux pères des deux grandes confréries musulmanes du Sénégal — fait révélateur pour un marabout sans pouvoir, sans richesse, sans autre honneur que celui de dire la prière à la petite mosquée d'un quartier de Pikine.

En fait, l'écart entre la théorie et la pratique de la transmission des savoirs est un bon révélateur des enjeux sociaux sous-jacents. Lors d'un entretien avec un guérisseur diola qui avait toujours vécu en Casamance, je l'entendais d'abord m'expliquer en détail que la connaissance passe du père au fils, de l'aîné au cadet. Lui-même était le plus âgé de son patrilignage et son cousin Abdou, fils de son oncle paternel, devait lui succéder à sa mort. Mais il ajouta : « il faut aussi donner à celui qui est le plus intéressé dans ce savoir ». Malgré le caractère sibyllin de cette phrase, je ne poursuivis pas, car nous étions assis devant sa maison, en présence de parents. Un peu plus tard, il me prit à part, m'entraînant dans sa chambre : en fait, c'est à un autre cousin parallèle patrilatéral plus jeune, Ansoumana, qu'il allait confier ses secrets. Les lois pratiques de la transmission du savoir tiennent donc compte de la situation sociale concrète, et notamment des conflits et rivalités à l'intérieur du groupe lignager entre les cousins candidats à l'héritage — qu'il s'agisse de pouvoirs magiques, politiques ou économiques.

Plus l'enjeu est grand, et plus les tensions sont fortes au moment de la passation. Un exemple célèbre au Sénégal est celui de la succession de Cheikh Amadou Bamba, qui a vu l'affrontement du frère le plus âgé (Cheikh Anta Mbacké) et du fils aîné (Mamadou Moustapha Mbacké) du prophète. Le premier se réclamait de la tradition selon laquelle c'est le plus âgé du patrilignage qui hérite des pouvoirs lignagers ; le second

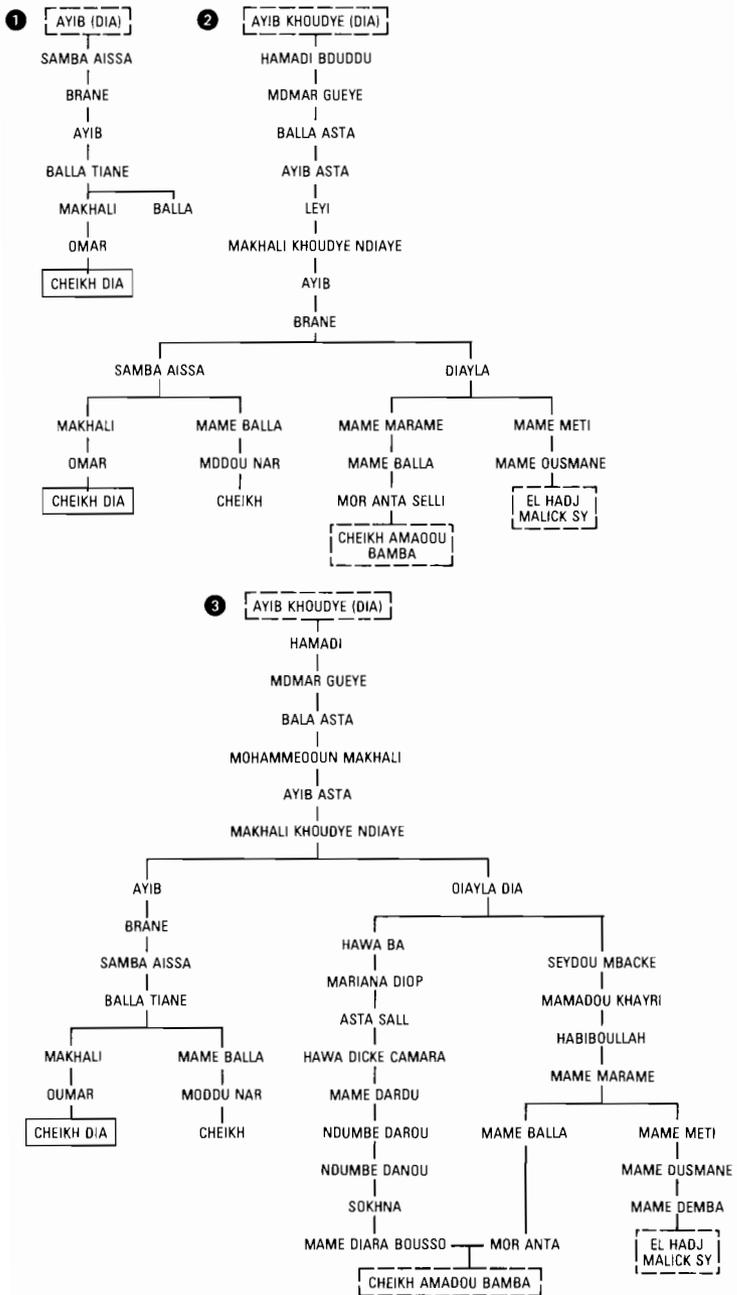


FIGURE 9  
*Généalogie de Cheikh Dia*  
 (trois versions successives)

se fondait sur le fait que, son père étant le fondateur du mouridisme, la transmission par le sang commençait avec ses fils ; ce fut Mamadou Moustapha qui finalement succéda à son père (grâce notamment à l'intervention des Français). A sa mort, quelques années plus tard, le même problème se posa à nouveau entre ses frères, ses cousins et ses fils ; cette fois, ce fut Falilou Mbacké, le frère le plus âgé, qui devint Khalife général, restaurant ainsi la règle de la transmission au plus ancien du lignage, et non à l'aîné des fils (Behrman, 1970).

Dans la tradition africaine, le savoir des hommes est souvent séparé du savoir des femmes, et se transmet parallèlement aux garçons et aux filles. Ainsi, dans la famille de Demba Kanouté, guérisseur soninké, le savoir des hommes (*yugu ntuwaxo*) concerne les plantes et la chasse, et le savoir des femmes (*yaxari ntuwaxo*) permet de soigner les maladies des enfants et des femmes enceintes. Le premier est transmis à l'aîné des garçons, le second à l'aînée des filles (fig. 10) ; on peut en fait constater une « irrégularité » à la dernière génération — enfants de Demba — puisque c'est son cadet à qui il a choisi de transmettre ses secrets.

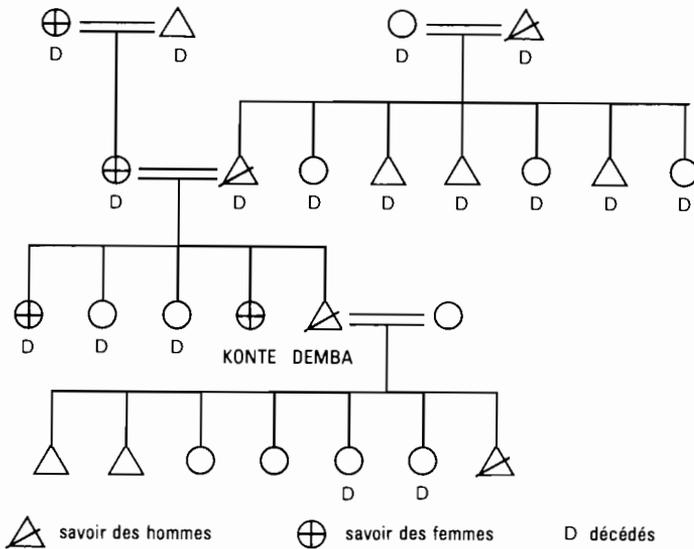


FIGURE 10

Transmission du savoir dans la famille de Demba Kanouté

Cette différenciation sexuelle de la connaissance prend en compte le devenir différencié des enfants : les secrets donnés aux garçons restent dans le lignage, ceux confiés aux filles vont passer dans d'autres groupes après leur mariage. L'instabilité lignagère du savoir féminin contribue ainsi à le dévaloriser. De même que le fait d'être un savoir destiné le plus souvent aux soins maternels et infantiles — les hommes ayant les secrets de la chasse et de la guerre, des maladies des adultes et malheurs du groupe. Pourtant, il arrive souvent qu'une femme ait un savoir plus étendu et plus profond que son mari ou son frère. Ainsi, Maguet Ka reconnaît à la fois la supériorité de sa sœur sur lui-même et de sa mère sur son père ; dans sa famille, le savoir des femmes, transmis principalement (mais non exclusivement) aux filles, est plus grand que celui des hommes.

Au contraire, dans la tradition islamique, seuls les hommes ont accès à la connaissance. Le plus souvent, la femme ne sait du Coran que ce qui est nécessaire à la récitation des prières, mais elle ignore la signification des versets — la traduction ne lui est qu'exceptionnellement enseignée. Même dans les familles maraboutiques, il est très rare que les filles reçoivent une éducation dépassant les premières années de l'école coranique. Parmi les marabouts interrogés, à Pikine comme au village, je n'en ai pas trouvé dont une mère, une sœur ou une fille fût érudite du Coran et, encore moins, possédât les secrets des versets ou des noms divins. Ablaye Traoré, avec qui j'ai fait la plupart de ces entretiens, disait qu'il avait autrefois connu deux femmes dans la région de Bakel, au Sénégal oriental, capables d'écrire l'arabe du Coran. Pour se convaincre de l'absence féminine dans la transmission du savoir islamique, il n'est que de regarder l'arbre généalogique de Cheikh Dia, présenté plus haut.

En fait, comme on a déjà pu s'en rendre compte, le savoir est rarement différencié aussi nettement en « africain » et « coranique », et surtout, dans une même famille, on trouve fréquemment des détenteurs des deux formes de savoir. Comment se fait alors la transmission de la connaissance, si l'on tient compte en même temps de la division sexuelle du travail thérapeutique ? La généalogie d'Aminata Bari, guérisseuse soninké, illustrera les principes qui se dégagent alors de la complexité de la reproduction des savoirs (fig. 11).

Les hommes transmettent à leurs fils la totalité de leur savoir : coranique (et la famille paternelle d'Aminata fournit successivement tous les *almami fallanké*, assistants de l'imam) et traditionnel (tous sont guérisseurs, même si peu pratiquent publiquement). Les femmes,

elles, n'ont droit qu'au savoir traditionnel : lorsqu'elles sont de parents guérisseurs comme la tante paternelle d'Aminata, elles héritent du savoir de leur mère ; lorsqu'elles sont de famille maraboutique, comme sa grand-mère maternelle, elles ne reçoivent rien. Ainsi, la transmission du savoir maraboutique se fait du père à ses fils exclusivement, alors que la transmission du savoir noir se fait à la fois du père à ses fils et de la mère à ses filles. De plus, lorsque la connaissance traditionnelle existe seule, elle est utilisée publiquement ; lorsqu'elle coexiste avec la connaissance islamique, elle est pratiquée dans le privé, les activités religieuses prenant alors le devant de la scène. La reproduction des savoirs respecte donc la reproduction des rapports de pouvoir entre hommes et femmes d'une part, entre islam et tradition d'autre part.

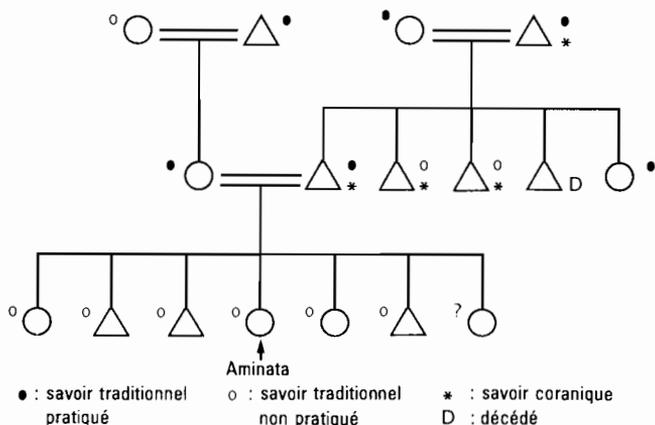


FIGURE 11  
 Transmission du savoir dans la famille d'Aminata Bari

Rien d'hérité, semble-t-il, dans la médecine moderne : il s'agit d'un apprentissage universitaire, et le choix des élus se fait par une sélection dont les critères sont normalement les aptitudes et les connaissances. Pourtant, il est probable que si l'on interrogeait les actuels étudiants en médecine, on trouverait — comme c'est le cas en France par exemple — un pourcentage significativement plus élevé de parents médecins que dans la population sénégalaise, et de manière plus

générale une origine plus fréquente dans les classes aisées (cette étude, initialement prévue, n'a pas pu être réalisée à la Faculté de Médecine de Dakar). Parmi les cinq médecins privés de Pikine (si l'on exclut le coopérant haïtien), trois appartiennent à une famille médicale : l'un est fils, un second frère, et un troisième père de médecins de Dakar. En fait, la reproduction sociale du corps médical n'obéit pas à une loi systématique d'héritage, comme dans le cas du guérisseur ou du marabout qui lègue toujours (ou presque) à l'un de ses fils, mais à une loi statistique, où la probabilité de devenir docteur en médecine lorsque ses parents le sont est très significativement plus élevée que lorsque ses parents ne le sont pas. On retrouve, dans cette version probabiliste de l'héritage, des constatations identiques à celles faites par P. Bourdieu et J.-C. Passeron à propos des étudiants français (1964). A l'inverse, aucune, parmi la dizaine de biographies d'infirmiers, d'aides-soignants ou de bénévoles de la santé, ne permettait de retrouver un antécédent médical ou paramédical familial, tous étant de milieu modeste et souvent d'origine rurale. Plus précisément dans le cas des infirmiers, il s'agissait de promotion individuelle grâce à l'école, c'est-à-dire de possibilités d'échapper à leur destinée sociale, comme le prouve encore leur désir exprimé de voir l'un de leurs enfants devenir un jour médecin.

### 3 | **L'apprentissage**

Quel que soit le mode d'acquisition des connaissances, il y entre une part nécessaire d'apprentissage. Le fils du guérisseur, le disciple du marabout, l'étudiant en médecine sont avant tout des apprentis qui acquièrent les techniques, les procédés et les secrets de leur savoir.

Chez les guérisseurs, l'apprentissage auprès de maîtres est souvent très long et difficile : le savoir se mérite, s'achète ou s'échange. Les jeunes apprentis, qui n'ont pas encore d'argent, ni de secrets, en sont réduits à la première issue : mériter. Tous les thérapeutes traditionnels racontent comment, à force de patience, ils ont obtenu la confiance du maître : « Si tu rends service ou si tu fais un cadeau à un vieux, et que tu recommences plusieurs fois, alors un jour, il t'appelle : qu'as-tu donc vu entre mes mains que tu veuilles aujourd'hui ? » Ce qu'un proverbe so-

ninké exprime également : « L'enfant respectueux n'obtient pas seulement les connaissances de son père. »

D'ailleurs, plus le mérite est grand, plus le secret a de valeur. Moussa Traoré, guérisseur bambara, évoque ses années chez le vieux Fa Dijugu, maître redouté dont le nom signifie « père méchant » : « J'ai passé un an au village pour apprendre un seul secret. J'allais chaque jour couper le bois, puiser l'eau, cultiver le champ. En vain. Un soir, Fa Dijugu est venu parmi nous : il y a près d'ici un lieu où pousse une plante qu'on ne peut cueillir que la nuit, mais le chemin est dangereux car il y a des lions, des serpents et des esprits ; je veux que quelqu'un parmi vous aille me chercher cette plante. Je me suis levé : si je meurs là-bas, c'est toi qui aura la charge de mon âme. Le maître a soufflé sur mon couteau et je suis parti. Sur le chemin, j'entendais tout près de moi les hurlements des esprits et les rugissements des lions. J'ai trouvé la plante et je l'ai rapportée. Lorsque je suis arrivé au village, le muezzin appelait pour la première prière... J'ai donné la plante au maître. C'est à partir de ce jour que Fa Dijugu a commencé à m'enseigner ses secrets. » Parcours initiatique exemplaire où l'élève doit se montrer digne de son maître.

Plus tard, devenu plus riche ou plus savant, le guérisseur pourra acheter ou échanger des secrets. Ainsi Matar Mbaye dit avoir payé 500 000 F au Chérife Moulaye, dans le désert du Ferlo, pour obtenir le secret du *gendel*, technique lui permettant de découvrir les voleurs ; et Sérigne Lo a donné 30 000 F à Sérigne Sall pour avoir la composition du mélange qui avait guéri sa propre maladie et dont il allait généraliser l'usage à une dizaine de maladies. De même, Demba Kanouté, devenu un thérapeute reconnu, part quelques mois chaque année, allant de village en village pour y acquérir de nouvelles connaissances, en échange des siennes.

Lorsqu'il est de famille de guérisseurs, l'apprenti reçoit d'abord le savoir de son père (ou de sa mère si c'est une fille), parfois de ses oncles. Ce n'est qu'à l'adolescence qu'il s'en va en quête de connaissances différentes qu'il ajoutera à son héritage lignager, comme l'explique Diakharia Diara, guérisseur bambara : « Mon père Samba Diara tenait son savoir de son père Tegné Diara. Il me l'a donné avant de mourir. Puis, je suis parti chez Djouayo Ntoumani dans le Bélédougou où j'ai passé trois hivernages. Ensuite, j'ai été l'élève de Maténé Korkosso dans le Karta pendant deux ans, et de Bakou Diara, à Kourou Fara, durant une année. C'est Djouayo Ntoumani qui

était le plus grand. » Plus le maître est connu, plus le disciple est reconnu. Avoir été l'élève d'un grand guérisseur confère une légitimité comparable à celle qu'on obtient en sortant d'une Grande Ecole en France ou d'une bonne université aux Etats-Unis. D'où l'importance pour l'apprenti de situer son apprentissage.

Chez les marabouts, l'éducation se fait par étapes dont la séquence est très codifiée, permettant un contrôle permanent du *taalibé* (disciple) par le maître. Les premières années, l'enfant, qui commence dès l'âge de cinq ou six ans, travaille sur des tablettes (*alluwa*) où le marabout inscrit des versets coraniques ; il les lit et les répète (*taari*) sans les comprendre ; au bout de sept à dix ans selon ses capacités mnésiques, il peut les réciter en totalité (*wootu*), ce qui marque le terme de cette première période : on peut alors l'appeler *kan*. S'il est allé jusqu'à ce degré de connaissance — beaucoup s'arrêtent avant la fin —, le disciple, alors âgé d'une quinzaine d'années, s'interrompt pour commencer à apprendre un métier. Ce n'est le plus souvent qu'à l'âge de la pleine maturité que le *taalibé* décide d'aller plus loin dans la connaissance du Livre.

La deuxième étape consiste en un approfondissement par un apprentissage de la grammaire arabe (*nahawu*) puis surtout de la traduction du Coran (*tafsir*). Elle dure environ cinq ans et permet d'accéder au titre honorifique de *fooré*. Ce stade qu'atteignent très peu de disciples correspond à ceux que l'on appelle « les érudits du Coran » auxquels on associe l'idée à la fois de connaissance et de sagesse. Mais si ce savoir est respecté, il n'est pas craint : le *fooré* n'a pas accès par sa formation aux aspects magiques — les secrets des noms de Dieu et des versets du Coran — qui permettent de faire le bien ou le mal. Avec ce qu'il a appris, le *fooré* ne peut que bénir et reconforter.

Les secrets sont ailleurs. Le *lasaraar* (comme la plupart des termes dialectaux utilisés dans cette partie, il s'agit d'un mot arabe wolofisé) désigne la partie magique du Coran. C'est lui qui permet de soigner la maladie, de donner la réussite, d'apporter la fortune. Il serait tout à fait inexact de placer le *lasaraar* au-dessus du *tafsir* dans la connaissance du Coran ; il s'agit de registres différents, l'un magique, l'autre religieux, l'un conférant des pouvoirs, l'autre des savoirs. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'être capable de traduire, ni même de lire le Coran, pour devenir *seriñ lasaraar*, c'est-à-dire marabout possesseur de secrets. Contrairement au *tafsir* qui s'apprend le plus souvent auprès d'un maître unique, le *lasaraar* s'acquiert au cours de pérégrina-

tions du marabout de village en village et de maître en maître. Comme le guérisseur, le *seriñ lasaraar* mérite, achète ou échange ses secrets ; le plus souvent c'est en rendant des services et en offrant des présents qu'il obtient les noms de Dieu ou les versets du Coran qui lui permettront d'exercer sa magie sous la forme d'un écrit (*aayé*), d'un calcul (*xaatim*) ou d'une bénédiction sur une plante (*garab*). Une présentation détaillée de l'apprentissage des secrets par les marabouts est donnée par E. K. Tall (1984, 158-161) pour les Toucouleur : les pratiques des Wolof, des Manding ou des Soninké en ce domaine diffèrent peu.

Chez le médecin comme chez l'infirmier, la transmission de la connaissance repose presque exclusivement sur l'apprentissage — la révélation jouant un rôle sur la seule motivation, l'héritage sur le seul choix des élus, et non sur l'acquisition du savoir. Le corpus biomédical étant constitué et reproduit sous forme écrite, la transmission passe beaucoup par le livre, le polycopié, le cours transcrit. Mais cette passation académique des savoirs n'est pas exclusive d'autres formes d'enseignements : la classique leçon « au lit du malade » en est la forme la plus accomplie. En fait, si l'on considère la pratique des médecins, on peut constater que, sur l'immense somme de connaissances aujourd'hui disponible dont une petite partie seulement leur a été livrée dans les manuels et les cours, une fraction encore plus minime est mobilisée quotidiennement, qui correspond souvent à ce qui a été enseigné par le professeur ou le chef de clinique, « en situation » à l'hôpital. Ainsi le choix d'un antihypertenseur ou d'un antibiotique parmi une dizaine ou une vingtaine d'autres aux effets comparables repose autant sur l'habitude, prise au cours de sa formation, de le voir prescrit par son supérieur, que sur une évaluation de son rapport coût/efficacité par exemple. Cet apprentissage au contact d'un enseignant, plutôt que par le livre, est évidemment encore plus essentiel pour le bénévole qui a appris « sur le tas ».

Ce qu'il s'agit de montrer ici, c'est que la différence est moins grande qu'on ne se l'imagine *a priori* entre des apprentis guérisseur, marabout ou médecin. Ainsi la référence à un maître plutôt qu'à une connaissance abstraite est commune aux trois : le savoir noir du premier, les textes sacrés du second, les livres scientifiques du troisième appartiennent à tous, alors que l'apprentissage auprès du maître distingue parmi ses pairs. De même, l'écart entre les règles prescrites et les pratiques réelles est retrouvé dans les trois : les modalités d'acquisition du savoir (la transmission orale joue un rôle variable mais tou-

jours présent) et la confrontation avec l'expérience (la réaction aux échecs et aux réussites de ses traitements fait partie de l'apprentissage) peuvent rendre compte de cet écart. Enfin, même l'enseignement des « trucs du métier » rapproche les trois : le morceau de bois qu'extrait le guérisseur de la zone douloureuse du corps de son malade, le calcul qu'effectue ce marabout sur sa tablette, la mesure de la tension artérielle que prend le médecin pour montrer qu'il examine véritablement son patient.

#### **4 | Une formation de guérisseur**

Pour éviter que la présentation en trois parties — révélation, héritage, apprentissage — laisse croire à une incompatibilité des trois modalités, on peut en conclusion rapporter l'histoire de la formation de Demba Kanouté, guérisseur soninké.

« Mon père et ma mère étaient guérisseurs, mais mon père est mort très jeune, et je n'ai presque rien appris de lui. Il était l'aîné de mon grand-père, Mamadou Konaté, grand homme de savoir traditionnel. » Bien qu'aucun enseignement n'ait été acquis au sein de la famille, le fait d'appartenir à un lignage de guérisseurs suffit donc à assurer la légitimité de l'héritage.

« Un jour que j'étais allé vendre du poisson séché à Ndiofane, en pays sérère, une femme s'est approchée et m'a dit : donne-m'en un peu. Je lui ai répondu : moi je suis venu ici pour vendre, non pour donner. Il y a eu une dispute et j'ai fini par céder. Elle m'a alors demandé chez qui j'habitais, car je n'étais que de passage dans ce village. Je n'ai pas voulu répondre, mais elle a repris : je reconnais le jeune qui t'accompagne, je saurai retrouver ta maison. Et elle est partie. Aussitôt, j'ai commencé à trembler de froid et à avoir mal dans mon corps. Je suis rentré chez mon hôte et me suis couché. Dans la nuit, je me suis réveillé, j'ai allumé la bougie et j'ai essayé de compter mes gains de la journée. Tout à coup, un singe s'est montré à la fenêtre et est entré dans la chambre ; par signes, il m'a fait comprendre qu'il voulait le reste du poisson. J'ai pris peur en comprenant que c'était la femme qui s'était transformée. J'ai saisi un bâton et j'ai frappé le singe au moment où il s'enfuyait. Il s'est alors mis à pleurer comme un être humain. Au même instant, j'ai senti mon bras s'en-

gourdir, ma langue se paralyser, je ne pouvais plus bouger ni parler. Je suis allé réveiller mon hôte qui m'a dit : il faut aller en Gambie où je connais un grand marabout. Nous sommes donc partis. Lorsque le vieux m'a fait son traitement, j'ai tout de suite senti des fourmis dans mon bras, dans ma langue, et le mal est parti. Alors le marabout m'a dit : la femme que tu avais vue au marché, c'est elle qui s'est changée en singe et a essayé de te rendre fou ; maintenant elle ne peut plus rien contre toi, rentre au village. Je lui ai donné ce que j'avais d'argent et je suis retourné à Ndiofane. Lorsque je suis arrivé, j'ai appris que la femme était morte. » Le récit apporte ainsi à l'apprentissage sa grandeur mythique, en même temps que la maladie témoigne du caractère magique de la révélation.

« Un peu plus tard — c'était en 1957 — j'habitais rue 5 à Dakar. J'avais pour voisin Hamé Diop, un Toucouleur qui avait fait la guerre de quatorze. Je lui servais d'interprète lorsque des clients venaient qui ne parlaient pas le pulaar. Un jour il est tombé malade. Je l'ai conduit chez les médecins blancs, à l'hôpital ; ils ont dit qu'il n'avait aucune chance de s'en sortir. Alors je l'ai ramené chez lui et il m'a indiqué les plantes dont il avait besoin. Je suis parti les chercher au village. Lorsque je suis revenu, le vieux les a prises et a guéri. Alors il m'a dit : maintenant je vais t'enseigner ; je suis vieux et je n'ai pas d'enfant ; pour que mes connaissances ne soient pas perdues je vais te les dire. Et il a commencé à m'apprendre. » L'apprentissage auprès des maîtres (il y en a eu d'autres) apporte finalement un contenu au savoir que l'héritage autorisait et que la révélation rendait nécessaire. L'histoire est complète : Demba Kanouté peut devenir un grand guérisseur.



## Les mutations des savoirs

Les connaissances changent. Les pratiques se transforment. Il est probable qu'il en a toujours été ainsi. Cependant, l'observateur présent en un lieu donné à un instant donné, dans une société sans écriture, peut avoir l'impression que les mutations qu'il constate constituent un phénomène nouveau, sans précédent. Ce risque de se méprendre sur la signification d'un événement n'est pas imaginaire, si l'on considère que l'historicité des sociétés dites traditionnelles est d'introduction récente dans le domaine de l'ethnologie, où il a fallu l'accumulation de nombreux travaux d'anthropologues et d'historiens pour restituer à l'Afrique, en particulier, sa dimension temporelle, et notamment son histoire précoloniale. Etudiant les mutations des savoirs, on devra donc toujours conserver présent à l'esprit le fait que les changements dans le champ de la connaissance ont toujours existé et qu'il importe de saisir en quoi ceux auxquels on assiste aujourd'hui diffèrent de ceux qu'on a pu observer autrefois.

Remarque préliminaire particulièrement utile lorsqu'on se situe comme actuellement dans une phase de revalorisation de « la tradition africaine » — les nombreux articles et discours d'hommages à Cheikh Anta Diop dans *Le Soleil* au cours des mois de janvier et février 1986 en témoignent, parmi bien d'autres signes révélateurs. Le discours dominant, dans le public comme dans la presse, est celui, nostalgique, d'une tradition qui disparaît (« un vieillard qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle »), de valeurs qui se perdent (et l'on accuse alternativement la wolofisation, la modernisation, l'urbanisation). Sans nier à la période présente une certaine spécificité, une accélération de certains changements, une particularité de certains rap-

ports sociaux nouveaux, il importe donc d'essayer d'éviter une vision virginale de l'histoire africaine récente.

Mais par ailleurs, en étudiant les mutations, le chercheur ne peut pas se considérer comme un observateur en position de neutralité. D'une part, il introduit — individuellement ou collectivement — des changements dans les comportements, surtout s'il est médecin travaillant sur les pratiques médicales ; lorsqu'on voit certains guérisseurs se servir des tensiomètres ou faire des injections, on ne peut guère nier l'influence du modèle biomédical — même si ce n'est pas l'anthropologue médecin qui l'a apporté personnellement. D'autre part, et surtout, il induit un certain type de réponse qui peut tendre à majorer (ou à déformer) le changement ; cet effet pervers, plus pernicieux que le premier, est à la fois inévitable et inextractible de la matière des entretiens ; il ne doit pas pour autant être oublié dans la rédaction des conclusions.

## 1 | Spécialistes et généralistes

Si la médecine moderne est allée, partout dans le monde au cours des trente dernières années, dans le sens d'une spécialisation de plus en plus poussée — qui se manifeste, entre autres, par un nombre croissant, au Sénégal comme en France, de spécialistes —, c'est le mouvement inverse qu'on observe parmi les thérapeutes traditionnels. Le savoir du lignage, de la caste ou du clan, concerne le plus souvent une maladie ou une pratique particulière, même si chacun, individuellement, peut y adjoindre des connaissances extérieures au lignage, à la caste ou au clan.

Chez les Toucouleur et les Peul, il existe traditionnellement une grande finesse dans la précision des termes désignant les praticiens : *mocoowo*, celui qui récite et souffle sur la partie malade ; *fiBoowo*, celui qui noue une cordelette ; *cumoowo*, celui qui brûle avec une lame rougie au feu ; *tupoowo*, celui qui perce les abcès avec une aiguille rougie ; *fesoowo*, celui qui scarifie une zone douloureuse ; *ceekoowo*, celui qui incise avec un couteau ; *duunoowo*, celui qui circonçoit ; *kumbitoowo*, celui qui fait des saignées ; *jokoowo*, celui qui redresse les fractures ; *fokoowo*, celui qui remet les luxations ; *fofoowo*, celui qui masse, en particulier le ventre des femmes qui viennent d'accoucher ;

*bifoowo*, celui qui évente la région souffrante ; *piDDoowo*, celui qui enlève les poussières dans les yeux. A quoi il faut ajouter des termes plus génériques : *bileejo* qui désigne le guérisseur, ou, d'introduction islamique : *joom lasaraar* qui signifie le marabout détenteur de secrets.

A chacune de ces pratiques correspond une spécialisation par groupe statutaire ou lignager. Ainsi, les forgerons donnent les inciseurs de blessures, les perceurs d'abcès et les circonciseurs ; les griots sont spécialisés dans les soins d'yeux ; les Peul dans les scarifications du corps ; les Maures dans les scarifications autour des yeux, etc. De même, chaque lignage au Fouta Toro a un savoir particulier : les Sall de Banaji guérissent la lèpre ; les Ndiaye de Galleobé soignent les morsures de serpent. Quant aux *sakeeBè*, ils transmettent dans le plus grand secret les techniques de chirurgie ophtalmique, en particulier les opérations de la cataracte.

Au village, le dépeuplement massif en adultes jeunes depuis un demi-siècle ne permet plus le renouvellement des savoirs spécifiques : en effet, les guérisseurs n'exercent habituellement leur activité thérapeutique qu'après la journée de travail au champ ; avec l'aggravation progressive des conditions de production agricole, en particulier sécheresse et désertification, les hommes sont partis à la ville ou à l'étranger chercher du travail, abandonnant leur pratique de guérisseur ; ne restent souvent que des hommes et des femmes âgés qui n'ont plus personne à qui transmettre leur savoir. Dans un village proche de Saldé où j'avais accompagné une femme qui souffrait d'une irritation de l'œil qu'elle imputait à une poussière, j'ai ainsi assisté à l'une des dernières consultations d'une vieille guérisseuse qui, pour une centaine de francs, exploitait patiemment avec sa langue la conjonctive de sa malade, s'attardant sous les paupières et crachant d'impressionnantes impuretés, à la manière des thérapeutes qui sucent la partie malade avant d'en extraire ostensiblement une touffe de poils ou un morceau de caillou ; cette spécialiste *piDDoowo* n'avait pu transmettre sa pratique à aucun de ses enfants, presque tous émigrés, les deux filles qui n'avaient pas quitté le village refusant de souiller leur bouche dans des soins qu'elles considéraient comme dégradants.

Car les bouleversements démographiques de la Vallée du Fleuve ne sont pas seuls en cause. Le contact avec le mode de vie citadin et moderne déprécie certaines pratiques jugées archaïques — même si, comme on le verra, le savoir traditionnel fait l'objet d'une revalorisation très forte. L'extension des réseaux de postes de santé et d'équipes

mobiles, ainsi que l'amélioration des voies de communication qui rendent plus accessibles les hôpitaux, y compris de Dakar, contribuent à faire disparaître des pratiques trop spécifiques. Le savoir des marabouts, notamment des *joom lasaraar* qui pratiquent la magie, et des guérisseurs non spécialisés, regroupés sous le nom de *wileeBé*, résiste mieux car il repose moins sur des gestes techniques et s'appuie beaucoup sur l'élément surnaturel qui donne son sens à la maladie.

Dès lors, on voit que les constatations faites en ville ne sont souvent qu'une accentuation des changements observés au village. A Pikine, en effet, on ne trouve presque aucun des praticiens énumérés au début : très rares sont les inciseurs, scarificateurs, chiropracteurs, etc. En revanche, les « généralistes », *joom lasaraar* pour les secrets coraniques et *wileeBé* pour le savoir noir, sont innombrables. Sédentaires ou itinérants, beaucoup ont fait de leur pratique leur seule activité et leur principale source de revenu. Sans qu'on puisse parler véritablement de professionnalisation, on assiste à un accroissement du nombre de guérisseurs « plein temps », au point que beaucoup se déclarent *seriñ* (marabouts) dans les enquêtes démographiques à la rubrique « profession exercée ». En fait, il ne s'agit pas d'un déterminisme interne comme celui qu'on observe généralement lorsque se constitue une profession, mais plutôt externe, c'est-à-dire lié au taux élevé de sous-emploi en ville : la preuve en est que tous les guérisseurs interrogés qui avaient trouvé du travail à l'usine ou au port réduisaient leur pratique thérapeutique à une activité marginale, et n'en faisaient une activité principale ou unique qu'après leur mise à la retraite ou leur licenciement pour cause économique.

Ce qui vient d'être exposé pour les Toucouleur et les Peul s'applique également aux autres groupes ethniques. Ainsi, chez les Soninké, qui connaissent un mouvement migratoire encore plus important, notamment vers la France, la spécialisation tend également à s'effacer. Le *buyindaana* qui brûle la partie malade, le *butundaana* qui perce les abcès, le *kutundaana* qui scarifie, le *salindaana* qui circonçoit, le *tabiibé* qui remet les fractures et les luxations ont souvent une pratique héritée dans le groupe statutaire (ce sont les forgerons qui circonçoivent) ou lignager (à Bakel, les Diakhaté soignent les problèmes orthopédiques). Mais, là encore, certaines techniques tombent en désuétude, à la fois par la déconsidération dont elles sont l'objet — certaines étant jugées cruelles ou dangereuses, comme les cautérisations au fer rouge —, et par l'absence de candidats à la relève. Plus nettement encore, à Pikine, parmi les treize guérisseurs soninké et bambara que

j'ai connus (soit rencontrés, soit identifiés), aucun n'avait une spécialisation, tous étaient polyvalents, même si certains avouaient leurs lacunes dans certains domaines.

La démonstration paraît encore plus évidente en ce qui concerne les Diola. En Casamance, une grande partie des pratiques thérapeutiques se focalisent autour de rituels dont les autels appartiennent au village — et sont appelés *eluñey* —, ou à des familles — et reçoivent le nom d'*eneetey*. Or, un autel ne se transporte pas — du moins théoriquement, car il y a certaines exceptions comme le *kañaalen*. La migration vers la ville ne permet donc pas qu'y soient maintenues les pratiques rituelles et que s'y reproduisent les savoirs des officiants rituels. Les guérisseurs et guérisseuses diola rencontrés à l'occasion d'un de leurs séjours en ville ne pouvaient, lorsqu'on les consultait pour des désordres qu'ils connaissaient bien, que s'en référer au village, se déclarant impuissants à pratiquer sans autel. Les quatre thérapeutes diola que j'ai interrogés à Pikine avaient un exercice polyvalent, soignant à peu près toutes les maladies — et pas seulement des Diola.

Le cas des Wolof et des Lébou est un peu particulier dans la mesure où le Cap-Vert fait partie des possessions coutumières et où Dakar est pour beaucoup la terre de naissance. Dans leur monographie sur les pêcheurs lébou, G. Balandier et P. Mercier (1952) avaient relevé la division sexuelle des pratiques magico-religieuses, et donc thérapeutiques, les femmes assurant le maintien de l'animisme et les hommes se faisant les gardiens de l'islam. En ce qui concerne le *ndëp*, rituel de possession à base religieuse traditionnelle et à vocation thérapeutique, ou le *samp*, forme mineure du précédent (Zempléni, 1966), les officiants continuent à être des femmes mais leur nombre diminue (Le Cour Grandmaison, 1972). Pour celles qui, comme Khady Ndiaye à Fass, ont (ou avaient) leurs autels dans les quartiers de Dakar qui vont être (ou ont été) déplacés, le problème du changement de lieu se pose avec acuité : comment déplacer des lieux sacrés ? Dans le même temps où l'on voit s'accumuler des menaces sur les pratiques spécialisées des *ndëpkat*, on constate au contraire une multiplication des marabouts-guérisseurs wolof dont les pratiques diversifiées et mobiles se prêtent mieux aux changements urbains.

A travers l'étude de ces différents systèmes médicaux, il s'agit de montrer que la déspecialisation des thérapeutes traditionnels répond à des transformations matérielles autant qu'idéologiques de la société — urbaine mais aussi villageoise, quoique à un moindre degré. Transformations matérielles que sont les changements écologiques,

responsables de l'émigration de ceux qui ne reprendront donc pas l'héritage du savoir parce qu'ils sont devenus ouvriers à Dakar ou à Paris, mais aussi, et plus radicalement, les changements dans les conditions de production, qui font par exemple qu'un jeune Toucouleur de la caste des forgerons, promis au travail du métal et aux pratiques de circoncision, va, grâce à ses bons résultats scolaires, étudier à l'Université et devenir ingénieur. Et transformations idéologiques qui rendent inacceptables certaines techniques de soins — percement d'abcès à la pointe rougie ou brûlage d'une entorse au fer —, lorsque des gestes plus anodins peuvent être effectués dans les dispensaires, et qui tendent à dévaloriser ces savoirs purement techniques au profit de la médecine moderne ou, au contraire, de la médecine magique.

## 2 | **Mimétismes et syncrétismes**

L'ethnologue en quête d'« authenticité » semble condamné à de perpétuelles déceptions lorsqu'il se penche aujourd'hui sur les médecines africaines. Tout le corpus de connaissances des guérisseurs n'est composé que d'emprunts, de redéfinitions, d'adaptations ; aucun savoir n'est parvenu jusqu'à nous, pur de toute influence ; et le diffusionnisme peut trouver là matière à supputations à l'infini. En fait, aussi loin que l'on puisse remonter par l'historiographie — et probablement au-delà, car il n'est pas concevable qu'il en soit autrement —, il n'y a jamais eu de savoir qui n'ait été modifié, enrichi ou diminué par des apports extérieurs (voisins, envahisseurs, conquis). A l'intérieur d'un même village, voire d'un même lignage, le savoir n'est jamais homogène, et il se transmet en se transformant.

Les guérisseurs vont le plus souvent de village en village, jusqu'au Mali, en Mauritanie, en Gambie ou en Guinée, complétant leurs connaissances, comparant leurs résultats, échangeant leurs secrets. Comme l'explique Diakaria Diara, qui a eu trois maîtres bambara dans le Bélédougou : « Pour une même maladie il arrive que les trois aient donné des remèdes différents, c'est-à-dire des racines différentes à couper des jours différents. Et aussi, pour la même plante, il peut y avoir des indications différentes. Aujourd'hui que je possède leurs trois savoirs, lorsqu'un malade vient me voir, je lui donne d'abord le traitement du premier maître ; si c'est ineffi-

ce, j'essaie le second, puis le troisième. Ou bien je peux mélanger deux traitements si je n'ai pas assez de l'un d'eux ». Une telle inventivité — qui n'a rien à voir avec le charlatanisme, mais constitue au contraire la base de l'empirisme des thérapeutes — met le guérisseur à l'abri du sentiment d'impuissance — il a toujours quelque chose à proposer au malade qui revient non guéri —, en même temps qu'il discrédite toute tentative d'établir un dictionnaire des pharmacopées, qui présenterait une codification autochtone des indications et des posologies — chaque praticien a son propre schéma thérapeutique et le choix dans cette diversité ne serait que l'arbitraire de l'auteur.

Au contact les unes des autres, les représentations et les pratiques se transforment, l'effet purement linguistique dû à la traduction d'un mot dans un autre dialecte n'étant pas le moindre facteur de changement de sens. Ainsi, rencontrant l'islam et sa démonologie, les représentations autochtones se sont immédiatement modifiées : les *bisira* des Soninké, les *ginay* des Diola, les *pangol* des Sérér et les *rab* des Wolof sont devenus des *jinné* et des *seytaané*, mots arabes déformés. En quête de ces mutations dans l'univers symbolique des guérisseurs, j'ai souvent cherché à établir des différences entre ces divers esprits, tour à tour protecteurs ou malins, pour toujours finir pas me heurter à des réponses telles que : « Ce que nous, les Soninké, nous nommons *bisira*, c'est la même chose que les *jinné* pour les Arabes. » En fait, s'exprimant en soninké, le guérisseur parlait de *jinné* et c'était, de façon paradoxale, moi qui lui demandait de me dire le mot exact pour obtenir le terme soninké *bisira*... Ma question ne semblait pas avoir de sens pour mon interlocuteur, puisque ces génies se ressemblaient, parlaient aux devins pendant la nuit, se vengeaient de leurs rivaux par jalousie et provoquaient les mêmes maladies : leur existence sociale — leur apparence, leur histoire, leur fonction — paraissait indissociable, même si les *bisira* sont des génies du Fleuve alors que les *jinné* sont des créatures de Dieu tirées d'interprétations du Coran. Cette islamisation (se traduisant, au plan linguistique, par une arabisation) n'est que l'illustration d'un phénomène plus général observé au contact de deux cultures où l'une joue un rôle dominant : ici, prééminence idéologique de l'islam sur les traditions préislamiques qui fait remplacer *bisira* par *jinné* ; là, prééminence linguistique du wolof sur le sérér qui conduit à utiliser *rab* pour *pangol*.

La même constatation peut être faite dans les pratiques des guérisseurs. On y retrouve en effet des rapports de forces idéologiques

qui jouent un rôle déterminant dans le sens des changements : la « mandinguisation » du pays diola correspond plus à une islamisation qu'à une invasion ethnique, et, dans tout le Sénégal, nombreux sont les guérisseurs qui, vers la maturité, décident de se tourner vers l'islam. « Quand j'étais jeune, se souvient un thérapeute sérère avec nostalgie, je buvais du vin, je ne croyais pas en Dieu, je ne priais jamais. A cette époque j'étais un grand guérisseur : avec l'alcool, je pouvais voir beaucoup de choses, j'avais plus de pouvoirs, je gagnais plus d'argent. Et puis, une nuit, j'ai eu la révélation de l'existence de Dieu... Pourtant, dans ma famille, personne n'était musulman. A l'exception de mon père qui s'est converti peu avant sa mort, je suis le premier islamisé. » Il a d'ailleurs pris pour nouveau maître un jeune marabout mouride qui lui enseigne le Coran et, en signe de respect, posant pour une photographie, il se tient debout derrière son marabout majestueusement installé dans un fauteuil. D'ailleurs, outre les motivations sincères qu'il invoque pour expliquer sa conversion, il serait naïf de ne pas y voir également les bénéfices d'une respectabilité et d'une protection offertes par la confrérie mouride et lui permettant une plus grande sécurité dans certaines « affaires » qu'il évoque à demi-mot.

L'adoption de nouvelles pratiques correspond, en même temps qu'à la reconnaissance de leur efficacité complémentaire sinon supérieure, à un intérêt bien compris du guérisseur qui ne renonce pas totalement à ses anciennes habitudes : il change sans se renier. Moussa Traoré, formé auprès de grands guérisseurs bambara dans sa jeunesse, s'est tourné vers les marabouts du Mali puis de Mauritanie ; il est ainsi devenu le premier musulman de sa lignée. Il déclare avoir abandonné de ses pratiques de soins « tout ce qui est contraire à la religion : les rites, et les offrandes de vin ou de sang » ; mais il a conservé tout ce qui, dans l'enseignement de ses premiers maîtres, n'était pas dénoncé par l'islam, allant même jusqu'à monnayer les secrets coraniques de ses marabouts avec ses propres secrets ancestraux. Aujourd'hui, il mélange techniques divinatoires bambara et musulmanes, interprétations par les sorciers et par les génies, traitements par les racines bues en décoction et versets portés en amulettes, rappelant à ses interlocuteurs — convaincus par avance — que « la maladie que donne le marabout, le Bambara peut la guérir, mais la maladie que donne le Bambara, le marabout ne peut que la soigner ».

La biomédecine a, elle aussi, donné lieu à des phénomènes de ré-

appropriation inédits. Mamadou Diaby a conçu un spéculum pour l'examen gynécologique de ses patientes probablement influencé par des lectures d'ouvrages médicaux qu'il affectionne : « Je l'ai fait avec deux morceaux de bois en forme de cuillers, reliés par un élastique ; quand je serre l'élastique, les branches s'écartent. » Mamadou Moustapha Touré — qui signale sa présence dans le quartier Golf par un écriteau : « Studio Touré — Médecine pharmacopée traditionnelle. Des plantes rien que des plantes pour guérir les malades. Traitements et massages » — a découvert l'hypertension artérielle qu'il mesure avec un tensiomètre et qu'il traite par une combinaison thérapeutique associant des plantes et des massages.

Doudou Diémé, guérisseur diola renommé et fréquenté — c'est l'un des rares thérapeutes traditionnels chez lequel j'ai trouvé, à chacune de mes visites, des patients en attente d'une consultation — réussit un remarquable mélange de connaissances et de pratiques. D'une lignée réputée dans le savoir (de Djagoug, en Casamance), il s'est formé à la fois auprès de son père guérisseur, de son frère aîné marabout et de son instituteur à l'école française du village : il connaît ainsi les plantes et leurs indications, les versets et leurs secrets, l'écriture et le calcul. Ses techniques de divination font appel à des procédés diola — la natte, *kabasaak*, ou la corne, *kasiinak* — et musulman — le rêve, *listikar*. Ses diagnostics font appel à des catégories nosologiques variées : pour un cas d'impuissance, il invoque le non-respect d'un rituel diola (*eneetey*), ou la possession par les esprits islamiques (*jinné*) ou encore le *xala* bien connu des Wolof et souvent dû à un travail maraboutique (*ligeey*). Ses traitements nécessitent des offrandes (il peut s'agir d'une boîte de lait concentré, d'une bougie, d'un billet, etc.) déposées sur ses autels domestiques, des plantes cueillies en Casamance ou des versets du Coran. Mais, héritage de son passé scolaire, il tient un livre de consultation sur lequel il note le nom du patient, le type de maladie, le traitement prescrit et le prix payé, et distribue des tickets numérotés dans sa « salle d'attente », c'est-à-dire la cour de sa concession, pour éviter les contestations. Cette image « moderne » qu'il se donne est encore renforcée par le port d'une blouse blanche — costume peu en usage chez les praticiens traditionnels... Thérapeute sérieux dont nul ne songe à nier la compétence, Doudou Diémé fait ainsi la démonstration des remarquables capacités d'adaptation au marché de la maladie et du malheur dont font preuve la plupart des guérisseurs « qui réussissent ».

### 3 | Aînés et cadets

Dans le phénomène souvent invoqué de prolifération des guérisseurs et des marabouts, implicitement associé à celui de la multiplication des charlatans, intervient pour une part importante la transgression des règles de transmission des savoirs. Un exemple révélateur en est l'exercice de la magie par un cadet, du vivant de son aîné. Dans la théorie africaine des pouvoirs, seul le plus âgé du groupe lignager, statutaire ou villageois selon le type de savoir en cause, a le droit de pratiquer. Certes, la règle prescrite souffre de nombreuses exceptions, mais elles sont alors collectivement admises — même si elles sont objet de tensions ou de conflits, elles sont tranchées par une décision du groupe ou d'une fraction de groupe. Au guérisseur qui refuserait cette décision, il ne resterait plus qu'à quitter le village pour exercer ailleurs, tant il est considéré comme dangereux de transgresser la règle. Nombreux sont les récits qui viennent en attester.

Un guérisseur manding de Pikine raconte : « Lorsque j'ai commencé à parler avec les génies, mon fils est tombé malade. J'ai tout essayé pour le soigner, mais rien n'y a fait. Une nuit, un génie est venu, il m'a nommé neuf plantes pour guérir mon fils et il m'a dit de ne plus soigner avant l'âge. J'ai promis, et l'enfant a guéri. Depuis, je soigne avec les plantes, mais je n'utilise plus le savoir magique. » Un marabout de Casamance évoque un épisode comparable : « Mon grand-père, Fodé Dramé, a reçu le savoir de son père, Ibrahima Dramé, fondateur de notre village. Ses trois frères, Kelountang, Sana et Tidjane ont quitté la maison familiale et sont partis dans un autre village où ils ont commencé à exercer. Mais, comme ils avaient ainsi bafoué la tradition, aucun de leurs enfants n'a pu recevoir la connaissance et il n'y a plus aujourd'hui aucun homme de savoir dans leur village. » En fait, celui qui parle ainsi pratique lui-même alors que son frère vit encore, mais explique que c'est celui-ci qui l'a sollicité à sa place...

Beaucoup de guérisseurs rencontrés à Pikine sont en fait des cadets et le danger dont ils sont conscients les conduit à minimiser leur pratique, laissant entendre qu'elle n'engage pas « le » secret fondamental. Ainsi, Moussa Traoré se défend d'utiliser la totalité de son savoir : « Je suis le second fils de mon père. Je connais le secret mais je

ne m'en servirai pas tant que mon frère est vivant, car je risquerais d'attirer des malheurs sur nos enfants ou de rendre ma femme stérile. » De même, Maguet Ka se déclare plus petit dans le savoir que sa sœur Mbouleyrou Ka : « C'est elle qui de nous tous a reçu le plus de connaissances. » Et Aminata Bari nie même toute pratique : « Je n'exerce pas car Mamadou est plus âgé que moi ; lorsqu'il mourra, si les génies le demandent, je pratiquerai. »

Comme toujours, ces lois et les menaces qui pèsent sur leur transgression servent à rappeler l'ordre social, et le seul fait de les énoncer leur confère une efficacité. Cependant, de même que la réussite scolaire ou professionnelle meilleure d'un cadet par rapport à son aîné bouleverse les hiérarchies, de même la possibilité pour un jeune marabout de partir en ville et de s'y enrichir conteste la prééminence de l'âge et les règles de la succession. C'est cette contestation que les histoires de cadets punis essaient d'endiguer.

Plus généralement, l'éloignement par rapport au village rend plus facile le non-respect des modalités traditionnelles de transmission du savoir. Nul n'est prophète en son pays, et il faut d'abord quitter les siens avant de commencer à prêcher : cette remarque est de toujours. Mais tout comme la ville permet à certains d'échapper à l'emprise du groupe statutaire (et par exemple à rendre évitables les charges du captif) et à d'autres de se libérer des contraintes de l'entourage familial (notamment à certaines femmes d'éloigner les accusations de sorcellerie de la part de leur famille conjugale), la ville multiplie aussi les occasions de se déclarer guérisseur quand c'eût été impossible dans son propre village.

De plus, non seulement le contexte urbain favorise la prolifération de ceux que l'on appelle souvent les « faux marabouts », mais surtout il leur offre un marché en pleine expansion pour tout ce qui concerne la dimension magique de leur activité — que l'on songe par exemple à la nombreuse clientèle que constituent les chômeurs à qui ces nouveaux venus dans le champ de la magie promettent un emploi et une carrière. Tous les guérisseurs installés ou de passage à Pikine le disent : « ici à Dakar, il y a de l'argent », même s'ils invoquent l'efficacité meilleure qui résulte de ces possibilités financières, à la manière de certains psychanalystes justifiant les tarifs élevés des séances : « comme ça, les malades peuvent faire sortir de plus grosses charités (remettre de plus consistantes offrandes) ».

#### 4 | Pastiches et mélanges

« Médecine traditionnelle  
Clinique  
Mouhamadou Khaïr dit Diaby  
Voyant et tradipraticien  
Reçoit tous les jours de 9 h à 21 h  
Rhumatisme    Massage    Diabète  
Troubles sexuels    Hypertension  
Troubles gastriques    Ophtalmologie  
Gynécologie-Obstétrique    Envoûtement  
Consultations pour affaires, sur rendez-vous »

Pour qui passait, en 1985, près du marché Ndiarème de Guedjawaye, l'immense écriteau accroché au deuxième étage de la grande maison dont Mamadou Diaby venait de faire l'acquisition, ne pouvait pas manquer d'être aperçu. Lors de ma première visite, en août 1985, je n'avais pu le rencontrer, mais j'avais fait la connaissance de son « major » — terme utilisé dans les hôpitaux sénégalais pour désigner l'infirmier-surveillant — et de son « chef de clinique » — titre également emprunté à la hiérarchie hospitalo-universitaire. Quant au « médecin chef voyant et tradipraticien », ainsi que sa carte de visite le désignait, il était absent. Le jeune « chef de clinique » expliqua que lui-même avait fait une année d'études médicales en France, puis était parti en Allemagne, « ayant divorcé de la médecine »... pour y « épouser une Allemande » ; « il déclara qu'il avait travaillé comme technicien de laboratoire en France et qu'il était venu s'installer avec Mamadou Diaby car il voulait « faire de la recherche sur la médecine traditionnelle » et « vérifier scientifiquement son efficacité ».

Les moyens dont disposait le « médecin chef » étaient d'ailleurs à la hauteur d'une grande ambition, sinon scientifique, du moins financière. Véritable clinique de médecine traditionnelle, le bâtiment offrait le confort de cinq chambres fraîchement repeintes, soit neuf lits d'hospitalisation (mais la capacité d'accueil était bien supérieure). La vaste salle d'attente s'ouvrait sur le bureau de la secrétaire, la salle de massage et le bureau du « médecin chef ». Outre les deux assistants déjà cités, il y avait deux femmes en blouse blanche. Certes, en ce matin

d'hivernage, la salle d'attente était curieusement désertée, les employés paraissaient désœuvrés et la secrétaire s'occupait à éplucher des légumes pour le déjeuner, mais l'importance des investissements, la rigueur de l'organisation et certains propos du « chef de clinique » parlant du « gouvernement qui soutient notre projet », donnaient à l'ensemble un caractère nouveau (rien de semblable jusqu'alors dans l'histoire pikinoise) et impressionnant (une sorte d'institutionnalisation officielle de la médecine traditionnelle). Malheureusement, je quittai le Sénégal deux jours plus tard et n'eus pas l'occasion de rencontrer le maître lui-même.

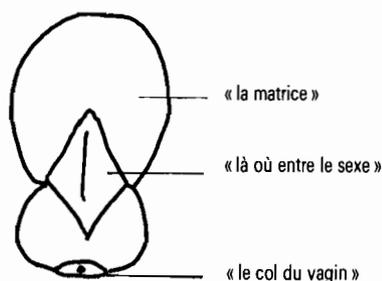
Ce n'est qu'en janvier 1986, de retour à Pikine, que je pus me remettre à chercher Mamadou Diaby. Cette fois encore, il est absent, mais le motif invoqué semble incontournable : il a eu un accident de voiture et se trouve à l'hôpital. J'attends donc sa sortie pour aller lui rendre une « confraternelle visite » à son domicile, en compagnie d'Ablaye Traoré. Nous le trouvons sur son lit, enveloppé dans les pansements, gémissant de douleurs provoquées par des fractures de côtes. C'est un petit homme rond d'une quarantaine d'années, agile malgré son poids, l'œil pétillant et la faconde brillante, quoique son débit soit entrecoupé de soupirs plaintifs. Autour de lui, des tapis orientaux aux couleurs vives, des fourrures synthétiques sur les fauteuils, des vues pittoresques de Paris, plusieurs manuels de sciences naturelles de classe de terminale, une reproduction rehaussée de *La Joconde* et un énorme poste de radio comme les Noirs new-yorkais en arborent à Central Park. Pour cette première visite, je ne veux pas le fatiguer, et la conversation se limite à un bref bavardage au cours duquel il me demande un antalgique capable de le soulager, car celui donné à l'hôpital est sans effet et ses douleurs l'empêchent de dormir depuis près d'une semaine. Je lui remets une ordonnance.

Dix jours plus tard, lorsque je le revois, il est resplendissant, nous reçoit comme des amis et nous explique qu'il a depuis notre visite retrouvé le sommeil. « Je vais fermer la clinique, ajoute-t-il (il s'exprime toujours en français). La langue est mauvaise, il faut s'éloigner, il y a ici trop de problèmes. » Il veut dire qu'on a trop parlé autour de lui et de sa clinique, que la parole amène l'envie, et l'envie le malheur (allusion à l'accident de voiture et à l'échec financier). En mars 1986, l'écrêteau est décroché, la clinique Diaby disparaît : « Cette maison a diminué ma chance, je vais travailler chez moi pour qu'on m'oublie ; ensuite, j'ouvrirai ailleurs, mais la lan-

gue, elle, restera avec la maison. » Et il commence l'étonnant récit de son apprentissage.

Diakhanké de Casamance, il évoque de vagues ancêtres guérisseurs sur lesquels il ne s'attarde pas. En 1971, il est parti en France où il a vécu dix ans. Il y a travaillé, appris à lire le français et commencé à exercer comme guérisseur. Aux origines de son savoir, on trouve toutes sortes d'expériences. Le mythe : « Pour les fractures, voici comment j'ai appris à les soigner. Une nuit, un vieillard m'est apparu et m'a dit : tu dois venir avec moi. Nous sommes partis en songe jusqu'à rencontrer un autre vieillard qui était autrefois un grand chasseur. Lui-même, lorsqu'il était plus jeune, était allé dans la forêt et avait tiré sur un lion ; l'ayant seulement blessé, il avait eu un regret et entrepris de le soigner ; quand le lion a guéri, il dit au chasseur : Dieu va te récompenser ; et il lui a donné un verset pour guérir les fractures, en lui disant : avant de t'en servir, tu dois tuer mille poulets. C'est ce chasseur qui m'a donné le secret en me demandant de distribuer trente-cinq mille francs et trente-sept mètres de percale aux pauvres. C'est ainsi que je peux redresser les os cassés » (on retrouve le thème fréquent de l'animal blessé dans la forêt et révélant un secret). Le voyage : « Le message je l'ai appris d'un Chinois. C'était en Thaïlande. Il m'a aussi montré les piqûres qu'on fait sur les articulations » (ce périple appartient probablement autant à la fable que l'épisode précédent). Le livre : « Ce qui m'intéresse, dans les sciences naturelles, c'est de connaître l'emplacement des muscles, des veines, des os et de la chair. »

De cette multiplicité de sources, auxquelles s'ajoutent probablement — mais trop triviales pour être évoquées — des discussions avec des camarades et des émissions de télévision, il s'est construit une représentation très personnelle de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, la sexualité étant de toute évidence ce qui le passionne le plus. Ainsi le schéma qu'il fait de l'appareil génital féminin (fig. 12) tient à la fois du livresque (ne serait-ce que dans le choix spontané de dessiner en coupe longitudinale ce qu'on ne voit pas) et de l'empirique (« j'avais décidé de connaître la femme et donc j'ai appris en touchant et en cherchant »). Quant aux notions sur la reproduction qu'il s'est forgé, elles ressortissent probablement à une interprétation libre d'ouvrages de sciences naturelles : « Le sperme vient du sang qui passe dans le dos et dans les pieds, et c'est dans le rein qu'il devient sperme grâce au transformateur de sperme ; lorsqu'il y a un rapport, le liquide chauffe et va dans les veines du plaisir. »



A la manière des peintres cubistes, le guérisseur reporte sur un même dessin deux vues incompatibles : la partie externe (vulve) et la partie interne (vagin et utérus). Mais plus encore, il superpose dans ce schéma son expérience intime (ce qu'il a vu) et son apprentissage livresque (ce qu'il a lu).

FIGURE 12  
*Représentation de l'appareil génital féminin*  
*dessiné par Mamadou Diaby*

Ces concepts théoriques débouchent sur des applications pratiques, et notamment le traitement de l'impuissance : « Il y a des versets du Coran qui donnent de la force au transformateur de sperme », et de la stérilité (sous-entendu : féminine...) : « Il y a des femmes qui n'ont pas de col et d'autres qui ont un col mais pas de passage ; quand je touche je le sens ; et puis je regarde avec mon appareil (le spéculum précédemment décrit) et ma lampe ; s'il n'y a pas de col, je ne peux rien faire ; s'il y a un col fermé, je le perce avec un outil que j'ai fait faire à un forgeron ; puis j'écarte un peu le trou avec ma pointe ; parfois, ça saigne beaucoup ; je mets de la poudre de racines pour cicatriser ; après neuf jours, c'est guéri et le sperme peut monter. » (Inutile d'ajouter que de tels gestes gynécologiques peuvent provoquer des dégâts considérables.)

Homme intelligent et inventif que son exercice de marabout a enrichi — outre la clinique fermée et la maison où il habite, il possède deux habitations qu'il loue, à Dakar — Mamadou Diaby est-il un guérisseur habile et opportuniste, ou un imposteur mythomane et dangereux ?

« Je ne sacrifierai aucun des véritables détenteurs des grandes forces africaines pour Hippocrate, ni pour Paracelse ; mais je suis sans pitié pour les faux dieux et sans indulgence pour leurs adorateurs », s'écrie Marc Tingo, étudiant en médecine africaine, héros

du roman d'Olympe Bhely-Quenum, *L'initié* (1979, 36). La question du charlatanisme est au centre du débat public en Afrique sur la médecine traditionnelle : partout on entend dire qu'il n'y a plus de grands guérisseurs, qu'en revanche, les faux marabouts sont de plus en plus nombreux ; et le désir de voir reconnus officiellement les praticiens traditionnels est associé à l'idée implicite, et parfois explicitée, qu'il sera possible de distinguer les « charlatans » des « vrais guérisseurs ». Ce qui suppose, projet non réalisable en pratique, de pouvoir mesurer le degré de conviction du sujet. Et ce qui suppose surtout, idée non fondée en théorie, qu'il existe une limite réelle entre la vérité et le mensonge.

Le récit de la vie de Quesalid que C. Lévi-Strauss (1958, 192) emprunte à F. Boas devrait pourtant nous mettre en garde contre toute velléité d'affirmer le vrai. Jeune Kwakiutl iconoclaste, Quesalid s'était mis en tête de découvrir les supercheries des chamans ; il commença donc par devenir leur élève pour se faire initier à leurs secrets ; on lui enseigna les techniques de prestidigitatation, et notamment comment simuler l'extraction du mal du corps de la victime en suçant la partie souffrante et en crachant une touffe de duvet préalablement dissimulée dans sa bouche et ensanglantée par une morsure de sa propre langue. Au bout de quelque temps, il fut sollicité par des malades qu'il dut soigner de cette façon ; puis surtout, deux défis lui furent successivement lancés par des chamans d'ethnie ou de clan voisins ; il triompha à deux reprises, et le second chaman l'implora de livrer son secret ; lui-même donna l'explication de sa prestidigitatation ; mais Quesalid ne voulut rien savoir et le chaman disparut pour mourir fou un peu plus tard. C. Lévi-Strauss (1958, 186) conclut : « Et Quesalid poursuivit sa carrière, riche de secrets, démasquant les imposteurs et plein de mépris pour la profession : "Une fois seulement ai-je vu un chaman qui traitait les malades par succion ; et je n'ai jamais pu découvrir s'il était un vrai chaman, ou un simulateur. Pour cette raison seulement je crois qu'il était un chaman : il ne permettait pas à ceux qu'il avait guéris de le payer." L'attitude du début s'est donc sensiblement modifiée : le négativisme radical du libre penseur a fait place à des sentiments plus nuancés. Il y a de vrais chamans. Et lui-même ? Au terme du récit, on ne sait pas ; mais il est clair qu'il exerce son métier avec conscience, qu'il est fier de ses succès et qu'il défend chaleureusement, contre toutes les écoles rivales, la technique du duvet ensanglanté dont il semble avoir complètement perdu de vue la nature fallacieuse, et dont il s'était tant gaussé au début. »

Ce que nous rappelle C. Lévi-Strauss, c'est que la psychologie du social est complexe, et ne s'accommode pas *d'a priori*. Maguet Ka, délégué de quartier respecté et guérisseur réputé, raconte devant plusieurs de ses notables avoir vu un sorcier voler en plein jour jusqu'au marché voisin : personne ne songe à mettre en doute l'authenticité du fait, à la fois parce qu'on le sait homme de parole, et parce qu'on n'ignore pas qu'un sorcier vole. Al Djouma Seck, guérisseur sérier redouté, à qui ses malades, travailleurs immigrés en France, offrent des voyages à Paris, est un habile prestidigitateur qui fait sortir un clou de 10 cm de son nez après l'avoir introduit dans sa manche et qui fait disparaître des billets de 5 000 F dans un portefeuille à double fond : au premier abord, on sourit, on se dit qu'il n'est pas dupe de son jeu ; puis, au détour d'une phrase, il livre des fragments pathétiques de sa vie : il a perdu ses six enfants et vit avec une femme stérile, il parle de ceux qui se vengent ainsi de ses activités magiques ; et il devient impossible de savoir où se fait la ligne de partage entre la conviction et l'imposture.

Y a-t-il aujourd'hui, en Afrique, prolifération des charlatans comme on le dit partout ? Il n'y a pas de réponse sociologique à cette question, mais on peut faire deux remarques. En premier lieu, si l'on appelle « faux marabouts » les guérisseurs qui ne sont pas issus d'un lignage réputé pour son savoir, ou qui ne sont pas en droit d'exercer d'après les règles énoncées par la tradition, ou dont les conditions d'apprentissage n'offrent pas suffisamment de garanties — on pourrait ainsi multiplier les « clauses » —, alors de semblables cas ne sont pas nouveaux et les témoignages, écrits ou oraux, en attestent l'ancienneté ; néanmoins les éléments de la vie citadine qui peuvent favoriser leur multiplication sont une possibilité accrue d'échapper à son cadre social d'origine et un marché particulièrement propice. En deuxième lieu, et plus fondamentalement, la question du charlatanisme paraît défier l'alternative du vrai et du faux ; le guérisseur intériorise aussi bien les artifices techniques qu'on lui a enseignés que les intérêts objectifs de son activité thérapeutique, notamment les bénéfices économiques et sociaux qu'il en tire ; bien que l'on ait l'intuition qu'il existe de « vrais charlatans », l'approfondissement de chaque cas individuel laisse toujours un doute à l'observateur sur l'authenticité de la conviction de son interlocuteur magicien ; et l'on ne voit pas comment, sauf à renouveler des tribunaux d'Inquisition garantissant une réponse absolue, trancher le problème. En fait, la question du charlatanisme renvoie moins à celle, insoluble, de la vérité psychologique qu'à celle de la légitimité — qui est un enjeu social.



## Les nouvelles formes de légitimation

« Le fait que tu choisses de me rencontrer moi est un sujet de surprise pour les autres habitants. Tes visites me donnent un prestige dans le quartier : beaucoup s'étonnent de ce qu'un Blanc (*tubaab*) vienne me voir moi seulement, me renouvelle fréquemment ses visites, et passe à chaque fois longtemps à parler avec moi. » Cet aveu de Maguet Ka me remerciant des entretiens que nous avons eus ensemble est un témoignage supplémentaire de l'absence de neutralité du chercheur sur son terrain : « choisir » de s'entretenir avec un guérisseur plutôt qu'avec un autre, c'est lui apporter un peu de la légitimité du savoir médical des Européens, encore renforcée par le fait de travailler avec un institut de recherche bien connu des Sénégalais.

De façon encore plus explicite, Al Djouma Seck me réclama un jour « un certificat attestant de ses qualités de guérisseur » — ce qui paraissait d'autant plus incongru qu'il venait précédemment de m'expliquer que tout le monde recourait à ses services. De même, beaucoup utilisent le nom du « Professeur Collomb », qui s'était intéressé aux thérapeutes traditionnels dans le cadre de la clinique psychiatrique de l'hôpital Fann, comme faire-valoir : « J'ai visité la Vallée du Fleuve avec Collomb pour lui montrer les plantes et leurs usages », me disait Demba Sall, contre-sorcier réputé ; Mamadou Moustapha Touré, celui du « studio Touré » déjà évoqué, allait même plus loin : « Collomb je lui ai donné des secrets, il pouvait même soigner les troubles mentaux. » Quant à Matar Mbaye, découvreur de voleurs, il avait adressé le 24 avril 1985 la lettre suivante aux ministres de l'Intérieur, des Forces armées et de la Justice : « Monsieur le Ministre, je viens très respectueusement auprès de votre haute

bienveillance solliciter une autorisation d'exercer les fonctions de voyance (*guendélé*) que nous nous transmettons dans ma famille depuis des générations et qui a fait ses preuves. Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande, etc. » Dans la quête de légitimation officielle qui se développe actuellement, le chercheur est donc également un acteur.

## 1 | Les fondements de la légitimité

D'après M. Weber (1959, 102), la domination peut être justifiée par « trois raisons internes » qui constituent les « trois fondements de la légitimité » : traditionnelle, reposant sur des « coutumes sanctifiées par leur validité immémoriale » ; charismatique, s'appuyant « sur la grâce personnelle et extraordinaire d'un individu » ; et légale, découlant du respect de « règles établies rationnellement ». En appliquant les définitions qu'il en donne, on établirait volontiers le schéma suivant : l'autorité du guérisseur serait fondée sur la tradition, celle du prophète sur le charisme et celle du médecin sur la légalité. La réalité sociologique est évidemment un peu plus complexe.

Au Sénégal, la légitimité charismatique a surtout été le fait de grands prophètes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle qui ont été des fondateurs ou des implanteurs de confréries : El Hadj Malick Sy pour les tidjanes, Cheikh Amadou Bamba pour les mourides, Cheikh Ibra Fall pour les bay fall, Cheikh Bou Kounta pour les qadr, Seydina Limamou Laye pour les layennes. Même s'il existe actuellement, notamment dans certains villages de la Vallée du Fleuve et à Médina-Gounasse en Haute-Casamance, des personnes exerçant leur autorité de par leur seule présence personnelle, il s'agit souvent de deuxième ou troisième génération, donc de légitimité transmise par l'héritage : on ne peut plus parler d'autorité charismatique, car il y a eu, en quelque sorte, « traditionnalisation » ; c'est le cas également des nombreux descendants de prophètes, les Tall, Sy, Mbacké, Kounta, Laye. Par comparaison, la situation du Congo ou de la Côte-d'Ivoire est toute différente, puisqu'on y assiste depuis le début du siècle à une multiplication des prophètes-guérisseurs, se rattachant d'assez loin au christianisme (Balandier, 1955 ; Dozon, 1974 ; Augé, 1975a).

Les formes de légitimité auxquelles on est donc confronté au Sénégal sont essentiellement traditionnelles et légales. Mais s'imaginer du côté de la tradition les marabouts et les guérisseurs reconnus, et du côté de la légalité les médecins et les infirmiers, serait ne pas tenir compte d'une redistribution actuelle du jeu, et en particulier des stratégies individuelles et collectives que développent les acteurs du système de soins pour accroître leur reconnaissance sociale.

D'ailleurs, mettre sur le même plan les deux formes de légitimité serait négliger également la position dominante de l'autorité légale par rapport à l'autorité traditionnelle. Dans toute l'Afrique on trouve actuellement une juridiction qui régleme l'exercice de la médecine. D'après les textes sénégalais (loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 publiée au *Journal officiel* du 16 juillet 1966, p. 861), nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est : 1° titulaire du diplôme de docteur d'Etat, 2° de nationalité sénégalaise ou d'un pays étranger ayant avec le Sénégal une convention, 3° inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (art. 1<sup>er</sup>) ; et « l'exercice illégal de la profession de médecin est puni d'une amende de 20 000 à 100 000 F et d'un emprisonnement de un à six mois, ou de l'une des deux peines seulement » (art. 5). Il s'agit d'ailleurs d'une législation reproduisant, à quelques détails de forme près, un décret colonial du 6 mai 1922 publié dans le Code administratif de l'Afrique occidentale française.

Les distances que prend l'Etat, au Sénégal comme dans la plupart des pays africains, par rapport à cette juridiction plaquée et inadaptée à l'existence de dizaines de milliers de guérisseurs et marabouts, et de centaines d'infirmiers et auxiliaires de santé qui exercent la médecine, ces distances sont grandes, et la loi ne s'applique que lorsqu'il y a un accident et plainte. A ces rares exceptions près, les thérapeutes traditionnels travaillent en dehors de toute ingérence judiciaire. Il n'en est pas de même pour les vendeurs de médicaments des marchés et des coins de rue qui sont soumis, régulièrement ou sporadiquement selon les lieux où ils établissent leur commerce, à des rafles de police et plus rarement à des poursuites en justice.

En fait, l'Etat serait bien en peine de sanctionner les praticiens illicites de la médecine quand tous les grands personnages jusqu'aux ministres sont entourés et protégés par des marabouts aux pouvoirs magiques, et quand le système de soins de santé primaires du pays fonctionne grâce aux infirmiers et aux auxiliaires. La remise en cause, par certains guérisseurs, des rapports de légitimité ne répond donc pas à une répression, ouverte ou sourde, de leur activité. Elle semble

plutôt résulter de la convergence de deux faits : d'une part, la prise de conscience de la position de force qu'occupe l'autorité légale, et par conséquent, des bénéfiques — en termes de pouvoir économique et de prestige social — qu'il y aurait à faire reconnaître officiellement la médecine traditionnelle ; d'autre part, la revendication, par le public, la presse et les gouvernants, d'une médecine qui est à la fois une manifestation de ce qu'on désigne généralement comme « la culture africaine » et une prise en compte de la dimension sociale de la maladie souvent négligée par les praticiens des hôpitaux ou des dispensaires (Fassin et Fassin, 1988).

Toutefois, avant de s'engager dans l'étude de quelques cas exemplaires de ces nouvelles formes de légitimation, il paraît nécessaire de replacer ces phénomènes (associations, expertises, etc.), assez récents au Sénégal, dans leur contexte. Beaucoup de guérisseurs aujourd'hui — on serait tenté de dire : la grande majorité — ne sont pas directement concernés par ces changements. Le vieux thérapeute traditionnel de Casamance ou de la Vallée du Fleuve, qui jouit de la confiance et du respect des habitants de son village, n'a pas de stratégie de remise en cause de l'ordre légitime puisque c'est justement l'autorité traditionnelle qui lui donne sa place et son pouvoir dans la société ; tout comme le marabout mouride ou tidjane, entouré de disciples qui cultivent ses terres et le vénèrent, n'a aucune raison, ni aucun intérêt, à chercher une reconnaissance de l'Etat — qui la lui accorde implicitement, en n'intervenant pas dans ses pratiques économiques et politiques, même illégales.

En proposant d'étudier les institutions de santé par rapport à la question de la légitimité, il s'agit d'essayer de rendre compte de leur double dimension : dialectique — les rapports de pouvoirs entre l'autorité légale et l'autorité traditionnelle, et la renégociation permanente de ces rapports par les acteurs ; et historique — les changements en cours que la classification en médecine moderne et médecine traditionnelle, ou toute autre taxonomie ne permettent pas d'enregistrer.

## 2 | Une association de guérisseurs

Si dans certains pays, comme le Nigéria (Oyebola, 1981), il existe une tradition associative chez les thérapeutes autochtones, il ne semble pas qu'un phénomène identique ait été observé au Sénégal. Les associa-

tions de guérisseurs paraissent récentes et peu nombreuses : je n'ai connaissance que de deux qui soient actives en 1986, celle de Cheikh Thiam et celle du D<sup>r</sup> Eric Gbodossou qui vont être présentées.

Il y a un précédent à la fin des années soixante-dix avec l'Association nationale des Thérapeutes traditionnels qui regroupait une vingtaine de guérisseurs et qui, d'après son président Mamadou Moustapha Touré, avait reçu le soutien de la Direction de la Pharmacie au Ministère de la Santé publique. A la suite de conflits entre guérisseurs (toujours d'après le président) ou de détournements d'argent (d'après des sources extérieures à ce groupe), l'Association était dissoute en 1981. Néanmoins, l'idée était lancée, l'accueil du Ministère était favorable, rien ne s'opposait à de nouvelles expériences.

Le Cercle des Tradipraticiens de Pikine se situe dans une double perspective. Explicite : observation des résultats d'une vingtaine de guérisseurs de manière à développer une méthode généralisable d'évaluation. Implicite : reconnaissance semi-officielle de ces guérisseurs dès lors qu'ils ont intégré le Cercle. Cheikh Thiam, qui est l'animateur de l'association, est un agent de soins dentaires depuis longtemps intéressé par les pratiques traditionnelles. Ingénieur et brillant, il a profité de la mise en place du système de soins de santé primaires à Pikine pour organiser des réunions sur la médecine traditionnelle et proposer la création d'une structure de recherche évaluative qui a immédiatement reçu le soutien du Projet belgo-sénégalais et du Ministère de la Santé, en particulier les Directions de la Recherche et de la Pharmacie.

Une vingtaine de guérisseurs qui ont entendu parler de son projet sont entrés en contact avec lui. L'évaluation qu'il propose est la suivante. « La première question que je pose, c'est : est-ce qu'ils consultent ? est-ce qu'ils ont des malades ? Pour savoir s'ils sont reconnus au niveau de leur quartier je choisis quelques maisons avec l'aide du délégué de quartier et je vais interroger les gens. » Parmi ceux qui se sont présentés à lui spontanément, ce premier critère n'a pas conduit à des éliminations. « La seconde question c'est : quelle est l'efficacité de leur traitement ? Donc, je leur dis de me citer les cinq maladies qu'ils peuvent soigner. Pas plus pour commencer. Ensuite, je leur demande de m'amener dix cas pour chaque maladie, au moins une fois pour que je puisse vérifier si ce qu'ils disent est vrai. Souvent d'ailleurs, c'est après qu'ils sont guéris que les malades viennent me voir. Le grand problème c'est qu'il y a des interférences avec les traitements des dispensaires, mais je fais comme si de rien n'était : je vois

mes dix malades. » Il tient ainsi soigneusement un cahier sur lequel sont enregistrés les cas et les résultats.

Il donne des exemples particulièrement révélateurs de la méthode (il s'exprime en français) : « L'une des plantes, c'est pour le *kurëbët* (affection cutanée squameuse ou croûteuse pouvant correspondre, parmi bien d'autres pathologies, à un psoriasis, un eczéma, un impétigo) ; au bout de dix jours, les résultats sont nets ; sur six, trois sont améliorés. Une autre plante est pour la constipation ; là, le doute n'est pas permis : j'ai traité ma propre femme et j'ai vu l'efficacité (lors d'un entretien ultérieur ce traitement avait été essayé avec succès chez une trentaine de membres de sa propre famille). Une autre plante, c'est un mélange de cinq racines pilées, est pour l'hypogalactie : c'est d'abord ma femme et mes deux sœurs qui l'ont testé, puis des amies de ma femme ; elles ont toutes eu une montée de lait ; bien sûr maintenant, il reste à analyser le lait. » Toujours dans cette perspective expérimentale appliquée au petit monde familial : « Le traitement que l'un de mes vingt-deux guérisseurs m'a proposé pour le diabète, je le connaissais car je l'avais déjà essayé sur ma mère pour ses rhumatismes et j'avais remarqué que ça lui donnait des signes d'hypoglycémie, c'est-à-dire qu'elle ressentait un refroidissement de la tête » (il s'agit évidemment d'une transcription exacte, y compris de la terminologie médicale).

A l'une de mes visites, un guérisseur sérer s'est présenté chez Cheikh Thiam ; c'est un spécialiste du *loxo* (infection cutanée, localisée aux mains), du *tap* (abcès sous-cutané) et du *xala* (impuissance sexuelle) ; il amenait une jeune femme présentant une volumineuse tuméfaction inguinale laissant échapper un liquide blanchâtre. « Je lui ai donné à boire un produit et l'abcès s'est ouvert. » Cheikh Thiam constate le succès du traitement avec satisfaction et l'enregistre sur son cahier, avant de remplir consciencieusement une fiche de malade en trois exemplaires — un qu'il conserve, un qu'il donne au guérisseur, un enfin qu'il garde pour le rapport d'évaluation. Pendant ce temps, la femme raconte : « Mon mari en a eu de pareils, mais sur les deux cuisses (il s'agit de l'aine). Il avait attrapé cela avec une femme du quartier, je le sais. » L'origine de la tuméfaction qu'elle présentait est bien vénérienne, comme elle le dit : il s'agit de toute évidence d'un chancre mou, dont la tendance à la fistulisation est bien connue ; on peut donc penser que le guérisseur a eu la chance de donner son remède juste avant l'évolution spontanée vers ce qu'il considère comme une guérison — c'est d'ailleurs le conseil malicieux que donnait cha-

que année à ses étudiants un professeur de la Faculté de Médecine de Paris : « Il faut vite instaurer un traitement au malade avant la résolution spontanée des symptômes, dont le bénéfice vous sera ainsi accordé ! »

A travers cette série d'exemples, il s'agit moins de montrer le caractère approximatif de la méthode empirique de Cheikh Thiam que de révéler sa prétention scientifique. On croit entendre en l'écoutant une parodie de la méthode expérimentale en médecine : sélection des guérisseurs sur des critères d'inclusion (s'être présenté à lui spontanément) et d'exclusion (ne pas être reconnu dans son propre quartier) ; définition du nombre de maladies (cinq par guérisseur) et de patients (dix par maladie) ; choix d'un critère de jugement (guérison) ; principe de l'évaluation *a posteriori* (voir le malade après le traitement) ; enregistrement écrit des données (avec même retour de l'information au thérapeute). Certes, on aurait évidemment beau jeu d'énumérer les points qui feraient du projet de Cheikh Thiam un exemple pédagogique des erreurs méthodologiques (totale subjectivité des critères, absence de diagnostic préalable, possibilité pour le guérisseur de ne montrer que ses succès thérapeutiques, interférence non contrôlée avec d'autres traitements, etc.). On sourirait même volontiers des essais réalisés sur les parents et voisins devenus des cobayes du Cercle, si cette évaluation n'avait reçu l'aval du gouvernement, l'appui des médias et un certain écho dans la population — éléments qui témoignent de l'enjeu social du travail de Cheikh Thiam.

Car, au-delà de cette caricature du positivisme, ce qu'on peut y lire, c'est la reconnaissance d'un petit groupe de guérisseurs et de leur animateur. Sérigne Lo, l'un des membres du Cercle, arbore ainsi avec ostentation un écriteau réalisé par l'association et affirmant son appartenance : « Cercle des Tradipraticiens de Pikine / Kurelu Fajkatu cosanu pikin », avec comme emblème un chapelet (instrument du marabout) entourant une plante (pharmacopée traditionnelle), une corne (objet de protection) et un cauri (coquillage de divination). On entre chez lui, attiré par l'inscription fixée sur son mur : assis au milieu de la cour et entouré de quelques élèves et amis, le maître reçoit ses patients. Homme affable, il répond facilement à mes questions. Son secret, c'est un mélange de cinq plantes, qu'il appelle *sifavouldjismi*, et qui, grâce à son caractère composite, « assure la guérison de nombreuses maladies occasionnées par la syphilis » — ainsi que le révèle le document ronéotypé qu'il me tend. Suit l'énumération de douze maladies sur lesquelles il est efficace : « Fièvre jaune, ulcère,

cancer, diabète, tension, syphilis, lèpre, matheu, diargogne, seddhe, bourband, asma », et un mode d'emploi très détaillé jusque dans les conseils d'hygiène : « Conservez soigneusement votre quantité d'eau de sifavouldjismi dans votre réfrigérateur ou dans un endroit dans votre chambre — ceci pour éviter tout contact de saleté qui peut entraîner d'autres maux. »

Et le texte se conclut ainsi : « Par le biais de ce récit du guérisseur Sérigne Cheikh Lo, bibliothèque de la médecine traditionnelle, les médecins de tout ce globe ont la possibilité de découvrir beaucoup de médicaments pour mener à bien leurs expériences sur certaines maladies. » Son secret, qu'il dit avoir acheté à un Wolof pour 30 000 F, lui en rapporte aujourd'hui 4 500 par traitement, et pour faire face à l'importante demande de médicaments, il doit employer deux assistants. Depuis deux années qu'il a intégré le Cercle et qu'il bénéficie de son soutien, son affaire est devenue prospère et fonctionne à la manière d'une petite entreprise : les plantes sont apportées de brousse et pilées en grandes quantités, puis étiquetées sur des étagères avant d'être mélangées ; dans la chambre de préparation, outre les racines et les poudres, on voit des stencils qui séchent en attendant de resservir aux opérations publicitaires du maître.

Les guérisseurs que Cheikh Thiam s'efforce actuellement d'« homologuer », selon son expression, sont ainsi le plus souvent des thérapeutes à mi-chemin entre le marabout itinérant et l'herboriste sédentaire, ne se référant pas à une tradition héritée mais plutôt à un secret appris, usant plutôt de la pharmacopée que de la magie, transformant, lorsque la réussite leur sourit, leur pratique en commerce. Ce sont les plus habiles et fréquemment les moins reconnus, ceux qui ont compris l'intérêt de prestige — et par conséquent les bénéficiaires financiers — qu'ils pouvaient tirer du label officiel qui leur est donné par le Cercle. Qu'auraient à faire d'une carte de guérisseur telle que Cheikh Thiam en fournit à ses associés, un contre-sorcier comme Demba Sall, une guérisseuse comme Mbouleyrou Ka ou un marabout comme Sérigne Mbaye Diakhaté, thérapeutes à qui la reconnaissance dans leur quartier, leur village, leur groupe ethnique, semble suffire ? On imagine mal les hommes de savoir réputés du Fouta ou du Saloum s'inscrivant dans un cercle pour recevoir une attestation du Ministère de la Santé publique.

Contrairement à l'objectif explicite de donner une nouvelle légitimité à la médecine traditionnelle, le Cercle de Tradipraticiens de Pikine n'est-il pas en train de faire simplement reconnaître quelques-uns

parmi les plus « malins » des guérisseurs et surtout, par son projet pseudo-scientifique, de réduire les pratiques autochtones à l'usage de quelques plantes, en négligeant la diversité de ses formes et de sa prise en compte du social ? Dès lors, que peut-on penser de la deuxième phase du projet, que Cheikh Thiam essaie de lancer : « Je vais proposer — je ne dis pas l'intégration car je ne crois pas à ce mot —, mais de placer un guérisseur dans deux ou trois dispensaires pour que l'infirmier puisse lui référer des malades et aussi que le guérisseur puisse en référer l'infirmier » ?

### 3 | Une encyclopédie de la médecine traditionnelle

Tout autre est le projet du D<sup>r</sup> Eric Gbodossou, directeur béninois de la Médecine scolaire à Dakar. « Depuis un quart de siècle, dit-il, je me suis intéressé à cette science, à la médecine traditionnelle et à la pharmacopée traditionnelle. » A partir de 1976, chaque année, il organise une rencontre avec des guérisseurs du pays sérér. Il s'agit de confronter des savoirs plutôt que de les valider : « Pour moi, tout le travail scientifique qui a été fait sur la médecine traditionnelle ne peut aboutir à rien ; il faut cesser de la juger selon nos critères biologiques, ce qu'il faut c'est la comprendre ; il est temps de changer notre fusil d'épaule. »

Cette façon de voir rencontre l'adhésion du directeur du Bureau de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, à Brazzaville, qui lui demande de rédiger un projet. Eric Gbodossou présente donc une demande de recherche, comportant l'institution de rencontres annuelles avec des guérisseurs et devant déboucher sur la publication d'une *Encyclopédie de la Médecine traditionnelle*. C'est ainsi que se développe l'Association des guérisseurs du Sine Saloum, sans formalisme (pas de carte ou d'attestation), mais non sans un certain retentissement dans la presse, notamment à l'occasion de la réunion d'avril 1985 à laquelle sont conviés les journalistes. C'est ainsi également que sont publiés deux premiers tomes d'une encyclopédie qui tente de dépasser les habituels catalogues de recettes pour restituer « les grands concepts africains » et « la vision des cinq composantes de l'homme ».

Toutefois, convaincu comme H. Bannerman, alors directeur du Programme de Médecine traditionnelle à l'OMS, que « le désenchantement

ment est très répandu à l'égard des soins de santé » (1983) et comme M. Koumare, directeur général de l'Institut national de Recherche en Pharmacologie et Médecine traditionnelle de Bamako, que « la santé est perçue à la fois dans ses dimensions somatiques, psychologiques et sociales » par les guérisseurs (1983), Eric Gbodossou souhaite aller plus loin que ses rencontres et ses publications. Et comme je le pousse à m'expliquer ce qu'il compte faire des guérisseurs qu'il revoit régulièrement, il finit par déclarer, recourant à une formulation très hypothétique : « Supposons par exemple que l'on fasse un centre, appelons-le Centre de Médecine traditionnelle, où l'on sache que l'on puisse guérir le diabète, l'ictère, les stérilités, etc. Les malades pourraient alors venir, en sachant que c'est un centre reconnu officiellement, et s'y feraient soigner pour une somme modique. » Et un peu plus tard, de manière encore plus explicite : « S'il y a reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle, immédiatement le charlatanisme va disparaître, car si les malades viennent au centre, alors ils n'ont plus besoin de recourir aux charlatans. »

Préoccupation sociale, on le voit : meilleur accès aux soins traditionnels, prix plus modérés, exclusion des charlatans. Mais comment reconnaître le bon grain de l'ivraie, l'authentique guérisseur de l'imposteur sans scrupule ? A cette question, Eric Gbodossou ne peut que répondre : « On sait bien qui sont les vrais et qui sont les faussaires. » Peut-on d'ailleurs dire autre chose ? Comme on l'a déjà souligné à propos de la question du charlatanisme, toute ligne de partage est arbitraire. Et puisqu'il ne veut pas recourir à une évaluation expérimentale du type de celle de Cheikh Thiam, il est contraint de sélectionner ses élus sur des critères résolument subjectifs : les siens, ceux du chef de village ou du délégué de quartier — qui évidemment ne sont pas neutres sur cette scène où se joue la légitimité de quelques-uns.

Quels que soient les moyens retenus, l'objectif final est, cette fois encore, la reconnaissance officielle des guérisseurs. Eric Gbodossou semble considérer *a priori* qu'il s'agit d'un problème de survie, c'est-à-dire qu'une menace pèse sur la médecine traditionnelle à la fois par la disparition des grands thérapeutes, par la concurrence des charlatans et par la prééminence de l'Etat, et que la seule réponse à cette situation est l'institutionnalisation, à travers des réunions officielles, des ouvrages qui préservent le savoir de la mort, des centres où soit garantie l'authenticité des pratiques. Mais les choix volontaristes constituent-ils la meilleure façon de « sauver les traditions » ?

#### 4 | Une polémique autour d'un centre de lépreux

Le virulent échange d'articles entre le P<sup>r</sup> Iba Mar Diop, doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar, et le P<sup>r</sup> Yvette Parès, directrice du Centre de Recherches biologiques sur la lèpre (*Le Soleil*, 14 et 25 mars 1985) avait de quoi surprendre le lecteur non averti : ne s'agissait-il pas en effet d'une dénonciation, par un professeur africain, de travaux sur la médecine africaine, menés par une chercheuse française, le premier en tant que « clinicien et infectiologue » défendant la science moderne, et la seconde faisant appel au « savoir ancestral, héritage culturel de très haut niveau et d'une valeur inestimable ». Le public d'ailleurs ne s'y trompe pas : « Et il faut que ce soit une étrangère qui vienne défendre notre tradition », écrit un lecteur dans ce même quotidien.

« Docteur en sciences, docteur en médecine, diplômée de microbiologie, ingénieur-conseil auprès de deux sociétés (BRGM et Péchiney), chef du Département de Biologie végétale, directrice du Centre de Recherches biologiques sur la lèpre, directrice du Centre de Soins de Keur Massar » (*Le Soleil*, 25 mars 1986), comme elle aime à le rappeler, le P<sup>r</sup> Parès a fait la connaissance, alors qu'elle travaillait sur la lèpre, d'un guérisseur peul nommé Dady Diallo dont elle se déclare le « talibé », c'est-à-dire le disciple (*Le Soleil*, 3 janvier 1985). Elle l'a suivi en brousse pour apprendre à reconnaître les plantes, couper les racines, préparer les remèdes. « Actuellement, m'a-t-elle expliqué un jour, je viens d'être reçue au sein d'une Académie des Guérisseurs d'Afrique de l'Ouest. C'est tout à fait comme une Académie de Médecine, en ce sens qu'elle réunit les plus grands spécialistes du savoir traditionnel. »

Ainsi comblée de titres et d'honneurs de tous côtés, elle mène ses recherches à la fois à la Faculté de Pharmacie où elle a un grand laboratoire et au Centre de Keur Massar, à la sortie de Pikine, où elle soigne traditionnellement les lépreux. En 1976, elle crée la surprise dans le monde médical en annonçant qu'elle vient de cultiver le bacille de la lèpre en boîte de gélose alors que, jusqu'alors, la seule façon de reproduire la maladie était de l'inoculer au tatou à neuf bandes d'Amérique ! Un comité d'experts vient vérifier sa découverte et conclut à artefact (il ne s'agit pas du bacille de Hansen, mais comme le dit le P<sup>r</sup> Iba Mar Diop d'une « souillure »). Dès lors, ses recherches, discréditées dans les milieux scientifiques, vont se poursui-

vre dans le secret : elle n'admettra plus aucune vérification de ses résultats à la Faculté comme à Keur Massar, continuera à clamer qu'elle cultive le bacille dans un laboratoire protégé par une tête de mort et qu'elle a guéri des milliers de lépreux par les plantes.

Avant d'ouvrir son centre traditionnel près de Pikine, elle avait fait plusieurs tentatives autour de Dakar, dans ces villages de Yoff et de Cambéréne qu'elle avait dû quitter, « car les lépreux en avaient été chassés à coups de pierre ». Keur Massar, plus isolé, situé à une quarantaine de kilomètres de la capitale, évitait des mésaventures aussi pénibles. En quelques années, le centre passait de six malades (à l'ouverture en 1980) à cent soixante-dix (en 1986) et d'un à trois guérisseurs ; aujourd'hui, le centre compte même une école primaire pour soixante-deux élèves lépreux. En dehors même de Keur Massar, le P<sup>r</sup> Parès envoie ses plantes dans onze villages de lépreux.

Son projet, elle l'expose dans une vibrante exhortation au P<sup>r</sup> Iba Mar Diop (*Le Soleil*, 25 mars 1986) : « Monsieur le Doyen, veuillez maintenant laisser travailler en paix, non pas un confrère, mais un consœur qui a choisi les malades les plus déshérités, les laissés-pour-compte. » Il s'agit d'une mission rédemptrice : « Sauver ces êtres déchus que sont les lépreux, de la laideur et de l'horreur » (*Le Soleil*, 25 et 26 janvier 1986). L'inspiration est divine : « Le salut des malades repose sur le savoir ancestral... Il repose aussi sur les plantes de la nature, c'est-à-dire la Pharmacie de Dieu » (*Le Soleil*, 25 mars 1986). Elle en appelle donc au sentiment religieux de son contradicteur : « J'invite Monsieur le Doyen à faire le pèlerinage à Keur Massar. Il en reviendrait sans doute converti » (*Le Soleil*, 25 mars 1986).

Dès lors, on ne s'étonne plus du soutien des pouvoirs religieux. Ainsi, Mountaga Tall, l'un des deux chefs de la confrérie tidjane, descendant de l'illustre El Hadj Oumar, fait une visite dans le centre de lépreux le 30 décembre 1984, et exhorte « les personnes nanties du pays et le gouvernement à aider l'hôpital traditionnel de Keur Massar » ; quelque temps plus tard, un chef religieux d'Arabie Saoudite lui fait don d'une somme importante. Même les associations humanitaires chrétiennes s'associent à ce mouvement en faveur du P<sup>r</sup> Parès, et quelle n'est pas ma surprise lorsque, rentrant de Dakar en mars 1986, je découvre dans ma boîte à lettres le dernier numéro de *Messages*, mensuel du Secours catholique, où l'on demande de soutenir, parmi d'autres actions menées dans le Tiers Monde, le centre de lépreux de Keur Massar ! Dans le même temps, la presse s'est mobi-

lisée, les lecteurs ont écrit au *Soleil* (voir, par exemple, la lettre de Mbagnick Ndiaye le 25 mars 1986), et à l'occasion de la journée annuelle de la lèpre, dans un dossier spécial intitulé : « Le fléau de tous les temps », deux pages sont consacrées au P<sup>r</sup> Parès et seulement une et demie aux activités de la recherche scientifique (*Le Soleil*, 25-26 janvier 1986). Le centre de Keur Massar est devenu une affaire nationale. De scientifiques, les instances de légitimation sont devenues populaires : la science légitime s'est déplacée de la Faculté de Médecine à la presse nationale.

Mais c'est pourtant bien de légitimité officielle qu'il s'agit. Le P<sup>r</sup> Parès rappelle ainsi « les paroles de félicitation et d'encouragement que nous avait adressées M. Balla Moussa Daffé, ministre de la Santé publique » (*Le Soleil*, 25 mars 1986). Elle remercie également pour leur aide, et parmi d'autres, « l'Ambassade du Canada à Dakar et la Mission française d'Aide et de Coopération » (*Le Soleil*, 25 et 26 janvier 1986). Si elle revendique sa collaboration avec les « médecins de l'Afrique ancienne et de toujours », elle n'oublie pas de s'en référer aux instances officielles scientifiques et n'hésite pas à comparer son isolement intellectuel à celui de Pasteur au moment de ses découvertes (*Le Soleil*, 25 mars 1986).

En fait, le P<sup>r</sup> Parès, figure la plus contestée du monde médical sénégalais, et pourtant l'une des personnalités les plus populaires dans le public, est devenue la caution scientifique de la réhabilitation de la médecine traditionnelle : « Le D<sup>r</sup> Yvette Parès, docteur en sciences et docteur en médecine, a accepté une remise en question de la médecine occidentale dont elle garde les acquis cependant pour devenir le talibé du guérisseur peul Dady Diallo » (*Le Soleil*, 7 janvier 1985) ; « Mlle Parès passe aux yeux des non-initiés comme le docteur qui fait autorité dans la lutte contre cette maladie qui fait beaucoup de mal ; mieux, elle a gagné l'estime de beaucoup de Sénégalais qui croient aux effets des plantes locales ; car en scientifique elle s'est tournée vers un secteur méprisé souvent par certains non-chercheurs » (*Le Soleil*, 25 et 26 janvier 1986). Elle donne ainsi une légitimité scientifique au « savoir ancestral », tout comme le ministre ou le khalife, en lui rendant visite, donne à ses travaux et, à travers eux, à la médecine traditionnelle, une légitimité officielle.

Par ces trois études de cas qui n'épuisent pas la diversité des formes nouvelles de légitimation dans le champ thérapeutique, on voit néanmoins certains principes communs.

La remise en cause des légitimités au Sénégal reflète, d'une part, l'incapacité de la médecine moderne à prendre en charge la totalité des aspects — notamment psychiques et sociaux — de la maladie, et d'autre part, la situation dominante occupée aujourd'hui par l'autorité rationnelle de la science et l'autorité légale de l'Etat. Autrement dit : on demande à la médecine traditionnelle d'occuper l'espace laissé vacant par les insuffisances des dispensaires et des hôpitaux, mais on veut qu'elle le fasse avec un statut officiel et qu'elle soit reconnue selon les mêmes critères que la médecine moderne. Dans ce discours ambigu où l'on demande à la loi de légitimer la tradition — on pourrait parler, en termes wébériens, de rationalisation et de légalisation de la légitimité traditionnelle —, le public se retrouve aux côtés de nombre d'infirmiers, de médecins, de fonctionnaires de l'Etat, également pris dans les contradictions d'un héritage ancestral et d'une formation scientifique. Dès lors, on comprend que des infirmiers aient dans leur poste de santé des plantes qui leur servent à traiter certaines maladies, que des médecins entreprennent des expertises sur les pharmacopées locales, que des ministres accordent leur soutien à des travaux sur la médecine traditionnelle.

Néanmoins, il importe de ne pas perdre de vue les intérêts objectifs des acteurs sociaux qui animent ces recherches. Pour Cheikh Thiam, les bénéfices de son entreprise sont à la fois une popularité nationale dans le grand public — il aime à parler de ses interviews à la radio, de ses émissions de télévision, de ses articles de journaux —, et une reconnaissance officielle par l'Etat — il évoque volontiers la visite du ministre ou l'audience par le chef de cabinet ; en quelques années, l'agent de santé communautaire spécialisé dans les soins dentaires est devenu un favori des médias et un familier des ministères. Pour Eric Gbodossou, les recherches menées sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé lui assurent une audience africaine, la publication d'une encyclopédie, l'autorité de l'expert international, en même temps que l'estime du public sénégalais et la gratitude des guérisseurs ; il est donc gagnant sur les deux tableaux — homme de la science moderne et sauveur de la médecine traditionnelle. Pour Yvette Parès enfin, la situation est en quelque sorte inversée puisqu'elle est une Occidentale qui accroît son prestige personnel — entamé dans la communauté scientifique locale — par une reconnaissance dans la presse et le public, dans les instances politiques et religieuses. Dans les trois cas, semblables en cela au maire de Pau — dont parle

P. Bourdieu (1982, 61) — qui condescend à parler le patois béarnais à ses concitoyens et en obtient un surcroît de légitimité, les représentants de la médecine moderne loin de se perdre en soutenant les guérisseurs, en gagnent au contraire une autorité supplémentaire : celui qui se donne le pouvoir de légitimer se légitime lui-même. Il y a donc convergence des convictions personnelles et des intérêts objectifs.

Mais en ce qui concerne les responsables nationaux ou internationaux, les stratégies sont encore plus évidentes. Pour le Ministère de la Santé publique ou pour la Direction de la Pharmacopée, il s'agit de montrer que le gouvernement tient compte des aspirations de la population, admet la validité du savoir autochtone, revendique la culture africaine ; dans le même temps, accorder plus de reconnaissance officielle aux guérisseurs, c'est repousser la question des difficultés de l'accès aux soins, notamment en zone rurale, en affirmant que les praticiens traditionnels peuvent faire partie du système de santé. Pour les organismes internationaux, et particulièrement l'Organisation mondiale de la Santé, il s'agit de mettre en œuvre « l'incorporation des systèmes de santé traditionnels dans le système de soins officiel », « l'intégration des accoucheuses traditionnelles », la formation des « tradipraticiens qui sont les véritables agents de santé communautaires » (Bannerman, 1983) : c'est, pour le directeur du Programme de Médecine traditionnelle de l'OMS, la seule façon de remédier au problème du « coût élevé des médicaments », du « prix des services tel que seuls l'élite et les citoyens aisés peuvent y recourir », du « faible rendement des soins de santé » ; la réhabilitation et l'intégration de la médecine traditionnelle constituent donc, dans cette optique, la solution la moins coûteuse économiquement et politiquement.

En essayant de comprendre les stratégies des acteurs sociaux — individuels ou collectifs —, on ne cherche pas à dénier leurs motivations personnelles souvent fortes, mais plutôt à montrer les enjeux sociaux des nouvelles formes de légitimation. La médecine traditionnelle en Afrique noire est actuellement au cœur de changements qui la remettent en cause, en particulier l'extension des réseaux de soins de santé primaires qui rapprochent les populations de la médecine moderne et l'accroissement du champ d'intervention de l'Etat qui cherche à mieux contrôler les activités sanitaires. Face à ces mutations de la société, des réponses faciles ont été données : l'intégration des guérisseurs aux services de santé, la reconnaissance de leur pratique par les pouvoirs publics, voire leur organisation en profession ont été proposées par des gouvernements africains et par des organismes internationaux.

En fait, les conséquences de telles décisions n'ont pas été analysées. Comme l'écrit A. Zempléni (1981), « la professionnalisation et l'officialisation des médecines africaines sous la tutelle scientifique et éthique de la médecine cosmopolite modifieraient considérablement les conditions d'exercice et par conséquent l'efficacité de ces médecines » ; on a vu ainsi comment l'association de Cheikh Thiam attirait préférentiellement les thérapeutes les moins reconnus et faisait disparaître la dimension sociale du traitement derrière l'évaluation de la seule pharmacopée. Et si l'on conçoit le désir de médecins comme Eric Gbodossou de distinguer les vrais des faux guérisseurs, on a vu l'impossibilité de résoudre autrement qu'arbitrairement cette question ; pour citer encore A. Zempléni (1981) : « l'écrasante majorité des démarches médicales proprement africaines ne se prêtent pas à de telles procédures de vérification expérimentales », et « les ressorts de leur efficacité sont à rechercher dans l'interaction des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales que nos connaissances actuelles ne permettent pas d'abstraire du contexte sémantique où elles exercent leurs effets ». Et la polémique autour du centre de Keur Massar et de la personne même d'Yvette Parès ne fait que confirmer « l'impossible synthèse entre médecine traditionnelle et occidentale » (Bibeau, 1985), c'est-à-dire l'absence de critères d'évaluation scientifiques et la nécessité de recourir à des choix idéologiques.

## QUATRIÈME PARTIE

---

### **Jeux et enjeux des pouvoirs**

La mise en jeu des pouvoirs dans les sociétés africaines — et probablement en est-il de même dans toute société — fait intervenir un champ beaucoup plus vaste que celui auquel on a l'habitude de penser sous le terme de pouvoir (au singulier, et parfois avec une majuscule), considéré de manière restrictive dans le champ politique. Comme l'avait déjà noté L. B. Glick (1967), qui faisait des pouvoirs le principe central et universel de la délimitation d'un système médical, et surtout comme l'a montré M. Augé (1975a, xxii), qui distingue un pouvoir blanc — celui, historique, de la colonisation — et des pouvoirs noirs — ceux où s'exercent « les vertus efficaces attribuées aux différentes instances psychiques de la personne » —, la notion de pouvoir recouvre l'ensemble des représentations et des pratiques par lesquelles un individu ou un groupe entre dans un rapport de domination avec d'autres : il peut s'agir de pouvoir politique, religieux, économique, magique, thérapeutique, etc. Le pouvoir fait donc jouer le social dans sa totalité et les structures sociales dans leurs relations d'inégalité : toujours il met en scène celui qui l'exerce et celui qui le subit (et qui peut bien entendu en tirer également un bénéfice). Ainsi, lorsqu'il sera question successivement des pouvoirs politiques, religieux, économiques et thérapeutiques, il s'agira bien sûr d'une simplification empruntant à des découpages traditionnels de l'anthropologie et ne reflétant pas exactement la complexité d'interactions entre ces divers domaines. Cependant, comme on le verra, cette division académique reproduit une division sociale dont la réalité est particulièrement perceptible en ville : c'est la tendance des pouvoirs à se dis-

societ et à se différencier en domaines possédant chacune leurs propres règles du jeu.

Le problème général abordé ici est celui des rapports entre les pouvoirs de soigner — et plus généralement les forces naturelles et surnaturelles attachées à une personne —, et les pouvoirs collectivement mis en œuvre pour gérer et interpréter le social — qu'il s'agisse de politique, de religion ou d'économie. En d'autres termes : comment les pouvoirs thérapeutiques et magiques produisent-ils du politique, du religieux, de l'économique ? et comment, à l'inverse, les pouvoirs politique, religieux ou économique légitiment-ils ou contestent-ils les guérisseurs, les marabouts, les infirmiers, les médecins ?

## Les pouvoirs politiques

En quoi la maladie a-t-elle à voir avec les affaires politiques ? La question peut paraître déplacée (laissant à croire en une collusion des mondes médical et politicien) ou anecdotique (se référant à la situation de quelques intrigants). Elle ne l'est pas. La lecture des journaux, l'observation du quotidien, les discussions avec les gens, les entretiens auprès de thérapeutes font apparaître une interdépendance étroite entre les pouvoirs thérapeutiques et politiques. Pour l'exprimer autrement, la santé est sans cesse un enjeu politique, et la vie politique se nourrit de ses relations avec ceux qui, médecins ou marabouts, interviennent dans le domaine de la santé. C'est ce qu'on essaiera de montrer ici, à travers des illustrations extraites de la vie des guérisseurs, comme de celle des dispensaires. Mais pour comprendre les enjeux de ces pouvoirs, il est nécessaire de s'intéresser aux rouages et aux arcanes de l'organisation politique locale.

### 1 | Le Parti et la politique

La structure politique en ville repose sur une triple hiérarchie : celle du Parti socialiste, celle de l'administration, celle de la municipalité et du département. En fait, ce découpage théorique est en permanence remis en cause par le cumul des postes (le secrétaire général du comité du Parti socialiste est souvent délégué de quartier, le maire est habituellement le secrétaire général de l'une des trois coordinations

du Parti socialiste, etc.) et par le non-respect des fonctions (un secrétaire général de comité peut intervenir sur un problème administratif à l'encontre de son délégué de quartier dont c'est pourtant le champ d'action). La présentation que l'on peut en faire ne peut donc guère correspondre qu'à un modèle rarement observé dans la réalité.

Le comité local du Parti socialiste est constitué par la réunion de 150 personnes, concrétisée par l'achat de 150 cartes de membre. Loin d'être un mouvement populaire spontané, il est en fait le fruit d'une stratégie locale par laquelle une ou plusieurs personnes accèdent à un pouvoir, à la suite généralement d'un conflit au sein du comité déjà existant. Comme me l'ont expliqué plusieurs secrétaires généraux de comité, pour arriver à la masse critique de 150, les cartes sont souvent acquises par quelques-uns qui s'y inscrivent sous différents noms, ou bien sont vendues autoritairement à l'occasion d'une fête de quartier. On disait qu'un secrétaire général de coordination avait dû vendre deux maisons pour payer les cartes achetées et non vendues grâce auxquelles il avait obtenu son poste... Une assemblée générale choisit à main levée le secrétaire général et les membres du bureau à côté desquels siègeront également le bureau des femmes et le bureau des jeunes. La composition du comité est officiellement reconnue par le responsable de coordination. La hiérarchie comprend en effet, de la base vers le sommet : la sous-section qui regroupe quatre ou cinq comités, la section qui réunit deux ou trois sous-sections, la coordination qui rassemble cinq à dix sections ; il y a trois coordinations pour le département de Pikine ; au-dessus des coordinations, se trouvent les instances régionales et nationales.

Le délégué de quartier, représentant de la population en même temps qu'émanation du pouvoir administratif, est un personnage avant tout politique. Il joue en général le rôle principal au niveau du quartier, et les conflits qui l'opposent éventuellement au secrétaire général du comité se terminent le plus souvent par le renvoi de ce dernier. D'ailleurs, les modalités de sa nomination éclairent cette relation duelle. Le plus souvent, le secrétaire général, une fois son comité présenté et reçu par la population et par les autorités politiques, propose la création d'un quartier et soumet sa propre candidature à la tête de celui-ci. Comme il est depuis l'origine l'instigateur de cette stratégie, il est presque toujours élu par ceux qui l'ont jusque-là soutenu. Il peut alors, soit conserver son secrétaire général — et cumuler ostensiblement tous les pouvoirs locaux, ce qui ne manque pas d'attirer certaines rivalités — soit nommer « son » secrétariat général — homme

de paille qui peut parfois prendre de l'envergure et devenir un adversaire imprévu.

Le délégué de quartier, principal détenteur de pouvoirs locaux, gère la vie quotidienne de 2 500 personnes en moyenne (avec des disparités de taille, des quartiers allant au moins du simple au décuple) : implantation d'une borne-fontaine, information sur les vaccinations, célébration d'un baptême, discussion des affaires du pays, réception d'un hôte de marque, etc. Il règle les conflits, qu'il s'agisse de contestation d'un terrain ou d'une affaire d'adultère. Il cumule ainsi les pouvoirs exécutif et judiciaire, les fonctions autoritaire et honorifique. Alors que le secrétaire général est la cible des critiques lorsque le gouvernement prend une décision impopulaire, le délégué de quartier déclare qu'il ne fait pas de politique, qu'il n'est qu'un responsable administratif et qu'il saura défendre les intérêts de ses populations.

Mais tous les délégués de quartier n'ont pas la même légitimité officielle : la créativité linguistique de l'administration s'est manifestée dans l'invention de deux termes pour désigner ceux qui bénéficiaient d'une reconnaissance légale — « décisionnaires » et « attestataires » —, laissant les autres dans un silence nominal qui leur évite le qualificatif d'irréguliers. Les décisionnaires, investis de la légitimité que leur confère la « décision » du Ministre de l'Intérieur, sont les moins nombreux, notamment dans les quartiers irréguliers où l'on assiste à un surdécoupage (une douzaine de décisionnaires sur une centaine de délégués). Les attestataires bénéficient de la reconnaissance du secrétaire général de coordination, mais n'ont pas encore accédé à l'échelon ministériel ; de ce fait, ils ne reçoivent pas l'indemnité mensuelle de 7 000 F qui revient aux décisionnaires. Enfin, les irréguliers, qui constituent probablement l'effectif le plus important, n'ont que la légitimité populaire dont on a vu qu'elle correspondait en fait à la mise en œuvre de relations de clientélisme politique. L'autorité hiérarchique sur les délégués de quartier — au moins ceux qui sont reconnus officiellement — est constituée par le Ministre de l'Intérieur qui nomme le gouverneur de région et le préfet de département ; ce dernier est le supérieur direct des délégués de quartiers.

Dernière structure politique locale, la municipalité est issue du suffrage universel direct et aboutit à l'élection de conseillers municipaux qui choisissent le maire. En l'absence d'opposition — aux élections municipales de 1984, les divers partis d'opposition n'ont obtenu aucun siège municipal dans le pays —, la composition de la mairie se superpose à celle de la hiérarchie du Parti socialiste : à Pikine, les

trois premiers élus municipaux sont les secrétaires généraux des trois coordinations. Finalement, la bataille politique se résume à un conflit entre factions à l'intérieur d'un parti unique : en 1984 l'alliance des élus municipaux de Guedjawaye et de Yeumbeul contre ceux de Pikine permet l'élection du maire et de son premier adjoint et conduit au fracassant renoncement du Secrétaire général de la Coordination de Pikine, Kabirou Mbodj, au poste de second adjoint. Pour ajouter à la complexité de la description, le pouvoir législatif est investi dans les mêmes personnes et le député de Pikine en est en même temps le maire.

En fait, l'ambiguïté fondamentale du pouvoir politique local vient de la confusion des fonctions du délégué de quartier, en théorie administrateur, et en réalité politicien : dépendant donc en théorie de l'autorité du préfet, il reconnaît en réalité la hiérarchie du Parti socialiste qui se confond avec les structures de la municipalité. En cas de conflit avec le préfet, les délégués de quartier font appel aux secrétaires généraux et aux conseillers municipaux pour obtenir la mutation du préfet. Se sachant fragile dans son poste, et connu comme tel par les délégués de quartier, le préfet n'a ainsi qu'un poids limité face aux intrigues des hommes politiques locaux.

De cette présentation, brossée à grands traits, de la vie politique des quartiers, laquelle nécessiterait, dans chaque cas particulier, une analyse plus subtile, on peut tirer une idée assez générale : toute relation de pouvoir s'établit, au niveau local, par le jeu du clientélisme. Cette idée centrale permettra de comprendre pourquoi les pouvoirs personnels du guérisseur le placent au cœur du politique, pourquoi il n'y a pas d'élection sans marabouts, pourquoi le comité de santé est un lieu de pouvoir si convoité, pourquoi enfin une épidémie peut devenir un enjeu politique — ce qui va être discuté maintenant.

## 2 | Un guérisseur dans la ville

Vieil homme frêle à la voix brisée, Maguet Ka nous reçoit dans sa baraque aux planches incertaines ; sa chambre est ornée de portraits de Léopold Sédar Senghor, d'Abdou Diouf, de Kim Il Sung, Président de la Corée du Nord, et d'images naïves représentant Cheikh Bou Kounta, prophète de la Qadiriyya, auprès d'un lion placidement

étendu à ses pieds ; assis sur le bord de son lit à baldaquin vétuste et branlant, le chef de quartier de Wakhiname II parle avec un sourire las et bienveillant.

Son enfance a été celle d'un Peul semi-sédentarisé accompagnant les troupeaux de moutons et de chèvres dans les pâturages du Diéri (autour de Mbacké). Il est venu à Dakar en 1946 pour passer son permis de conduire et apprendre un métier ; il y a travaillé comme apprenti pendant trois ans, puis comme ouvrier jusqu'à l'âge de 52 ans, a perdu son emploi en 1962, et n'a commencé à percevoir une retraite que depuis 1975. Dans le même temps, sa vie politique connaissait une fortune meilleure : dès 1948, il est militant au Bloc africain, puis devient en 1949 président de son comité d'action (service d'ordre du Parti), et en 1951 secrétaire général du comité de son quartier ; dans les années qui précèdent l'Indépendance, la rivalité entre Léopold Senghor — qu'il soutient — et Lamine Gueye — qui sera battu aux élections de 1951 et 1957 — a des prolongements dans les quartiers où s'affrontent représentants du Bloc populaire sénégalais (BPS) de Senghor et du Parti socialiste d'Action sénégalaise (PSAS) de Gueye. A Wakhinane, la victoire locale du BPS et la création d'un nouveau comité permettent à Maguet Ka de devenir délégué de quartier en 1963 ; il abandonne alors son poste de secrétaire général du comité auquel il fait élire son secrétaire général adjoint, tout à sa dévotion. La notoriété locale dont il bénéficie augmente soudainement en 1972, lorsque, devant les menaces de « déguerpissement » de son quartier, il va plaider la cause des habitants auprès du préfet de Dakar, lui demandant un délai de cinq jours pour passer les fêtes de la Tabaski : les cinq jours se transforment en trois ans et l'expulsion n'est ordonnée qu'en 1975 ; tel est du moins le récit qu'il en fait pour y déployer avantageusement son rôle.

S'il est devenu homme de pouvoir à Dakar, reconnu et respecté, c'est aussi qu'il était héréditairement un homme de pouvoir au Diéri : les modalités ont changé, l'ascendant sur le groupe est resté. Au village, il appartient à une famille de *arDooBé*, propriétaires fonciers et maîtres des terres : avant que la « révolution maraboutique » des *tooroBBé*, religieux islamiques, n'ait remis en question, tout au long du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle, leur puissance, les *arDooBé* exerçaient les pouvoirs politiques alors que les *tooroBBé* détenaient les pouvoirs religieux ; aujourd'hui encore, dans beaucoup de villages du Fouta Toro, ils ont conservé leurs prérogatives politiques et le contrôle foncier. Dans la lignée maternelle des Ba et la lignée paternelle des Ka, entre

lesquelles les alliances matrimoniales ont toujours maintenu l'endogamie non seulement de groupe (nobles) mais aussi de chefferie (*ar-DooBé*), l'exercice de la domination sur les captifs, les castés et même les marabouts s'est transmis jusqu'à Maguet, premier fils à quitter le village pour la ville. L'accès à des postes stratégiques dans la banlieue de Dakar — comité d'action, puis comité du Parti, enfin délégation de quartier — apparaît donc comme un prolongement de la présence séculaire de sa famille dans la politique locale au Diéri.

Une différence essentielle vient pourtant de ce que les règles du jeu se sont modifiées : si, au village, sa naissance lui assurait le droit au pouvoir et la succession de son père Samba Ka, elle ne joue plus, à la ville, qu'un rôle accessoire dans une concurrence où l'habileté personnelle et le clientélisme politique sont les principaux ingrédients du succès. Non pas que les relations de dépendance soient absentes des villages, mais elles y sont codifiées précisément et paraissent peu ébranlables, du moins pour celles qui sont liées à l'appartenance à un groupe statutaire (caste) ; au contraire, à la ville elles reposent sur des principes parfois concurrents — dépendances politique, religieuse, économique —, et donnent une impression d'instabilité — l'ami d'hier devenant fréquemment le rival de demain. Autrement dit, si les enfants de Samba Ka devaient nécessairement succéder à leur père à la chefferie de village, en revanche les enfants de Maguet Ka n'ont qu'une chance extrêmement réduite de prendre un jour la suite de leur père comme chef de quartier, poste pour lequel ils ne semblent d'ailleurs manifester aucun intérêt.

Mais il est une autre forme de pouvoir que Maguet Ka a su utiliser dans son ascension politique dakaroise : ce sont les pouvoirs attachés à sa personne — pouvoirs de guérir la maladie, de donner le succès, mais aussi pouvoirs d'apporter le malheur. Qui sait, lorsqu'il rend justice dans un différend entre deux propriétaires qui se disputent une parcelle de terrain ou entre deux femmes qui s'accusent de vol ou d'adultère, qui sait si l'autorité de son arbitrage vient plus de sa fonction officielle de délégué de quartier, ou de sa réputation de « voir » la vérité et de la crainte qu'il punisse le coupable par un maléfice ? Plus généralement, si l'accession d'un individu à un poste politique repose sur des déploiements stratégiques qui privilégient le « savoir-faire », la reconnaissance de son autorité par la population tient dans des qualités individuelles, à la fois traits caractériels et force personnelle, c'est-à-dire à un « pouvoir-être ». Pour parler plus explicitement, c'est son habileté à manier un réseau de clientélisme qui a

permis à Maguet Ka d'obtenir une légitimité officielle, mais c'est sa respectabilité et sa notoriété d'homme de savoir traditionnel qui lui ont donné sa reconnaissance populaire.

A tout moment, il place son autorité sur ce double registre : il est d'un côté le délégué de quartier, responsable administratif, interlocuteur du préfet, et de l'autre le guérisseur peul, issu de lignées nobles, détenteur de pouvoirs magiques. Lorsqu'il explique comment il est intervenu avec succès auprès du préfet de Dakar en 1972 pour lui demander de surseoir à l'expulsion de son quartier, il précise qu'il lui a rappelé que sa femme et lui-même, Maguet Ka, étaient de même père ; il montre ainsi à ses auditeurs qu'au-delà de sa fonction, il est un homme personnellement reconnu. Egalement lorsqu'il raconte son retour de Mauritanie, après l'enterrement du Chérife de Nimzatt, et son arrestation à la douane avec les douze véhicules de son cortège qui tentaient de faire passer en fraude des marchandises, il dit d'un air mystérieux qu'il a prononcé quelques formules et que les douaniers n'ont pas vérifié le contenu de leurs bagages, laissant entendre que son intervention a été décisive, ce que son auditoire accepte sans contester.

A ses visiteurs, il déclare volontiers : « Si je le voulais, je pourrais me servir de ces plantes qui sont dans mon sac, et alors je n'aurais plus besoin de vendre du lait » ; c'est-à-dire : si j'acceptais d'utiliser mon « savoir noir » — permettant de faire le mal pour aider les uns à obtenir des succès (immérités) et les autres à se venger de leurs ennemis (par maléfice) —, je serais riche. Discours doublement efficace sur l'auditeur : d'une part, il laisse deviner des pouvoirs surnaturels redoutables ; d'autre part, il authentifie le respect de la loi coranique qui interdit l'usage de la magie à des fins malignes. Discours aussi qui justifie tous les échecs et explique toutes les insuffisances : pourquoi on pourrait agir, alors qu'on n'agit pas (pour ne pas utiliser un savoir contraire aux prescriptions islamiques) ; pourquoi on vit dans la misère, alors qu'on a le pouvoir de rendre riche (mais les biens obtenus par la magie sont mauvais).

Si l'histoire de Maguet Ka offre l'exemplarité d'une situation où se cumulent les pouvoirs politique et magique, pouvoirs de la fonction et de la personne, elle n'est pourtant pas la règle. Sur la quarantaine de guérisseurs et marabouts rencontrés et interrogés dans toutes les zones de Pikine, représentant au total une dizaine d'ethnies, trois seulement y occupaient une fonction politique officielle — délégué de quartier : il s'agissait de deux Peul qui avaient conquis le pouvoir

dans deux quartiers à forte prédominance wolof, et d'un Toucouleur de la caste des *seBBé* (guerriers) installé dans un quartier à prédominance Toucouleur ; tous les autres thérapeutes ne jouaient aucun rôle officiel au niveau local. La prééminence du groupe des Haalpulaaren (Peul et Toucouleur) dans le jeu politique a été signalée par A. B. Diop (1965) à Dakar et S. C. Maack (1978) à Pikine. L'identification des délégués de quartier par ethnie pour l'agglomération de Pikine, réalisée par G. Salem et A. Sow, révèle une sur-représentation des Haalpulaaren (23 sur 35, à Médina-Gounasse et Bagdad, alors qu'ils ne sont qu'environ 40 % dans la population de ces quartiers). Cette particularité ethnique, qui trouve sa source dans une tradition de politisation rapportée dès avant la période coloniale au Fouta Toro (Wane, 1969), se manifeste à la fois par des stratégies d'accès au pouvoir dans tous les quartiers où l'ethnie est minoritaire, comme à Guedjawaye, et par un surdécoupage des quartiers où elle est majoritaire, comme à Médina-Gounasse. Dans ces conditions, on ne saurait s'étonner que, dans un groupe caractérisé, d'un côté par une forte représentation dans le champ politique, de l'autre par une solide réputation dans le champ thérapeutique, la carrière d'un délégué de quartier s'appuie volontiers sur les pouvoirs du guérisseur, comme dans le cas de Maguet Ka.

Mais qu'en est-il plus généralement de l'influence politique des hommes de savoir ? Se réduirait-elle à son aspect le plus manifeste — le cumul des pouvoirs chez quelques individus, à la fois politiciens et thérapeutes ? Ou plutôt, son expression la plus essentielle ne serait-elle pas ailleurs, dans la relation ambiguë qui unit l'homme de pouvoir et l'homme de savoir, ou plus exactement le pouvoir officiel du politicien et les pouvoirs magiques du thérapeute ?

### 3 | Le magicien et le prince

Le sens de cette relation a commencé à m'apparaître à la suite d'une circonstance fortuite. Un jour que Maguet Ka me parlait des épisodes de sa vie pikinoise, il me raconta une anecdote qui devait me manifester la force de ses pouvoirs magiques : « C'était il y a plusieurs années. Je discutais avec le préfet de... Comme il m'a dit quelque chose qui m'a fait plaisir (le préfet lui avait accordé ce qu'il deman-

dait au sujet d'un problème administratif), je l'ai remercié et béni en lui disant : que ceux qui sont tes égaux, ou même tes supérieurs, tu puisses les dominer un jour, quand Dieu le voudra. Quelques années plus tard, il est devenu directeur de cabinet au ministère, et m'a envoyé quelqu'un pour m'annoncer la nouvelle : ta prédiction s'est réalisée. J'ai répondu : c'est toujours Dieu qui exauce les prières, mais si tu fais le bien, il te récompense. »

Par elle-même, cette histoire est pleine d'enseignements, mais avant d'en voir la portée, une coïncidence troublante doit être rapportée. Le lendemain, rencontrant un autre délégué de quartier peul, Mamadou Dara Ba, politicien redouté et magicien déclaré qui habite à plusieurs kilomètres de chez Maguet Ka, et que je visitais régulièrement depuis plusieurs mois, je l'entends me déclarer, pour me montrer son influence dans les plus hautes sphères gouvernementales : « Au ministère, je peux venir à n'importe quelle heure, et voir le directeur de cabinet ; il suffit que je présente un papier écrit de sa main et on me laisse monter. Cela remonte au temps où il était préfet : si, parmi tous les candidats au poste suprême, alors qu'il n'était pas meilleur que les autres, c'est lui qui a été nommé, c'est bien grâce à Dieu et à ceux qui ont prié pour lui. Moi, je l'avais connu, alors qu'il était encore préfet de..., en tant que délégué de quartier, mais surtout en tant qu'homme de savoir dont on lui avait dit les compétences. »

Plus encore que les paroles prononcées, ce sont les sous-entendus qui importent dans ces deux discours. Quant Maguet Ka dit que c'est Dieu qui exauce et quand Mamadou Dara Ba reconnaît que c'est par la prière qu'on obtient ce qu'on souhaite, leurs auditeurs comprennent que ce sont leurs pouvoirs personnels qui leur permettent de modifier le cours des événements, d'apporter la réussite aux uns et l'échec aux autres, en un mot d'influencer la volonté divine. De même, quand le premier raconte la visite du messager et quand le second évoque ses passe-droits au ministère, chacun dans l'assistance y entend la preuve de la reconnaissance, par le directeur de cabinet, de l'efficacité de leur intervention, laquelle n'est même pas explicitée (s'agissait-il de prières, d'amulettes, ou plus concrètement de soutien politique, on l'ignore). Que le directeur de cabinet ait réellement envoyé un message et délivré un laissez-passer semble ici secondaire : puisque personne ne vient apporter une contradiction, le discours, devant un public d'avance convaincu, suffit à emporter l'adhésion et à renforcer le pouvoir de celui qui parle. Il est d'ailleurs probable que l'intéressé lui-même, s'il était consulté,

confirmerait les dires des deux délégués de quartier, et ce d'autant qu'à leurs pouvoirs de magiciens, ils joignent leurs influences locales.

A tous les niveaux de la hiérarchie des pouvoirs, on constate ainsi une connivence entre ceux qui détiennent les pouvoirs politiques et ceux qui possèdent les pouvoirs magiques, les premiers redoutant les seconds autant pour leurs forces surnaturelles supposées que pour l'impact très concret qu'ils ont sur les populations, et les seconds bénéficiant, sous réserve de leur docilité, de l'appui des premiers. Clientélisme très particulier en ce que chacun est à la fois protecteur et client, obligeur et obligé, le prince jouissant de sa légitimité officielle, particulièrement efficace dans toute la sphère juridique et administrative, là où le poids de l'Etat est le plus grand (affaires de justice, conflits avec l'administration), et le magicien ayant pour lui sa légitimité officieuse, notamment reconnue dans les domaines privé ou public qui échappent à la législation étatique et sont régis par le droit coutumier ou la loi traditionnelle (difficultés familiales ou conjugales, fortune professionnelle ou électorale). Autour de chaque politicien, se tisse de cette façon un réseau, d'autant plus vaste et plus lâche que l'on s'élève dans la hiérarchie, constitué de tous ceux qui s'affirment personnellement impliqués dans la réussite de leur candidat, et en attendent en retour à la fois une reconnaissance qui renforce leur propre autorité et, le cas échéant, une aide ou un soutien.

Mais la force du réseau et l'efficacité du pouvoir qui y est mis en jeu dépendent de la volonté des protagonistes, c'est-à-dire de leur intérêt à ce que le système soit conservé. L'équilibre peut être rompu par diminution du consensus, soit parce que le pouvoir du prince est contesté, soit parce que les pouvoirs du magicien sont objets de doute. L'un et l'autre doivent donc à tout moment montrer qu'ils pourraient user de leur force s'ils le voulaient. C'est ainsi qu'il faut comprendre certains récits de guérisseurs disant ce qu'il en coûte de ne pas leur obéir.

Ainsi, cette histoire racontée au sujet de Moussa Traoré, guérisseur bambara originaire du Mali : lors d'une élection législative au Sénégal oriental, il fut consulté par l'un des candidats à qui il déclara, après une séance de divination, qu'un bœuf devait être égorgé en aumône (*saraax*) avant l'élection ; le candidat passa outre cette exhortation, fut élu mais bientôt démis de ses fonctions pour irrégularité (dans une autre version il ne fut pas même élu) ; il retourna voir le guérisseur qui tira l'enseignement de cet échec ; lors de l'élection sui-

vante, le candidat sacrifia un bœuf et fut élu sans contestation. Cette anecdote, maintes fois répétée dans son entourage, constitue le fondement du respect dont jouit actuellement Moussa Traoré, âgé d'à peine quarante ans ; elle lui sert d'attestation de ses pouvoirs.

On peut y voir d'ailleurs une forme quasi stéréotypée du lien qui unit le prince et le magicien, tel que la romancière Aminata Sow Fall le décrit dans *La grève des battù* (1979) : le personnage principal, fonctionnaire chargé de la Sécurité à Dakar, parvient, à la suite d'une intervention radicale, à éliminer les « encombrements humains » formés par les mendiants ; briguant alors le poste de Ministre de l'Intérieur, il part consulter son marabout qui lui indique le sacrifice à effectuer ; cependant, une fois égorgé le bœuf qu'on lui réclame, il ne réussit pas à le distribuer en aumône aux pauvres puisqu'il les a chassés de la ville et, malgré ses efforts, n'arrive pas à respecter les consignes du marabout ; le roman se termine par la nomination de son rival au poste convoité.

Pourtant, ces déclarations insistantes des hommes de savoir témoignent de leur faiblesse autant qu'elles proclament leur force. Comme l'énonce un proverbe wolof (traduit littéralement) : le fût plein qu'on roule ne fait pas de bruit, mais le fût vide qu'on roule fait beaucoup de bruit (autrement dit : s'ils sont autant sûrs de leur force, pourquoi en parler tellement ?). Les pouvoirs traditionnels, qu'il s'agisse de magie ou de politique, de thérapeutes ou de délégués de quartier, sont quotidiennement remis en cause par les pouvoirs modernes, surtout dans les villes où les administrations sont plus présentes.

Exemplaire à cet égard est l'épisode suivant raconté par Maguet Ka : ayant à régler un problème de facture d'électricité contestée par une femme de son quartier, il se rend, en compagnie d'un notable, au service du contentieux de la Compagnie sénégalaise d'Electricité (Senelec) : il attend l'employé qui arrive en retard et ignore la main qu'il lui tend ; pendant plusieurs minutes, l'employé se plonge dans ses papiers, feignant de ne pas voir son interlocuteur, avant de lui demander enfin la raison de sa venue. Ici, sont bafoués simultanément les pouvoirs du délégué de quartier, de l'homme de savoir et de l'aîné, par un modeste fonctionnaire. Comment réagir face à cette menace directe et immédiate de la tradition et surtout de l'autorité personnelle ? La marge de manœuvre paraît mince, et c'est par le verbe que Maguet Ka répond, mais sa parole ne vaut que pour ceux qui l'entourent et croient encore en lui : « Il se peut, dit-il, qu'avant le versement de l'amende par la femme, l'employé ne soit plus dans son

bureau » (licencié, malade ou mort, il ne le précise pas). Jusqu'à quand le pouvoir des mots suffira-t-il à donner le change, en faisant passer les menaces pour des actions ?

Pourtant, un portrait des hommes politiques locaux, qui les montrerait en perte de pouvoir face à une modernité urbaine ne reconnaissant plus leur autorité serait inexact. Dans leur quartier où ils peuvent obtenir des avantages pour les habitants et trancher des problèmes personnels, leur poids social se mesure à leur capacité à obtenir une borne-fontaine ou un raccordement électrique, et à régler à l'amiable une question d'héritage ou une contestation de propriété. L'employé qui traite avec mépris Maguet Ka, lorsqu'il rentre chez lui, va demander à son propre délégué de quartier d'intervenir pour que son enfant trop âgé soit accepté à l'école ou pour qu'on lui retrouve un mouton qui lui a été volé. Ce n'est que transporté dans un lieu étranger — qui peut être proche en distance comme un bureau de la Senelec à Pikine — que le délégué de quartier perd toute autorité, d'autant plus que, souvent illettré, il est mis dans une position d'infériorité par le moindre formulaire à remplir.

Puissant dans son quartier, comme le chef de village dans son village, le délégué voit ses pouvoirs ignorés dès qu'il entre dans un monde de bureaux anonymes où il n'a ni relations ni référents. D'où la nécessité de « connaître quelqu'un » lorsqu'on se rend dans une administration ; d'où l'obligation également de mettre en avant ses pouvoirs surnaturels quand ses prérogatives les plus concrètes sont contestées.

#### **4 | Les politiciens de la santé**

Le lieu où se manifeste avec le plus d'évidence l'enjeu politique de la santé publique et les stratégies personnelles autour de son contrôle local est le comité de santé (Fassin, Jeannée, Salem et Réveillon, 1986). Instrument et symbole de la participation des populations, il en « constitue la structure fondamentale », d'après les textes officiels qui définissent son rôle en forme de vœu pieux : « Il est au service de tous en apportant son concours à l'unité opérationnelle de santé la plus proche. Il doit être indépendant à l'égard des appartenances politiques, sociales, religieuses et ethniques, respectant toutes les opi-

nions individuelles. » Leur fonction théorique s'étend à l'ensemble des problèmes de santé se posant au niveau du dispensaire et des quartiers. Leur activité pratique se limite en général à la gestion de la comptabilité du dispensaire et à la transmission occasionnelle d'informations aux populations.

Le bureau est l'organe exécutif du comité de santé. Il est composé de 39 membres : un président, deux vice-présidents, un secrétaire général et son adjoint, un secrétaire administratif et son adjoint, un trésorier général et son adjoint ; trois commissions — de Contrôle, de Santé publique, et des Femmes et Affaires sociales — comprenant chacune un président (ou une présidente) et neuf membres. Le chef du poste de santé est considéré comme le conseiller technique du comité et participe à toutes ses activités. Le bureau se réunit normalement une fois par mois, la gestion du dispensaire étant assurée chaque semaine par le président et le trésorier chargés, avec l'infirmier chef de poste, des recettes et des dépenses. Dans les faits, deux points paraissent décisifs pour la compréhension du fonctionnement du comité : d'une part, il ne fait que reproduire la structure hiérarchique des quartiers ; d'autre part, il n'a d'autre activité effective que la gestion des finances du poste de santé, et n'a en particulier aucune initiative en matière sanitaire. Ces deux points, qui éclaireront la suite de la discussion, méritent un développement.

La constitution du comité, ou plus exactement du bureau, puisque les comités se résument toujours à leur organe exécutif, se fait à l'occasion d'une réunion convoquée par le président de l'Association pour la Promotion de la Santé (APS), structure qui coiffe l'ensemble des comités au niveau départemental. Les délégués de quartier se présentent chacun avec des notables qui leur sont dévoués et l'on procède à l'élection des membres du bureau à main levée ; le renouvellement a lieu tous les deux ans, et est suivi par le renouvellement du bureau de l'APS élu par les membres des comités. Ce mode d'élection conduit à la reproduction des règles de constitution des comités du Parti socialiste et des délégations de quartier dont on a vu qu'elles obéissaient à des lois de clientélisme plutôt qu'à des exigences de représentativité ; ne seront membres du bureau que les délégués de quartier et les notables qui leur sont les plus proches.

Mais également, cette procédure explique que le comité de santé, qui réunit plusieurs quartiers, devienne un lieu d'affirmation de la suprématie locale et d'exercice de stratégies personnelles pour les délégués ; celui qui est président du bureau ou qui occupe l'un des

« postes clés » — terme repris partout et indiquant les premiers rôles, avec par ordre d'importance : président, trésorier, secrétaire général, président de la Commission de Contrôle, président de la Commission de Santé publique et président de la Commission des Femmes et des Affaires sociales — fait la preuve de sa force ; en même temps, le nombre élevé de ces postes clés, six au total, permet d'éviter des rivalités trop aiguës en donnant à chacun un titre et un fragment de pouvoir.

Paradoxalement — en fait, seulement à première vue — ces postes tant convoités ne sont que peu utilisés pour des décisions ou actions concernant la santé des populations : ils fournissent des démonstrations de pouvoir plus qu'ils n'en permettent un exercice réel. Si le rôle des comités est officiellement décrit comme participation à l'élaboration, à l'exécution et au financement des programmes de santé, seul le troisième aspect est généralement rempli, et sous sa forme la plus rudimentaire : comptes des recettes et des dépenses du dispensaire ; pour les deux premiers aspects, l'intervention des comités se borne à assurer passivement la transmission de consignes : par exemple, distribution de sachets de chloroquine par les délégués de quartier lors de la campagne de nivaquinisation de 1985.

Un indicateur utile de la « participation des comités à la promotion de la santé » est la fréquence et le contenu des réunions du bureau. La fréquence est d'une par semestre à Golf Sud, une par trimestre à Deggo, une par mois à Wakhinane, indéfinie mais espacée à Nimzatt ; l'irrégularité des séances est habituelle puisque c'est le président qui décide la convocation du bureau sans date fixe. Le contenu comporte un « menu fixe » : énoncé des comptes du poste de santé depuis la séance précédente ; et des thèmes « à la carte » : les doléances concernant les décharges d'ordures sont les plus fréquentes (à Nimzatt, en février 1986, l'immense dépôt, s'étendant sur plus de 1 000 m<sup>2</sup> autour du dispensaire, n'avait pas été nettoyé depuis sept mois, d'après le président de la Commission de Santé publique) ; les problèmes de personnel viennent au second rang (notamment la nomination des « bénévoles », postes très recherchés par les jeunes et confiés souvent à des parents de membres du comité) ; en revanche, concernant les maladies, les vaccinations, l'hygiène, aucune initiative n'est engagée, et, au niveau du groupe des femmes, rares sont les formulations de demandes spécifiques. La plupart des réunions qui m'ont été décrites ou auxquelles j'ai assisté ne comprenaient que le « menu fixe ».

Est-ce à dire que les comités de santé sont des lieux où rien ne se décide et où ne se fait que de la gestion ? Loin d'être des assemblées sans passion et sans objet, les réunions du bureau constituent au contraire des événements politiques importants à deux titres : d'une part, le contrôle exercé par un groupe de notables sur des sommes allant chaque année, selon les dispensaires, d'un à cinq millions de francs CFA, et utilisées à environ 50 % pour l'achat de médicaments, est un fait important de la vie des quartiers et un phénomène récent dans l'histoire de la médecine en Afrique ; d'autre part, si les problèmes sanitaires sont rarement débattus, en revanche, les discussions autour des conflits politiques locaux sont quasi permanents et atteignent souvent une grande vivacité (dans quelques cas jusqu'à des bousculades), notamment autour des élections qui surviennent tous les deux ans et font alterner, pratiquement sans interruption, une période préélectorale de préparation des clientèles et une période post-électorale de contestation des résultats.

La notion de conflit est d'ailleurs au cœur même de la vie du comité de santé : sur les cinq bureaux pour lesquels une information suffisante a été réunie — Golf Sud, Deggo, Nimzatt, Daroukhane et Roi-Baudouin —, aucun n'était indemne de conflit majeur. Dans quatre cas, il s'agissait de contestation de la légitimité du président et de son bureau, et dans un cas, d'opposition ouverte entre le chef de poste et le bureau. La totalité des procès-verbaux de réunions locales ou départementales des comités de santé et des personnels sanitaires témoignent de cette « conflictualisation » (comptes rendus des séances des 28 et 29 mars 1981, du 10 novembre 1981, de janvier 1982, du 21 avril 1982, du 8 janvier 1983, du 25 mars 1983, et du 1<sup>er</sup> mai 1984).

Le cas de Nimzatt illustre les interrelations entre les différents lieux du pouvoir politique : délégation de quartier, comité du Parti, conseil municipal, comité de santé. Dans le récit qu'en fait Yaya Daabo, trésorier en poste depuis la création du comité de santé en 1977, Mbaye Fall, délégué de quartier et secrétaire général de section du Parti, a été le premier président du bureau ; lors du renouvellement de son mandat, un autre candidat, Saorou Fall, également chef de quartier, mais n'exerçant pas dans le Parti de fonctions aussi importantes (simple membre du comité local), a été élu ; à la suite d'une accusation de détournement d'une petite somme, Saorou Fall n'a pas été reconduit dans ses fonctions en 1983 et Mbaye Fall a repris la présidence du comité de santé ; il ne s'agit jusqu'ici que d'une alternance

démocratique à la tête d'une structure publique. Mais pour comprendre la suite, un détour par la Municipalité de Pikine et les instances régionales du Parti socialiste est nécessaire.

Au début des années quatre-vingt, la poussée démographique de Pikine et la multiplication des comités politiques conduit à la création de la Sixième Coordination : Pikine Ancien (cinquième) et Guedjawaye (sixième) se séparent donc. Pour le secrétaire général de la Coordination de Pikine, Kabirou Mbodj, c'est une perte de pouvoir, d'autant que son rival, Ibrahima Boy, prend la tête de la nouvelle Coordination créée. Aux élections municipales de 1984, la rupture est évidente : tous deux têtes de listes, ils sont évidemment élus, mais à la suite d'une alliance d'Ibrahima Boy avec Amar Samb, qui est tête de liste à Yeumbeul, Kabirou Mbodj, bien qu'ayant le plus grand nombre de conseillers municipaux élus, est mis en minorité. Amar Samb est maire de Pikine, Ibrahima Boy est son premier adjoint, Kabirou Mbodj refuse le poste de deuxième adjoint. Le président de l'Association pour la Promotion de la Santé (APS), Birama Ndiaye, vieil ennemi du vaincu, se réjouit de l'ascension d'Ibrahima Boy dont il est un allié puissant.

Dans les quartiers autour du dispensaire de Nimzatt (où l'on peut maintenant revenir), les délégués de quartier qui avaient soutenu l'étoile montante du Parti se sont d'abord félicités de ses succès, mais ont vite déchanté lorsque le choix des conseillers municipaux devant représenter leur section a été contrarié par Ibrahima Boy — qui a préféré y placer des hommes sûrs. Du soutien incondicional, les délégués de quartier sont passés à l'opposition ouverte et ont commencé à intriguer pour pousser un nouvel homme, Maki Fall, sur la scène politique locale. C'est dans cette atmosphère de révolte et de cabale que Birama Ndiaye convoque au début de 1985 une réunion du comité de santé pour le renouvellement du bureau. Mbaye Fall absent, Saorou Fall est le seul candidat : il est élu. L'alliance virtuelle entre Ibrahima Boy (secrétaire général de Coordination du ps), Birama Ndiaye (président de l'APS) et Saorou Fall (délégué de quartier) a donc provisoirement triomphé, mais le résultat de l'élection, en l'absence du président du comité de santé en exercice, est contesté.

De fait, cette situation conflictuelle est devenue la règle. Ainsi, à Deggo, l'élection de Baydi Faye début 1985 est annulée à la fin de l'année sur plainte de l'ancien président Issa Mbath. Deux notables des quartiers sont tirés au sort (un de chaque tendance) pour gérer les

finances du poste de santé. Ici, le conflit entre individus est présenté par les parties en présence — les deux rivaux, l'infirmière du dispensaire, l'enquêteur même — comme un conflit ethnique entre Toucouleur soutenant l'un des leurs (Baydi Faye) et Wolof supportant leur représentant (Issa Mbath). Pourtant, l'analyse détaillée des voix du comité favorables à chacun des candidats montre une répartition égale des deux groupes ethniques, que l'on s'en tienne aux dires de l'un ou l'autre des deux rivaux : chacun a recueilli, parmi ses électeurs, un tiers de Wolof et un peu plus de la moitié de Toucouleur et de Peul ; il faut donc chercher ailleurs les raisons du succès de l'un et de l'échec de l'autre. Pourquoi le rapport de synthèse du bureau de l'APS de janvier 1982 parle-t-il alors du « racisme qui sépare les Toucouleurs et les Woloffs », responsable de « beaucoup de tiraillement » et de « confiscation des recettes de deux jours de travail par acte de sabotage » dans ce poste de Deggo considéré comme « très important mais très délicat » ? Bien que fictive, l'opposition ethnique est plus efficace pour rassembler ou diviser la communauté que l'opposition politique, à laquelle les habitants des quartiers sont peu sensibles. Pour Baydi Faye, faire de sa rivalité personnelle avec Issa Mbath un enjeu ethnique présente un intérêt évident puisque les zones de Médina-Gounasse et de Bagdad couvertes par le comité de santé sont à majorité toucouleur pour les délégués de quartier (onze sur vingt, pour seulement sept Wolof) ; pour Issa Mbath, sa défaite à l'élection, qu'il reconnaît pourtant en privé comme une conséquence de l'usure du pouvoir — « le problème est venu à cause du temps : quand on a connu un chef longtemps, on ne veut plus le voir » — est plus facile à admettre en termes d'échec collectif que d'échec personnel. L'explication ethnique, la plus facile, la plus efficace, mais aussi la plus fautive, rencontre ainsi un large écho jusque dans le discours de l'enquêteur qui est d'un groupe ethnique apparenté à celui de Baydi Faye puisqu'il est peul.

On retrouve de même, au centre de santé Roi Baudouin, une utilisation fallacieuse d'oppositions sociales pour dissimuler un conflit de personnes et de tendances (Kabirou Mbodj/Ibrahima Boy) ; une rivalité deux à deux met en scène quatre délégués de quartier prétendant à l'autorité sur les habitants ; l'alliance Tidjane Ly - Diaouly Ndiaye contre Siré Camara - Amadou Daouda Diouf, avantageusement présentée par les premiers — un *toorodo* (marabout) et un *ceDDo* (guerrier), donc de castes supérieures — comme un conflit statutaire entre hommes libres et captifs — leurs rivaux

étant des *maccuBé*, c'est-à-dire de caste servile. Or, l'analyse politique des quartiers irréguliers de Médina-Gounasse et Bagdad ne permet aucunement de trouver une régularité dans les alliances en ce qui concerne la caste : cinq délégués d'origine noble de chaque côté, deux contre un d'origine servile. C'est en fait simplement de lutte pour le pouvoir qu'il s'agit, et, au niveau du comité de santé, la rivalité se poursuit puisque Tidjane Ly est président et Amadou Daouda Diouf est vice-président.

Contrairement à ce que déclare un président de comité de santé (« ce travail ce n'est que la fatigue ; on n'y trouve aucun intérêt, seulement de la fatigue »), les fonctions au sein du comité de santé sont plus politiquement attrayantes qu'elles ne paraissent : sinon, comment expliquer l'âpreté des luttes qui les mettent en jeu ? Si l'on mobilise autant d'énergie autour d'une présidence, c'est pour une double raison, idéologique et économique : être élu à un poste clé, et notamment à la présidence, c'est faire la démonstration de son ascendant sur le groupe (le président du comité de santé devient une sorte de super délégué de quartier) ; mais également, se trouver au bureau en position de force, c'est contrôler une gestion financière importante (dont on verra plus loin les règles édictées et les pratiques réelles).

Le comité de santé représente une forme extrême de politisation des problèmes sanitaires, mais les expressions que peut prendre cette politisation sont multiples. En fait, tout discours sur la santé est un discours politique et toute pratique de santé est une pratique politique. Que l'on soit guérisseur ou infirmier, décideur ou exécutant, thérapeute ou malade, l'acte de soigner ou d'être soigné implique toujours du politique. C'est ce qu'on peut montrer à travers quelques études de cas où la maladie devient un enjeu politique.

## 5 | La maladie comme subversion

Au début de l'année 1985, l'épidémie de choléra, qui se développe depuis le Niger où elle est née un an plus tôt jusqu'au Burkina Faso, au Mali, à la Mauritanie, atteint le Sénégal. Dans les quartiers taudifiés de la partie méridionale de Kaolack, on compte chaque semaine plusieurs morts, voire plusieurs dizaines selon certains témoignages. Dans le Sine-Saloum, des villages sont décimés par la maladie qui se

disperse au gré des cérémonies d'enterrement et des jours de marché. Dans la Vallée du Fleuve et à Saint-Louis, on signale des cas. Dans la Basse-Casamance, on parle de dizaines de victimes. Il ne s'agit pas d'une rumeur dans la population, mais de constatations médicales. Pourtant, au cours des mois pendant lesquels l'épidémie se développe (près d'un an), le silence officiel est total : le quotidien *Le Soleil* titre sur une dizaine de morts en Mauritanie mais ne parle dans aucune de ses éditions des centaines de victimes au Sénégal ; la Faculté de Médecine se tait également ; le Service des Grandes Endémies affirme que la situation est contrôlée.

Non seulement il ne faut pas parler de choléra, mais il ne faut pas non plus mettre en route de mesures efficaces de lutte contre la maladie dont ce serait reconnaître l'existence. D'ailleurs, la méthode très simple de réhydratation par voie orale, préconisée par les organismes internationaux et par les instituts de médecine tropicale, est considérée comme insuffisamment médicale : que penser en effet d'un infirmier diplômé qui administre ou prescrit de l'eau sucrée et salée comme remède ? Fallait-il faire des études si difficiles pour donner simplement des conseils nutritionnels, au lieu de poser des perfusions ou de faire des vaccins ? Un Père Blanc qui soigne, avec la « solution miracle », les malades d'un village sérer éloigné de tout dispensaire reçoit un avis des autorités sanitaires lui intimant l'ordre de cesser toute activité thérapeutique. Une équipe médicale française est accusée d'ingérence alors qu'elle tente d'enrayer l'épidémie dans une zone où elle fait des recherches depuis plus de dix ans.

Mais si aucune information n'a filtré par les organes officiels, dans la population, à Dakar comme à Pikine, beaucoup savent que le choléra est partout dans le pays : qu'on soit wolof, sérer, toucouleur ou diola, on a des proches ou des parents qui ont été victimes ou connaissent des victimes. Le Ministère de la Santé et son Service des Grandes Endémies sont donc soumis à une double pression : politique, car les populations réclament auprès de leurs délégués de quartier qui font part de leur inquiétude aux autorités administratives (municipalité et préfecture) et aux instances du Parti (jusqu'au Comité national dont le secrétaire général est le Président de la République) ; et médicale, car les responsables de santé publique redoutent que des cas ne se déclarent et n'essaient dans la capitale au retour d'un enterrement (plusieurs Pikinois sont morts en allant au village assister à des cérémonies funéraires).

Un comité d'experts est réuni au Ministère de la Santé (procès-ver-

bal n° 000348, du 26 novembre 1984) : le vaccin n'assurant qu'une mauvaise protection (« mais cela apaise les esprits »), c'est l'association d'une mesure préventive (antibiothérapie) et d'une mesure curative (réhydratation orale), simples et peu onéreuses, qui a la faveur du comité d'experts et reçoit l'approbation des autorités ministérielles. Pourtant, le lendemain, c'est la vaccination qui commence, à Dakar et à Pikine, à grands renforts de publicité ; la raison politique l'a emporté. Des files d'attente de plusieurs centaines de personnes se déploient autour des points de vaccination. Pendant plus d'une semaine, on va vacciner plusieurs dizaines, peut-être plusieurs centaines de milliers de personnes. Aucune autre mesure préventive, notamment dans les villages où des victimes continuent à mourir, ne sera prise.

Le choléra serait-il une maladie politique ? De fait, les études historiques des épidémies en présentent généralement les conséquences graves sur la vie sociale et les menaces potentielles pour les autorités civiles. L'article d'E. M'bokolo (1983) sur la peste à Dakar en 1914 montre le contrôle sanitaire et politique très strict mis en œuvre par les autorités coloniales pour enrayer le fléau et assurer l'ordre social.

Moins chargé émotionnellement et moins lourd sur la mortalité que la peste, le choléra n'en constitue pas moins un danger pour la stabilité sociale : révéler l'existence de cas dans le pays, c'est, d'une part, risquer d'entraîner des réactions populaires de peur ou de colère difficilement contrôlables, d'autre part, menacer le tourisme par la publicité qui est généralement faite dans la presse internationale autour de cette maladie. Mais en même temps, il est impossible de taire complètement la situation sanitaire puisque les populations rurales et urbaines concernées font pression sur les autorités locales.

D'où cette attitude ambiguë qui, dans le discours, fait alterner démentis officiels et reconnaissance officieuse (à travers la consultation d'un comité d'experts) et, dans les pratiques, conduit à la fois à préconiser des mesures préventives utiles et à réaliser des actions sanitaires peu bénéfiques (sauf pour l'image de l'Etat et de ses représentants). Les Pikinois, qui n'avaient eu, par les médias, aucune information sur l'épidémie, mais qui en connaissaient l'existence par les récits qu'en faisaient leurs parents ou amis de retour des villages, se sont ainsi sentis réconfortés en voyant un matin arriver les premières équipes apportant un vaccin certes peu efficace pour la prévention du choléra, mais assurément profitable pour le maintien de l'ordre public, d'autant plus que c'est l'armée qui était chargée d'effectuer ces séances d'immunisation...

Le cas du choléra, s'il est extrême — l'épidémie étant par essence un événement collectif et social —, n'en est pas moins exemplaire de la place du politique au cœur de tout discours (ou de tout silence), de toute décision (ou de toute abstention) en matière de santé publique. Qu'il s'agisse d'une campagne de vaccination contre la rougeole, d'une construction de dispensaires, d'un recrutement de personnel infirmier, ou d'une action répressive contre des vendeurs illicites de médicaments, l'option finalement retenue repose beaucoup plus souvent sur des choix politiques que sur des arguments scientifiques — remarque qui ne vaut pas seulement pour l'Afrique ou le Tiers Monde, bien évidemment.

Certaines pathologies pourtant se particularisent par l'importance des facteurs sociaux qui leur sont attachés. Il en est ainsi de la lèpre, maladie qui cristallise toutes les peurs — de la contagion, de l'incubabilité, de la mutilation — et mobilise tous les appareils du pouvoir, législatif, administratif, policier : dans son étude sur la politique de lutte contre « les encombrements humains » dans les années soixante-dix au Sénégal, R. Collignon (1984) montre comment la lèpre a été associée, en tant que fléau social, à la folie et à la pauvreté, avec pour commun dénominateur la mendicité ; mais il révèle également comment un ensemble structuré de décrets et de lois a été mis en place pour permettre une répression policière légale dans le but de « nettoyer » la capitale, avec la justification plus avouable de les en éloigner dans des villages thérapeutiques.

Ce qui transparaît à travers cette répression de la lèpre, c'est une crainte que le désordre biologique ne se transforme en désordre social, c'est le fantasme de « l'armée de mendiants » qui vient troubler la paix civile, comme au dernier chapitre du roman d'Ousmane Sembène, *Xala* (1973), où l'on assiste à l'hallucinante procession de misérables venus cracher au visage du bourgeois dakarois qui les avait toujours méprisés. Dans la préparation quasi obsessionnelle de textes législatifs et dans leur application compulsive sous forme de rafles sporadiques et spectaculaires, l'Etat dévoile la force de l'imaginaire dans la construction des politiques.

Plus récemment, le SIDA a mis à l'épreuve les autorités sanitaires et politiques qui se sont contentées de démentir, à travers la presse officielle, la présence du virus au Sénégal. Il a fallu la force de l'évidence scientifique, avec la publication d'un article sur la prévalence de cette infection à Dakar dans une revue médicale internationale, pour que soit reconnu le phénomène. Encore faut-il noter que cet aveu té-

moigne, dans une certaine mesure, du fonctionnement démocratique du régime sénégalais, puisqu'une telle franchise, même tardive, n'a pas été constatée dans d'autres pays africains dont les gouvernements autoritaires reposent sur une légitimité restreinte. C'est en ce sens que nous avons tenté, avec J.-P. Dozon (1989), de discerner dans le silence officiel autour du SIDA, le conflit entre la raison épidémiologique et la raison d'Etat.

## Les pouvoirs religieux

Si la relation entre la maladie et la politique pouvait ne pas aller de soi, en revanche l'étude du fait religieux semble faire partie intégrante d'une analyse anthropologique des institutions de soins : comment ignorer que le marabout que l'on consulte pour une bénédiction ou une amulette est aussi un savant et peut-être un enseignant du Coran ? Comment négliger la place des interprétations d'origine religieuse — musulmane ou parfois chrétienne — des désordres du corps et de l'esprit ? Ces aspects ont d'ailleurs été longuement abordés à propos des savoirs, principalement islamiques. Il s'agit maintenant de parler de la religion en termes sociologiques — ou plus précisément wébériens —, c'est-à-dire comme un système de croyances et de pratiques à travers lequel s'exercent des pouvoirs dont la dimension thérapeutique n'est pas toujours la plus importante. Pour des raisons historiques liées à son développement considérable en Afrique de l'Ouest, il sera surtout question de l'islam dans sa version sénégalaise, c'est-à-dire confrérique, et de la façon dont elle intervient directement ou indirectement dans le domaine de la santé.

### 1 | Les confréries et la religion

La proportion de musulmans au Sénégal est estimée à 92 % (Martin et Becker, 1977) ; les chrétiens, parfois appelés significativement « chrétiens animistes », sont représentés essentiellement par les

Séeré, les Diola, les Manjak, les Balant, les Mancagne (Martin et Becker, 1977). L'islamisation est ancienne puisque El-Bekri la fait remonter à 1040 dans le Tekrour, actuel Fouta Toro (1913, 324) et que V. Fernandes la montre bien implantée à la cour du Damel du Cayor dans son récit de voyage de 1506 à 1510 (1951, 7). En revanche, en pays séeré et surtout en Casamance, elle est beaucoup plus récente et en concurrence avec le christianisme. D'ailleurs, même actuellement, l'islam manifeste son dynamisme à la fois par la conversion de non-musulmans et par les passages d'une confrérie à une autre. L'islamisation s'est effectuée par vagues successives, plus souvent guerrières (*jihad* d'El Hadj Oumar Tall dans le Nord ou de Fodé Kaba dans le Sud) que pacifiques (prosélytisme des confréries et charisme des marabouts). De plus, la foi nouvelle s'est installée de manière hétérogène, atteignant d'abord les couches supérieures, lettrées, souvent plusieurs siècles avant les masses paysannes (A. B. Diop, 1981).

L'islam au Sénégal est confrérique. Comme le notent D. Cruise O'Brien (1971) et A. B. Diop (1981), la confrérie, plutôt qu'une voie vers Dieu (*tariqa*, en arabe, désigne le chemin), se caractérise par une organisation sociale. Ou, pour parler comme J. Copans, elle est « l'institutionnalisation sociale d'une idéologie » (1973, 340). Beaucoup de musulmans sénégalais, lorsqu'on leur demande leur confrérie, répondent qu'ils sont d'abord et avant tout musulmans. Néanmoins, leur vie religieuse et sociale est marquée par leur appartenance à une confrérie : la forme et la durée des prières, la date des fêtes musulmanes, la participation aux associations religieuses de quartier, mais aussi leurs réseaux d'amitié et d'entraide, leurs modes d'organisation du travail, voire leur vote lors de certaines élections. Même dans les régions traditionnellement peu sensibles aux divisions confrériques, comme la Casamance, on assiste à des mouvements autour de marabouts manding, qadr le plus souvent, mais aussi mourides ou tidjanes, cherchant à reconstituer des cadres confrériques, notamment dans leurs rapports de production.

La Qadiriya est la plus ancienne des confréries du Sénégal où elle a été introduite par des disciples de Moktar Ndoumbé Diop au XVIII<sup>e</sup> siècle, et où elle s'est véritablement installée au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle lorsque Cheikh Bou Kounta fonda son école coranique à Ndiassane (Marty, 1917). Actuellement, elle est surtout présente en Casamance où elle joue un rôle prééminent, et sous forme d'îlots dans le reste du pays ; d'après le recensement de 1970, elle représenterait 13,5 % de la population et concernerait avant tout les Maures, les

Bambara, les Manding et les ethnies islamisées de Casamance, à un moindre degré les Peul du Centre du pays (Martin et Becker, 1977). De toutes les confréries sénégalaises, elle est probablement celle qui joue le plus faible rôle structurant de la société pikinoise, en raison de son origine étrangère (Mauritanie où sont encore les grands chérifes), de sa faible représentation maraboutique (le Sénégal n'a comme seuls noyaux que la famille Kounta de Ndiassane et quelques familles manding de Casamance dont l'influence est limitée géographiquement), de ses effectifs peu importants dans la majeure partie du pays (1,6 % pour toute la zone centrale du Dyolof, Cayor, Ndiam-Bour, Baol et Saloum), et peut-être plus encore par son mode de fonctionnement moins en prise sur la structure sociale et l'organisation du travail (en cela plus proche d'une *tariqa* arabe que d'une confrérie sénégalaise).

La Tidjaniya est historiquement la seconde mais numériquement la première confrérie du Sénégal. Apportée par El Hadj Oumar Tall au XIX<sup>e</sup> siècle, elle s'est développée dans le Fouta Toro et dans le centre du pays sous l'influence de El Hadj Malick Sy à Tivaouane et d'El Hadj Abdoulaye Niassé à Kaolack (Marty, 1917). Avec 1 719 000 fidèles en 1970, elle représentait 51,5 % de la population, essentiellement concentrée dans la Région du Fleuve où elle atteignait 90 %, le Dyolof, la Haute-Casamance et le Cap-Vert ; la quasi-totalité des Toucouleur, Peul et Soninké, une proportion importante de Wolof et de Sérér se déclarent tidjanés (Martin et Becker, 1977). L'implantation urbaine de la confrérie est ancienne, notamment chez les intellectuels et les dirigeants. Les familles Sy et Tall, qui ont joué un rôle politique de premier plan durant la période coloniale, et continuent d'avoir une grande influence sur les hommes au pouvoir (Behrman, 1970) sont pour une bonne part installés à Dakar (même si Tivaouane reste le lieu de référence), à la différence des familles Mbacké et Boussa qui résident complètement à Touba (leurs maisons à Dakar sont des lieux de passage). A l'heure actuelle, leur prééminence au Cap-Vert, et notamment à Pikine, est remise en cause par l'extension urbaine des réseaux mourides (Cruise O'Brien, 1971).

La Mouridiya est la plus sénégalaise des trois grandes confréries puisqu'elle n'a pas été importée, mais a été fondée par Cheikh Amadou Bamba à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (Marty, 1917). Elle s'est ensuite étendue autour de Touba pour devenir prépondérante dans le Baol, le Cayor, le Dyolof et le Saloum ; elle est essentiellement le fait des Wolof et des Sérér qui sont mourides à environ 50 % (Martin et Becker, 1977). Traditionnellement rural — D. Cruise O'Brien sous-titre l'un

de ses ouvrages : « Essais sur l'organisation d'une société paysanne sénégalaise » (1985) —, le mouridisme connaît depuis quelques décennies un mouvement vers la capitale, en partie lié aux migrations rurales secondaires à la sécheresse et à la désertification. Son prosélytisme très actif, son influence politique croissante et l'efficacité de ses réseaux en font actuellement une confrérie qui manifeste le plus grand dynamisme au sein de l'organisation sociale urbaine (M. C. Diop, 1981).

Enfin, les layennes constituent un groupe très minoritaire — 0,5 % de la population sénégalaise (Martin et Becker, 1977) —, mais dont l'histoire et l'implantation rendent nécessaire la présentation à propos de Pikine. Variante de la Qadiriya fondée par Limamou Laye à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, elle s'est cantonnée à une zone géographique — le Cap-Vert, et plus précisément les villages côtiers — et à une ethnie — les Lébou (Coulon, 1981). A Pikine, elle concerne essentiellement les noyaux traditionnels lébou de Thiaroye et Yeumbel où certains quartiers sont presque exclusivement layennes ; néanmoins, des associations de cette confrérie existent dans tout le département, leur caractère très minoritaire semblant même les inciter à des démonstrations plus éclatantes.

La hiérarchie des pouvoirs au sein des confréries est fondée sur une structure pyramidale à reproduction essentiellement héréditaire. Au sommet se trouvent les khalifes (chez les qadr, on utilise plus volontiers le terme de chérife) ; ils possèdent la *baraka*, pouvoir que Dieu leur a donné et qu'ils transmettent à leurs descendants ; chaque confrérie est dirigée par un Khalife général (en 1986, Abdoul Aziz Sy pour les tidjanes et Abdou Lahad Mbacké pour les mourides). Au-dessous se situent les cheikhs (également appelés *muqaddam* chez les qadr et les tidjanes), proches disciples du maître fondateur qui bénéficient d'une partie de ses pouvoirs et qui la lèguent généralement dans leur patrilignage. Enfin, la masse des *taalibé* parmi lesquels on rencontre tous les degrés de connaissance coranique, depuis l'extrême ignorance jusqu'aux savoirs secrets. La hiérarchie apparaît ainsi, selon le mot d'A. B. Diop (1981, 296) comme « l'épine dorsale du système religieux dominé et contrôlé par l'ordre supérieur des grands marabouts », autour de laquelle se constitue l'ossature de ces groupes à forte cohésion.

La structure sociale de la confrérie peut se lire selon deux axes : la relation directe du disciple avec son marabout, et la relation indirecte à travers les associations religieuses. Le *taalibé* (élève) entretient avec

son *seriñ* (maître) une relation personnalisée qui se manifeste par le *wird* (formule initiatique) qu'il reçoit individuellement — et chez les mourides par le *njebbël* (acte de soumission) —, par la *ziyara* (visite généralement annuelle) au cours de laquelle il offre son *addiya* (don en argent), enfin par les intercessions, prières et bénédictions qu'il peut lui demander pour obtenir une aide, une guérison, un poste.

Mais parallèlement à cette relation personnalisée, le disciple appartient généralement à une association, *daayira*, au sein de laquelle se regroupent des musulmans de même confrérie, souvent (mais pas toujours) de même marabout ; à Pikine il existe de telles associations dans les quatre confréries, et pour chacune, des *daayira* d'hommes et des *daayira* de femmes. Les activités collectives au sein de chaque association sont discutées au cours de réunions hebdomadaires ; elles consistent en veillées de prières, en nuits de chants religieux et en voyages de visite au marabout, soit pour une fête de toute la confrérie (le *maggal* de Touba qui célèbre le retour de captivité de Cheikh Amadou Bamba ou le *mawhud* qui commémore la naissance du Prophète et qui est l'occasion pour les tidjanes d'un pèlerinage à Tivaouane), soit pour une fête spécifique en l'honneur d'un grand marabout (*gaamu*) ; les offrandes remises dans ces cas revêtent un caractère collectif.

## 2 | Un imam dans le siècle

Imam mouride du quartier de Daroukhane II, El Hadj Mbaye Diakhaté est un homme modeste, vivant dans une grande simplicité. Originaire du département de Kebemer en pays wolof, il n'est pas de famille maraboutique. Il a appris le Coran auprès d'un marabout dont il cultivait le champ du mercredi avec les autres *taalibé* de sa classe ; le reste du temps il aidait son père sur ses terres. A l'âge de vingt ans, il a quitté la maison familiale pour apprendre la traduction du Coran chez un autre marabout près de Tivaouane ; faisant partie du *daara* (à la fois école coranique et communauté agricole), il cultivait chaque jour les champs du maître (et non plus seulement le mercredi) en compagnie des autres *taalibé* ; en échange de cette activité, il a reçu pendant six ans un enseignement. Puis, il a passé une année chez un autre marabout dans un village du Cap-Vert, et encore dix

ans à Keur Moussa avec un dernier maître chez lequel il n'habitait pas et auquel il payait ses secrets grâce aux maigres récoltes obtenues sur les mauvaises terres qu'on lui avait données. En 1973, il vient à Guedjawaye et ouvre à son tour une école coranique.

Son activité actuelle dans le domaine religieux se situe à quatre niveaux. Il enseigne le Coran à une quarantaine d'enfants âgés de sept à quinze ans, ayant chacun entre une et cinq années d'apprentissage ; lorsqu'on lui rend visite, on entend, dans la pièce voisine, l'ânonnement des *taalibé* qui répètent collectivement et inlassablement les versets sous l'égide du plus âgé. Il est imam de la mosquée et y dirige donc les cinq prières ; de plus, il officie dans les baptêmes et les enterrements mourides du quartier. Il est président d'honneur et trésorier du *daayira* mouride de Daroukhane qui compte une vingtaine de membres, hommes et femmes ensemble. Enfin, il est guérisseur, et l'on vient le voir pour lui demander une bénédiction, un écrit ou un grigrî — pour se protéger ou se guérir, pour soi ou pour un parent, pour une maladie ou pour un malheur.

Il vit de ses diverses activités. Parmi la quarantaine d'élèves de son école, huit viennent de la brousse et sont hébergés chez lui ; chaque matin vers sept heures, ils partent mendier et rapportent du riz ou du sucre ; les autres habitent le quartier et leurs parents paient entre 250 et 500 F par mois. Pour les baptêmes et les enterrements auxquels il se rend, il reçoit des cadeaux ou de l'argent dont le montant est difficilement chiffrable. En revanche, ses fonctions au *daayira* ne lui rapportent rien, tout l'argent collecté étant destiné à la famille Mbacké.

Quant à ses vertus thérapeutiques, ses intercessions divines et ses secrets magiques, ils constituent un appoint extrêmement variable puisqu'il dépend de la fréquence et du type des demandes, d'une part, des moyens et des relations des demandeurs, d'autre part. Il ne serait donc pas envisageable de calculer, même approximativement, ses revenus ; néanmoins il demeure possible d'en apprécier les signes extérieurs qui semblent se limiter à un salon (critère très sensible) et quelques moutons (capital apprécié au moment des fêtes musulmanes où leur prix augmente considérablement) ; pour le reste, son niveau de vie ne semble pas supérieur à celui de ses voisins.

Enseignant le Coran et entouré d'élèves, il est lui-même *taalibé* d'un marabout de Touba, Cheikh Bara Diène dont le père, Cheikh Issa Diène, avait été à la fois *taalibé* de Cheikh Amadou Bamba, fondateur du mouridisme, et *seriñ* du propre père d'El Hadj Mbaye Diakhaté. La reproduction de l'ordre social est donc parfaite puisqu'à

chaque génération, le fils du disciple fait vœu de soumission (*njebbël*) au fils de son maître. Les relations d'El Hadj Mbaye Diakhaté avec la hiérarchie se situent d'ailleurs sur les deux axes — individuel et collectif — déjà décrits : il fait son offrande personnelle à Cheikh Bara Diène lorsqu'il se rend à Touba et va présenter le don de son *daayira* au Khalifé général Abdou Lahad Mbacké à l'occasion du *maggal*.

Quels sont donc les pouvoirs d'El Hadj Mbaye Diakhaté à Daroukhane ? Il n'est pas un homme riche, il n'a pas de fonction politique, il ne semble pas un guérisseur renommé. Pourtant, lorsque dans la population on cite son nom, c'est toujours accompagné d'appréciations respectueuses. En fait, la considération dont il jouit lui vient de sa réputation de savant (*borom xamxam*) : érudit du Coran, c'est-à-dire le connaissant par cœur et en sachant la traduction, il est aussi détenteur de ses secrets (*lasaraar*). De plus, estimé comme lettré, il est par là même respecté à la fois pour sa sagesse, à laquelle on a recours pour régler un différend politique ou conjugal, et pour sa magie, dont on essaie d'obtenir quelques bénéfices en cas de maladie ou de difficulté. Lorsque existe un conflit au sein du groupe, on peut donc faire appel à lui de deux façons : d'une part, l'un ou l'autre des partis en présence peut le solliciter pour obtenir des bénédictions ou des amulettes ; d'autre part, les protagonistes de la dispute ou leur entourage peuvent lui demander d'intervenir pour régler le problème. Le poids social qui en fait un homme écouté par les notables autant que par la population, lui vient ainsi d'un savoir auquel on reconnaît l'étendue (textes coraniques) et la profondeur (secrets coraniques).

Choisir de présenter un portrait d'El Hadj Mbaye Diakhaté, c'est proposer de rompre avec l'image exclusive du puissant marabout mouride exploitateur des masses généralement offerte dans la littérature. Certes, comme l'ont montré C. T. Sy (1969), D. Cruise O'Brien (1971), J. Copans (1980) et A. B. Diop (1981), « l'idéologie de la domination prônée par le fondateur du mouridisme semble avoir pour conséquence celle de l'exploitation » (A. B. Diop, 1981, 281) ; remarque qui vaut également pour le tidjanisme. Mais, d'une part, cette exploitation conduit à un enrichissement d'un nombre relativement limité de marabouts, ceux de quelques grandes familles, à l'exclusion d'une grande partie des marabouts lettrés exerçant des fonctions religieuses qui vivent dans la modestie, voire la misère (fréquente parmi ceux rencontrés à Pikine) : et, d'autre part, comme tout système hiérarchisé de domination, il s'établit et se répercute à tous les niveaux, le marabout exploitateur de ses disciples étant aussi l'exploité de son cheikh.

De même que le pouvoir du délégué de quartier n'a rien de comparable avec celui du ministre, de même le pouvoir du marabout de quartier ne peut être assimilé à celui du cheikh. C'est au niveau de la vie quotidienne des quartiers que peuvent être saisis les enjeux de pouvoirs au sein des confréries. Lorsque El Hadj Oumar Sow, imam à Médina-Gounasse, dans la zone irrégulière de Pikine, intervient drapé dans son boubou blanc immaculé pour arbitrer un conflit à propos d'un héritage, d'une dot ou d'un adultère, il fait la démonstration de son autorité. Mais lorsque ses collègues de travail demandent à la Direction du Personnel de la Société Nationale des Eaux (Sonees), où il est employé comme balayeur, sa mutation dans un poste de planton, moins avilissant pour sa fonction religieuse, il fait la preuve des difficultés pour les détenteurs de pouvoirs traditionnels, à trouver leur place dans le système de production de la ville, où ils doivent pourtant s'insérer s'ils veulent nourrir leur famille.

### 3 | Le prophète et le guérisseur

Les pouvoirs thérapeutiques font partie de la panoplie des grands marabouts. Comme dans toutes les religions, les prophètes sont thaumaturges. Le miracle est la manifestation la plus immédiate et la plus spectaculaire du pouvoir. D'où la multiplication des anecdotes racontant des guérisons prodigieuses dans l'hagiographie des grands chefs confrériques.

Voici le récit de la guérison du fils du célèbre délégué de quartier, Baye Laye, tel qu'il est rapporté par A. Sylla dans un mémoire de l'IFAN (1984, 11) : « Mamadou Laye Mbengue, né en 1931 à Cambérène, vit actuellement à Guedjawaye. Il nous a raconté comment il est resté paralytique jusqu'à l'âge de 17 ans. Un jour, son père rendit visite à Seydina Issa [fils aîné et successeur de Limamou Laye, fondateur de la confrérie layenne] qui demanda de ses nouvelles. Son père lui répondit que Mamadou est un paralytique qui se traîne par terre. Seydina Issa lui demanda de le lui amener immédiatement. Lorsque mon père m'amena auprès du Saint Maître, dit Mamadou Laye, il [le marabout] saisit et tira le petit doigt de ma main gauche puis celui de ma main droite et ensuite les petits orteils de mes deux pieds, puis il souffla dans sa sainte main et la posa sur ma tête. Je sentis alors une fraîcheur me traverser

jusqu'à mes pieds, et aujourd'hui encore je ressens les effets de ce froid. Il dit alors à mon père : "Dieu fait toute chose en son temps." Le lendemain, à la même heure, je sentis la possibilité de me redresser sur mes jambes. Je me suis appuyé sur la baraque de Laly Ndiaye (un voisin) et je réussis à me tenir debout. La femme de ce dernier, Aïssatou Mboup, n'en crut pas ses yeux, elle se précipita sur moi et courut me planter [*sic*] devant mon père. Dès que celui-ci me vit debout sur mes jambes, il fut si agité par l'émotion durant toute la journée que nous eûmes peur pour ses jours. »

Ce texte — qui m'a été remis par Mamadou Laye Mbengue à l'occasion d'une de mes visites — a été reproduit intégralement car il illustre, en même temps que le contenu, la forme hagiographique. De tels récits sont nombreux dans la tradition orale et témoignent des pouvoirs surnaturels des grands marabouts (pour les layennes, Mamadou Laye Mbengue précise que seuls le fondateur et son fils aîné possédaient ces pouvoirs). Chez les mourides, V. Monteil (1966, 171) rapporte une lettre de l'Administrateur de Louga en 1907, à propos de Cheikh Amadou Bamba : « Il donne sa bénédiction en crachant sur la tête et les mains de ses adorateurs prosternés. L'eau de ses ablutions est précieusement recueillie, et le sable qui en absorbe les éclaboussures sert d'amulettes revendues par les *taalibé*. » Chez les qadr, P. Marty (1917, 27) relève que l'influence de Cheikh Saad Bouh « s'appuie moins sur sa science et sa piété que sur sa réputation de thaumaturge ».

Le pouvoir de guérir fait donc bien partie des attributs du marabout, mais l'étude de ses fondements fait apparaître deux formes distinctes, et non une seule comme le laisserait supposer l'utilisation par C. Coulon (1981, 110) du terme générique « maraboutage » pour désigner des « pratiques magiques » visant à la protection sur l'agression d'une personne. Lorsque Seydina Issa impose ses mains ou lorsque Cheikh Amadou Bamba crache sa salive, c'est la *baraka* — cette force divine qui leur a été donnée en même temps que la voie nouvelle, *tariqa*, leur était montrée — qui agit. Lorsque El Hadj Mbaye Diakhaté ou El Hadjr Oumar Sow font un *xaatim*, additionnant des chiffres dans un carré magique ou un *aayé*, écrivant des noms de Dieu ou des versets du Coran, ils utilisent, pour protéger ou pour soigner, une connaissance ésotérique qui leur a été transmise par un autre marabout contre une somme d'argent ou de services. Pour le prophète, il s'agit donc d'un pouvoir charismatique, et pour le marabout de quartier, d'un savoir acheté. On comprend dès lors que la bénédiction du premier ait plus de prix que l'amulette du second.

Les auteurs qui ont tenté d'expliquer la relation marabout-disciple ont généralement insisté, à juste titre, sur la dimension spirituelle de l'attente du *taalibé* à l'égard de son maître : « réaliser son salut » (A. B. Diop, 1981, 281), « une garantie pour l'au-delà » (Coulon, 1981, 107). Mais la dimension matérielle, dans cette vie, ne doit pas être négligée, comme le note D. Cruise O'Brien : le marabout doit « le protéger contre ce qu'il craint dans ce monde et dans le prochain » (1971, 51). Pour le *taalibé*, la contrepartie des dons, des services, des prières qu'il adresse à son marabout, c'est la guérison qu'il peut en espérer pour un parent malade et c'est l'aide qu'il peut en obtenir pour trouver du travail ou gagner un procès.

Ici toutefois, la *baraka* peut s'avérer insuffisante. Mais la mise en jeu de ses réseaux manifeste la force du marabout autant que l'efficacité de sa prière. Ainsi, un médecin privé de Pikine (non mouride) rapporte que, de Touba, la famille Mbacké — dont il a soigné plusieurs membres — lui adresse dans sa clinique, des malades qu'il ne fait pas payer, grâce à leur recommandation prestigieuse ; de cette façon, les marabouts font la démonstration de leur influence et le médecin s'assure du soutien ultérieur des autorités religieuses dans ses démêlés avec la justice pour une série de fraudes. Ainsi, dans un autre registre, l'entourage de l'un des hommes les plus riches du Sénégal raconte qu'arrêté au cours d'enquêtes sur l'enrichissement illicite au début des années quatre-vingt, il réussit à sortir de prison grâce à une intervention personnelle du Khalife général des mourides auquel il avait fait appel après le refus d'aide du Khalife général des tidjanes ; c'est à cette époque que le riche homme d'affaires tidjane se convertit au mouridisme et commença à affréter des véhicules gratuitement pour amener les pèlerins à Touba...

L'étude des pouvoirs des marabouts sur la maladie et le malheur, pouvoirs de guérir et de protéger, nous conduit donc insensiblement vers le cœur de la structure sociale confrérique : la relation de clientèle.

#### 4 | Dépendance et clientélisme

D'après G. Balandier (1969), les trois propriétés qui, selon D. Sperber, distinguent les relations de clientèle des relations de hiérarchie : l'asymétrie, qui manifeste la dépendance personnelle ; l'in-

transitivité, qui pourrait se traduire par la formule : les clients de mes clients ne sont pas nécessairement mes clients ; le choix, partiellement inconscient, du dominé qui accepte la domination dans une perspective stratégique. Ainsi identifié, « le réseau des rapports de clientèle apparaît comme recoupant les frontières tracées par les statuts sociaux, par les agencements des rangs, par la hiérarchie des groupes statutaires, des castes et des ordres ».

L'étude des réseaux mourides de la vente illicite des médicaments au Sénégal va fournir l'illustration concrète de la relation de clientélisme entre le disciple et son marabout, dans toute sa complexité. Comme il a été précédemment indiqué, la quasi-totalité des vendeurs sont wolof et mourides, le centre national d'approvisionnement du trafic se trouve à Touba, et la distribution des produits suit, pour reprendre l'expression de D. Cruise O'Brien (1971), la « filière » mouride. Mais comment s'établit concrètement la relation de clientélisme ? Comment s'intègre-t-on, lorsqu'on est un cultivateur du Baol, dans les réseaux commerciaux de Touba ? Plus encore, la relation entre le disciple et le maître est-elle différente selon que le premier est salarié dans une entreprise ou impliqué dans un trafic illégal ?

Tout *taalibé* mouride prononce un vœu de soumission, *njebbël*, à son cheikh lors de son initiation : « Je me soumets à vous, corps et âme. Je ferai tout ce que vous demandez de moi et m'abstiendrai de tout ce que vous m'interdisez » (Cruise O'Brien, 1970). Ce faisant, il obéit au précepte de Cheikh Amadou Bamba : « Sois devant ton cheikh comme un cadavre entre les mains du laveur de morts », qui n'est en fait que la prescription de base de toute confrérie puisque c'est également la formule attribuée à Abdel Kader Jilâni, fondateur de la Qadiriya au XI<sup>e</sup> siècle (A. B. Diop, 1981, 276). Cette soumission, qui est la pierre angulaire de la vie du *taalibé*, « la condition indispensable, et la condition unique, pour devenir membre de la confrérie » (Cruise O'Brien, 1970), est renouvelée à la mort du cheikh, par une brève cérémonie « d'attachement » à un fils ou un proche parent du défunt.

Le *njebbël* se concrétise de différentes façons selon la résidence, le mode de vie et le choix du *taalibé*. En milieu rural, il peut s'agir d'un don complet de sa personne pendant plusieurs années : le disciple travaille toute la journée, du lever du jour au coucher du soleil avec une interruption pour le déjeuner ; lorsqu'il ne peut pas travailler (comme un jeune poliomyélique de Guedjawaye élevé dans le Cayor), il va mendier et se fait battre s'il n'a pas rapporté assez de riz ; en période

de morte-saison, il peut rester auprès du marabout pour l'aider à l'entretien de la maison ; toutes ses décisions — notamment celles concernant le choix de l'épouse et la date du mariage — sont soumises à l'approbation du cheikh qui, en échange, ne les entretient que très incomplètement — ils mendient leur nourriture et reçoivent souvent leurs vêtements de leurs parents (A. B. Diop, 1981, 310-317). Mais le don de soi revêt fréquemment un caractère moins absolu : il se caractérise alors par un don de travail (champ du mercredi) et d'argent (*addiya*), qui constitue « une offrande à Dieu à travers le fondateur de la confrérie » (Cruise O'Brien, 1970).

En ville, le *taalibé* mouride — qui est d'ailleurs généralement un ancien cultivateur, un citadin de la première génération — est confronté à un environnement social et à un mode de production nouveaux (M. C. Diop, 1981). Comme l'indique D. Cruise O'Brien (1971, 237) dans un chapitre intitulé : « The urban brothers », « la migration de dizaines de milliers d'adeptes du mouridisme vers les principales villes du Sénégal au cours des vingt dernières années a constitué un test sévère de la flexibilité et des pouvoirs adaptatifs de la confrérie ». Les mourides des villes s'intègrent dans une double sociabilité : formelle, avec les associations confrériques, *daayira*, et informelle, au travers des réseaux de parenté et d'interconnaissance. Leur soumission au marabout s'exprime par une série de témoignages collectifs et individuels.

Avec son *daayira*, il participe à l'exploitation du champ du mercredi qui appartient au marabout (beaucoup des *taalibé* qui ont une activité salariée ne peuvent accomplir cette obligation) ; il offre l'*addiya* dont le montant est variable mais dépasse toujours 1 000 F dans les *daayira* étudiées en ville (avec une vingtaine de membres, celle d'El Hadj Mbaye Diakhaté avait collecté 65 000 F pour le *maggal* de 1984) : il semble que les autorités confrériques, et notamment le Khalife général, préfèrent la seconde forme de participation (financière) à la première (agricole), comme en témoigne la dispense, pour les mourides de Dakar, d'aller cultiver « le champ de Bambylor » qui a constitué l'une des premières décisions d'Abdou Lahad Mbacké lors de son accession au Khalifat général (M. C. Diop, 1981).

A titre personnel, le *taalibé* manifeste sa soumission par les offrandes dont la confrérie a vu se multiplier les formes et les occasions : l'*addiya* déjà signalée, dont l'expression collective, au nom du *daayira* n'empêche pas les témoignages individuels, à l'occasion de visites (le don du *daayira* étant souvent présenté au Khalife général, et celui du

*taalibé* étant remis directement à son propre cheikh) ; l'*asaka*, aumône destinée aux pauvres, en fait donnée au marabout qui est censé la redistribuer ; le *sas*, contribution fixée pour chaque *taalibé* par le cheikh en fonction de ses revenus estimés, innovation introduite à l'occasion de la construction de la grande mosquée de Touba ; enfin, le *njottuk bop*, dont la création remonte à l'époque du fondateur du mouridisme, et qui correspond à une somme de 140 F par personne à charge (Cruise O'Brien, 1971 ; Coulon, 1981, 106 ; A. B. Diop, 1981, 300).

Qu'obtiennent les *taalibé* en échange de ces nombreux dons à leur marabout ? Car la relation de clientélisme suppose des bénéfices attendus par le dominé et l'allégeance au cheikh permet de nombreux avantages, dans l'esprit du *taalibé* qui se soumet. Avantages matériels et spirituels, dans ce monde et dans l'autre. Ce qu'affirment explicitement les autorités confrériques, c'est la garantie de salut qu'assurent les dons ; C. Coulon (1981, 107) cite un texte du secrétaire du Khalife général publié en 1966 dans le quotidien national où les offrandes sont présentées comme « un dépôt que l'on retrouvera dans l'au-delà » et où le marabout est comparé à « une banque » qu'on « ne peut empêcher de tirer profit des sommes qui lui sont confiées par ses clients à qui elle garantit quand même la sécurité des biens ». Mais à côté de cette assurance pour l'autre monde, la confrérie permet déjà des bénéfices dans celui-ci : elle offre le cadre de ses réseaux de sociabilité dont on connaît, par exemple, la réussite dans les pratiques commerciales (Salem, 1981) ; elle donne une protection sociale dont on cite les interventions efficaces pour le règlement d'une affaire judiciaire, l'accession à un poste politique ou l'obtention d'une situation professionnelle (Cruise O'Brien, 1975) ; elle peut même fournir une aide directe en cas de difficulté financière — les démonstrations de générosité font partie du spectacle maraboutique — et une intercession en cas de maladie ou de malheur — c'est la force de la *baraka* déjà évoquée.

Mais en quoi les vendeurs illicites de médicaments sont-ils particuliers — ou non — dans cette structure sociale ? Tout d'abord, il faut expliciter comment la confrérie mouride a pu devenir le lieu social des trafics (de l'arachide, tout comme de la drogue et des armes) au Sénégal. Comme l'a montré J. Copans (1980), le mouridisme a fonctionné comme une idéologie structurant une réalité sociale ; dans le cas de l'arachide, il a su tirer parti d'une ressource préexistante (la culture arachidière existait dès la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle en pays wolof) ; dans le cas des médicaments, il profite d'un marché nouveau — besoins ressentis par les populations, inaccessibilité financière

aux produits pharmaceutiques — et cherche à s'adapter face à un contexte écologique qui se dégrade — sécheresse et désertification qui font migrer les paysans vers les villes. Pour cette reconversion partielle, il dispose d'atouts considérables : des zones franches d'où l'État sénégalais est absent (Touba avant tout, mais aussi la concession de Mamadou Mustapha Mbacké à Dakar) et qui constituent des lieux de stockage et d'approvisionnement ; des réseaux commerciaux déjà en place, aussi bien avec la Gambie (par l'écoulement de l'arachide) qu'avec la capitale où « les frères urbains » forment un groupe très solidaire, et qui permettent l'écoulement et la distribution (Fassin, 1985). Les conditions de possibilité de la vente illicite des médicaments sont donc créées. Le marché peut se développer.

Pour les marabouts, les bénéfices sont évidents. Si l'on veut que les *taalibé* fournissent des dons, il faut qu'ils aient de l'argent, donc qu'ils aient une source, légale ou non, de revenus. Les cheikhs connaissent très bien l'activité de leurs adeptes ; tous les vendeurs interrogés en attestent, certains recevant même la visite de leur marabout, ou d'un de ses proches, sur leur marché où il vient les saluer — et leur demander leur *addiya*. En revanche, les cheikhs n'interviennent jamais ouvertement dans le trafic des vendeurs, ni pour les inciter à entrer dans une filière, ni pour les aider à se procurer les produits ; ils ferment les yeux sur des pratiques qu'ils n'encouragent pas directement mais qui leur assurent des ressources non négligeables grâce aux dons. Pour autant, les marabouts ne sont pas totalement absents des circuits commerciaux, mais ils s'y introduisent au niveau à la fois le moins illicite (achat à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, réservée au secteur public) et le plus élevé (les quantités de médicaments ainsi achetés se chiffrent par centaine de milliers de comprimés, c'est-à-dire par millions de francs CFA).

Pour les vendeurs, l'intérêt n'est pas moins clair. D'une part, l'appartenance confrérique constitue la meilleure carte de visite pour entrer dans les filières : le cultivateur du Baol qui n'arrive plus à nourrir sa famille commence par vendre à Touba auprès d'un parent ou d'un camarade de *daayira* ; lorsqu'il a décidé de partir à Dakar, c'est avec une recommandation de son marabout qu'il va chercher à s'introduire dans les circuits de la capitale ou de sa banlieue ; l'accès à un point de vente sur un marché étant très réglementé par les vendeurs déjà en place, les chances de s'installer, si l'on ne bénéficie pas de soutien, sont quasi nulles. D'autre part, la structure mouride assure une protection sociale plus ou moins efficace, mais toujours recherchée,

particulièrement dans les pratiques illicites : jusqu'à la mort de Faliou Mbacké, le Khalife général « couvrait » systématiquement les activités de ses adeptes, intervenant directement ou indirectement — pour les libérer de prison ou obtenir des non-lieux ; depuis l'arrivée de son successeur, Abdou Lahad Mbacké, les discours se sont multipliés pour affirmer que les *taalibé* ne bénéficieraient plus du soutien automatique des autorités religieuses ; assurance vis-à-vis du gouvernement que l'importance de certains détournements commençait à mettre en position délicate (les deux tiers de la production d'arachide, première ressource nationale, avaient échappé au contrôle de l'Etat en 1985) plutôt que le changement réel d'attitude, d'après les observations que l'on peut faire sur les lieux mêmes de la vente.

## 5 | La religion comme garant de l'ordre

A l'heure actuelle, l'interprétation la plus fréquemment lue et entendue, concernant les rapports de l'islam et du pouvoir en Afrique noire, est que la religion musulmane serait, pour reprendre les mots de C. Coulon (1983, 165), « une contre-culture, souvent politique, pour les “sans pouvoir” ou l'élite “frustrée” ». Cette idée, également partagée par V. Monteil (1980), constitue un juste contrepoint au discours colonial, [P. Marty (1917) cite de nombreux témoignages d'administrateurs français et émet lui-même des opinions souvent très critiques à l'égard des marabouts sénégalais] et post-colonial [qu'il s'agisse d'ouvrages d'étrangers comme celui de L. Behrman (1970) ou de Sénégalais comme celui de C. T. Sy (1967) critiquant, il est vrai, une confrérie « rivale »] sur l'islam et ses marabouts, accusés tour à tour de freiner ce progrès économique, d'exploiter les masses paysannes et de collaborer avec le colonisateur. Néanmoins, la présentation de l'islam comme idéologie de libération doit être largement tempérée dans le cas sénégalais — ce dont C. Coulon (1983, 8) convient d'ailleurs : « je sais, pour avoir travaillé sur les marabouts du Sénégal, que l'islam peut participer d'une idéologie dominante et même s'ériger en appareil idéologique d'Etat ». On peut ainsi être tenté de voir, avec D. Cruise O'Brien (1970), dans la relation de clientélisme l'élément central de l'idéologie confrérique, et avec G. Balandier

(1969), dans les clientèles « les moyens du pouvoir et l'instrument de son maintien ».

La structure sociale au sein des confréries s'agencant autour d'une relation de dépendance délibérément choisie par le dominé et profitant à la fois au *taalibé* et au marabout, on conçoit que l'intérêt de chacun soit de « sauvegarder le statut et la fonction des groupes dominants qui leur assurent des avantages moraux et surtout économiques importants » (A. B. Diop, 1981, 296). On se trouve ici au cœur de ce que P. Bourdieu (1971) appelle la « dialectique de la foi et de la mauvaise foi (au sens de mensonge à soi-même, individuel ou collectif) ». La force de cette dialectique provient de son « refoulement » quasi absolu par les groupes et les acteurs en présence : ni le cheikh ni le disciple ne fera quoi que ce soit pour transformer l'édifice. Preuve ultime de la cohésion du système — et de sa dynamique interne —, les seuls changements qui peuvent s'y produire contribuent en définitive à le renforcer : ainsi en est-il de l'émergence d'intermédiaires (grossistes dans le commerce, petits marabouts dans l'agriculture) qui s'enrichissent de l'appauvrissement des autres adeptes, ou encore de l'institution de rapports de forces au sein de l'école coranique au bénéfice des élèves les plus âgés qui maltraitent et frappent les plus jeunes (A. B. Diop, 1981).

Mais il serait trop partiel de ne voir la défense, par la religion, de l'ordre social — ou plutôt d'un certain ordre social — qu'au sein de la relation du marabout et de son disciple. La force conservatrice de l'islam à l'égard des rapports de domination se manifeste également dans la division sexuelle du pouvoir. Sans entrer dans le détail d'une question complexe, on peut rappeler l'interdiction de fait, sinon de droit, pour les femmes, d'accéder à une connaissance véritable du Coran, c'est-à-dire de dépasser le stade de répétition, sans les comprendre, de quelques versets nécessaires aux cinq prières quotidiennes ; ou encore l'absence de femmes dans les structures supérieures du pouvoir confrérique, où elles ne sont que les nécessaires reproductrices biologiques du système.

De même, dans la condamnation des traditions pré-islamiques, des sorciers et des contre-sorciers, des mythes et des rites païens, on ne peut pas voir seulement une affirmation doctrinale, s'agissant de l'islam dont on connaît par ailleurs la profonde aptitude à se mêler, pour s'en enrichir, aux traditions locales (V. Monteil, 1980). C'est bien d'une prise de position idéologique, visant à conforter le pouvoir maraboutique, comme l'a montré E. K. Tall (1984), chez les Toucou-

leur de la Vallée du Fleuve, à propos des rapports entre les marabouts (*sernaaBé*) puissants et respectés, et les guérisseurs (*wileeBé*) affaiblis et marginalisés, mais pourtant redoutés. Ce rejet de pratiques non orthodoxes participe d'ailleurs d'un phénomène plus général : P. Bourdieu (1971) remarque ainsi que « le prophète et le sorcier ont en commun de s'opposer au corps des prêtres en tant qu'entrepreneurs indépendants exerçant leur office en dehors de toute institution ». Ce que les marabouts contestent aux contre-sorciers, ce n'est pas tant l'exercice d'un « savoir noir » (ils font parfois eux-mêmes appel à ces magiciens), c'est le pouvoir social que ceux-ci peuvent en tirer et la concurrence économique qu'ils leur font ainsi dans la population de leurs fidèles.

Enfin, l'islam confrérique constitue l'un des instruments les plus efficaces du maintien de l'ordre politique aussi bien au niveau de l'Etat que du village ou du quartier. Certes, l'histoire du Sénégal a montré le poids des confréries, mais il a découvert également leur jeu. Ainsi, A. B. Diop (1981 : 328-329) note qu'« en 1914, Blaise Diagne fut élu avec l'aide de la confrérie (mouride) dont il prit la défense auprès de l'administration, notamment dans une affaire de détournements de fonds destinés à la construction de la grande mosquée de Touba », mais que le Kalife général des mourides « accordait moins d'importance aux partis qu'à l'administration coloniale qui le supportait et dont il faisait la politique ». Plus récemment, le succès de Léopold Sédar Senghor (soutenu par les confréries mouride et tidjane) contre Lamine Gueye dans les années cinquante, puis contre Mamadou Dia dans les années soixante, atteste de cette relation complexe avec le pouvoir : les marabouts choisissent le meilleur candidat, qui les a lui-même choisis en les défendant contre la volonté exprimée par ses deux rivaux d'assainir les pratiques économiques des confréries ; ils le soutiennent pour son élection, en échange de laquelle ils pourront ensuite poursuivre leurs activités.

Jeu politique dont on peut également mettre en évidence les mécanismes complexes et souvent cachés dans la société pikinoise. Dans la perspective des élections de renouvellement des bureaux du Parti socialiste (desquelles découlent les choix de candidats pour les élections municipales et législatives), l'un des concurrents pour le poste de secrétaire général de coordination offre, au début de 1986, dix parcelles d'un terrain où il est responsable de la construction du futur lotissement, à un influent chérife qadr originaire de Mauritanie mais possédant une concession à Pikine où vivent sa mère et l'une de ses épouses. Le candidat obtient ainsi l'assurance du soutien du chérife et

de ses *taalibé*. Le marabout conforte son pouvoir en distribuant à son tour les dix parcelles à des parents ou à des adeptes. Cet exemple, rapporté par le délégué du quartier, ami du politicien et disciple du chérife — c'est-à-dire client de chacun —, qui a effectué les tractations entre les deux hommes, illustre la logique des obligations réciproques qui maintiennent, au-delà des remous parfois suscités par les hommes politiques et par les marabouts, l'ordre existant, c'est-à-dire les rapports de domination.

## Les pouvoirs économiques

La circulation des biens et des richesses dans les sociétés africaines offre une complexité telle que peu d'anthropologues se risqueraient aujourd'hui à réaliser une enquête de revenus ou de budget comme on en fait dans les pays industrialisés et, de manière guère convaincante, dans certains pays en développement : seule une minorité de citadins sont salariés, la majorité d'entre eux vivant de ressources diverses et variables ; de plus, les phénomènes d'échange, de redistribution, d'accumulation cachée, de consommation ostentatoire rendent impossible le calcul de ressources réelles. Dans ces conditions, qu'on ne s'attende pas ici à découvrir des indications précises sur ce que gagnent les médecins, marabouts, guérisseurs de Pikine : la diversité des situations ne donnerait de toute façon guère de sens à un chiffre moyen. En revanche, on peut essayer de comprendre les enjeux financiers autour de la maladie, les relations entre les différentes sphères économiques, les stratégies d'enrichissement des thérapeutes : la puissance de l'argent n'est-elle pas en effet la manifestation la plus évidente et la plus triviale du pouvoir ?

### 1 | Le prix de la guérison

Contrairement à l'adage qui veut que la santé n'ait pas de prix et aux affirmations des guérisseurs selon lesquelles on soignait autrefois pour rien, la guérison se paie, et s'est toujours payée. Par la souf-

france, par les sacrifices, par les aumônes, par les dons aux guérisseurs, par l'achat de médicaments. En remplaçant, dans les dispensaires, la consultation gratuite qui ne permettait pas d'obtenir des médicaments et que les malades désertaient donc, par une consultation payante qui permet l'approvisionnement en médicaments et donc leur distribution (au moins partielle), les autorités sénégalaises — d'abord dans le cadre du Projet Pikine, puis sur l'ensemble du territoire national — ont implicitement reconnu ce principe : la santé a un prix.

« Ce doit être un grand guérisseur car il ne demande pas d'argent », disait un enquêteur à propos d'un vieux thérapeute de Pikine. Partout, le discours sur la dégradation du savoir et l'influence néfaste de l'argent est entendu : « Actuellement, tout le monde se dit marabout, on demande vingt-cinq mille francs ou cinquante mille francs, on fait payer avant le traitement ; mais l'Afrique (sous-entendu : traditionnelle) n'est pas comme ça » ; ou encore : « Si le savoir a moins d'importance aujourd'hui c'est qu'on a trop augmenté les prix : quand on fait payer cinq cents francs au lieu de vingt-cinq, ça nuit à l'efficacité. » Discours tenu à la fois par les guérisseurs et par les populations, et qui prend sa place dans le phénomène plus général de mythification de l'autrefois. Mais que ce discours paraisse mythique et convenu ne signifie pas qu'il n'ait pas de sens : si les thérapeutes disent que l'argent détruit ou dénature le pouvoir de guérir, tout en demandant des sommes parfois très élevées, et si les malades dénoncent la dégradation du savoir mais font appel aux marabouts les plus exigeants financièrement, c'est bien que l'argent n'a pas qu'une vertu délétère. Pourquoi le discours semble-t-il masquer les pratiques ? Autrement dit : pourquoi les guérisseurs et leurs patients ont-ils intérêt à taire et à cacher la réalité économique de la relation thérapeutique ?

« Chaque maladie a son prix », « pour être soigné il faut payer », « si la somme n'est pas complète, le malade ne peut pas guérir » : il existe ainsi un deuxième discours, apparemment contradictoire avec le premier, et pourtant tenu par les mêmes guérisseurs. Plus conforme aux pratiques effectives, ce discours affirme le pouvoir du thérapeute d'exiger son dû et de fixer son tarif : le malade ne peut qu'accepter le prix imposé (en fait, il arrive que la somme soit discutée âprement). Et cette seconde version du même jeu renouvelle la question : comment un tel double discours peut-il être prononcé par les guérisseurs et entendu par les populations ?

On peut d'abord se demander comment se déroulait l'échange

économique de la relation thérapeutique dans cet âge d'or dont on parle tant, cet autrefois (« du temps où j'étais enfant ») et cet ailleurs (« c'était au village »). D'après les nombreux témoignages recueillis, les soins étaient donnés contre une somme symbolique de quelques francs (on parle souvent de six francs) que le malade versait au moment de la première rencontre. Mais le vrai paiement se faisait après la guérison et dépendait à la fois de la gravité de la maladie (un cas de sorcellerie ou de possession est beaucoup plus coûteux qu'une affection sans intervention surnaturelle), du statut social du guérisseur (un marabout renommé doit être honoré d'une somme plus importante qu'un thérapeute peu connu) et des ressources économiques du malade (il faut donner à la mesure de ses moyens, est une phrase fréquemment entendue). Que donnait-on ? Il pouvait s'agir, selon le type de biens dont disposaient les familles, de chevaux, de bétail, de pagnes, de mil. Comme le remarque E. K. Tall (1984, 364) à propos de la société toucouleur, « l'échange monétarisé était un échange symbolique qui marquait l'ouverture d'une dette qui devait tôt ou tard entraîner une compensation ; cependant, l'échange n'était jamais immédiatement réciproque dans la mesure où il n'était jamais clos dans ses attributs ».

En fait, si le montant du don n'était pas fixé explicitement par le guérisseur, c'est qu'avant tout il était établi implicitement par la société. Ne pas donner assez eût été risquer de perdre le bénéfice des soins et la confiance du thérapeute. Ainsi dans cet autrefois et cet ailleurs où s'exalte la nostalgie du temps passé, la guérison s'achetait aussi, parfois très cher — il n'était pas rare que l'on donnât un bœuf ; et si rien n'était exigé, c'est que la dette était convenue —, il fallait que le don fût à la hauteur de l'effort du guérisseur.

La force du lien thérapeutique et donc le maintien du silence autour des enjeux économiques du traitement tiennent à plusieurs éléments. Tout d'abord, malade et guérisseur sont unis par une double menace : il faut payer ce qui doit être payé car sinon, d'une part, la guérison risque de ne pas être obtenue (c'est une loi du tout ou rien : si la totalité de la dette aux sorciers ou aux esprits n'est pas acquittée, il n'y a pas de guérison), d'autre part, le thérapeute risque lui-même d'être victime de la maladie (le sorcier ou l'esprit non vaincu se retourne contre celui qui l'attaque). De plus, le don qui est fait par le malade au guérisseur est généralement une aumône (*saraax*) faite pour les pauvres : l'animal qu'on égorge sera ensuite préparé et partagé, le grain peut être distribué, même les pagnes peuvent être redon-

nés ; la règle est que le thérapeute ne doit pas s'enrichir avec son acte. Enfin, lorsque le montant est prescrit avec précision (sacrifier un taureau blanc par exemple), la demande est légitimée par son origine surnaturelle : c'est au cours d'une séance de divination, d'un dialogue avec les esprits ou d'un vol nocturne des sorciers que l'exigence a été formulée ; il n'est donc pas question de discuter.

Ces trois raisons — menace sur les protagonistes, présentation comme aumône et prescription surnaturelle — contribuent fortement à l'opacité de la relation thérapeutique. Rien n'autorise à croire qu'il s'agit là d'une simple mystification des malades dont profiteraient les guérisseurs qui leur soutireraient ainsi des biens. Mais, à l'inverse, tout permet de penser qu'il y a, dans les explications données, la justification du pouvoir du soignant sur le soigné. Certes, lorsqu'il y a agression, malade et thérapeute se sentent menacés, et parfois en danger de mort : certains décès sont ainsi expliqués par une prescription de sacrifice non respectée, et plusieurs contre-sorciers ont déclaré qu'ils n'avaient jamais pu avoir d'enfants à cause des forces maléfiques contre lesquelles ils luttaient et qui s'étaient vengées sur leur descendance. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une banale maladie infantile, la même logique est maintenue : ainsi, un guérisseur installé au bord d'un marché, recevant un enfant qui vomit, identifie la maladie et demande six cents francs pour les soins ; comme la femme prétend n'avoir que cinq cents, il refuse de donner sa poudre de racines ; elle finit donc par donner la somme exigée ; alors qu'elle s'éloigne, il commente : « Si on ne paie pas la totalité, le traitement est sans effet. » Mystification dont ne sont dupes ni le guérisseur — qui, auparavant, m'avait expliqué qu'il pouvait soigner pour rien car il travaillait pour Dieu —, ni la femme — puisqu'elle marchandait le prix et essaie de tromper le thérapeute.

Il y a donc un double écueil : ne voir dans les marabouts et les guérisseurs que des charlatans exploitant la crédulité des malades — interprétation très répandue à Pikine où elle va de pair avec la glorification du temps des vrais hommes de savoir ; et ignorer les bénéfices objectifs, en terme de prestige, mais aussi de biens matériels, que peuvent tirer les thérapeutes de leur activité — ignorance qui bien entendu, renforce le pouvoir des guérisseurs. Mais il y a une autre source d'erreur : accepter le discours selon lequel le savoir thérapeutique aurait été utilisé, au village et il y a longtemps, de manière complètement désintéressée, et serait devenu, en ville et aujourd'hui, une marchandise qu'on discute et qu'on vend ; en réalité, ce qui semble

(relativement) nouveau, concernant l'art de soigner, ce n'est pas sa valeur marchande, c'est sa monétarisation (« autrefois on donnait un mouton, maintenant on donne de l'argent »).

## 2 | Un marabout dans les affaires

Originaire de Casamance, El Hadji Famara Danso est un véritable entrepreneur utilisant ses pouvoirs religieux et thérapeutiques dans sa remarquable ascension sociale et ses étonnantes réalisations agricoles. D'une famille de marabouts manding installée dans un village près de Seydhiou (son grand-père maternel l'a fondé — ou conquis — au début du siècle), il est le quatrième fils de son père : les trois premiers sont restés en Casamance ; lui est venu en 1970 à Dakar à la demande pressante d'un malade qui le connaissait et voulait ses bénédictions ; sa consultation est vite devenue réputée et il a décidé de rester. Au bout de quelques années, il était suffisamment riche pour aller faire son pèlerinage à La Mecque. Au lieu de rentrer au Sénégal, il a passé près de deux ans en France et en Suisse, au cours d'une tournée où il dit avoir été hébergé et aidé par ses disciples (ceux qu'il a guéris et qui font partie de sa clientèle, dans laquelle on compte plusieurs Européens). A son retour, et grâce à son activité de marabout, il disposait de soixante millions de francs ; c'était en 1978. Pour « ne pas laisser dormir son argent », il a financé un projet agricole dans son village : c'est le « Cartel de Djinany, groupement d'exploitation et de solidarité » dont il est le président.

Le premier programme, en 1979, concernait un village et dix hectares de champs où il cultive l'arachide ; il a construit un barrage pour permettre l'irrigation des sols ; il a édifié un bâtiment pour y abriter les ouvriers agricoles. Mais il voit beaucoup plus grand : ce projet lui ayant déjà apporté des bénéfices, il commence un second programme en 1986 visant à englober douze villages et à couvrir quatre-vingts hectares ; les effectifs des travailleurs devraient passer de huit à cinq cents ; la production devrait se diversifier avec la réalisation d'un verger et la constitution d'un cheptel.

Analphabète, il fait appel à un ingénieur agronome pour rédiger son projet et faire sa demande de crédit. Après l'échec de ses tentatives auprès de l'Etat sénégalais pour l'obtention d'un financement, il

intervient auprès de l'Ambassade du Canada dont il espère vingt-cinq millions de francs. D'ailleurs, apte à voir très rapidement l'intérêt qu'il peut tirer de toute nouvelle situation, il me fait un bon accueil et me demande quelle aide concrète je peux lui apporter.

Comme il doit consacrer une bonne partie de son temps à ses activités de marabout, il délègue une partie de ses tâches agricoles et, se comparant à « un Président de la République », il nomme ses « ministres » : Malang Mané qui garde les semis, Alimamy Ndiaye qui s'occupe de la nourriture, Alfa Dramé qui a la charge du matériel, Massane Diop qui contrôle le travail des ouvriers manding, Demba Diallo qui surveille les travailleurs peul. Pour la construction d'une école et d'un dispensaire, il demande à un architecte de lui dresser des plans — et il me propose de m'occuper des médicaments.

Au village, ses terres sont actuellement exploitées par huit personnes à plein temps : trois *taalibé* (qu'il ne paie pas), cinq employés (faiblement rémunérés). De plus, il bénéficie de la contribution à tour de rôle des douze villages dont les bras masculins ont participé à l'édification du barrage et constituent actuellement la force de travail gratuite de terres du Cartel : chaque fois que le drapeau — « blanc comme la paix, vert comme la récolte, rouge comme la fatigue et la souffrance, avec deux mains serrées pour s'entraider » — est hissé au-dessus d'un village, les hommes savent qu'ils doivent partir sur les champs du marabout.

En fait, pour cette entreprise financièrement (et politiquement) très rentable, c'est l'argent de ses consultations qui a d'abord servi de capital pour lancer le programme et qui contribue encore actuellement à l'investissement dans des machines (une motopompe récente), des engrais, des semis. Ses spécialités dans le maraboutisme sont d'ailleurs très rémunératrices puisqu'il aide « ceux qui sont sans travail » et « ceux qui cherchent le bonheur » ; il peut également donner des protections contre des rivaux et des ennemis (il déclare être consulté par des politiciens et des ambassadeurs), et encore des amulettes apportant la réussite (qui ont eu beaucoup de succès auprès des Français visités au cours de sa tournée européenne). Par ailleurs, il est guérisseur, utilisant les plantes et les versets coraniques, l'eau bénite et les amulettes ; son père et son grand-père soignaient les fous et les lépreux, mais lui n'a pas de spécialisation et il guérit à peu près toutes les maladies.

Autrefois, au village, on le payait avec une vache, une chèvre, de l'argent ; au début du traitement, il recevait une avance ; le reste lui

était donné après la guérison. Aujourd'hui il demande de l'argent, et double en général la somme exigée sous prétexte de faire venir les plantes de Casamance (« ce qu'on paie cinq mille francs à Djinany, il faut le payer dix mille ici pour rembourser le billet aller et retour jusqu'au village »). D'ailleurs, s'il reste en ville, c'est que les ressources de ses activités maraboutiques sont meilleures — car l'affluence de clients est plus grande et les ressources des citadins sont supérieures.

Bien que marabout, il n'a qu'une connaissance très réduite du Coran dont il sait les formules par cœur sans en posséder le sens (il n'a jamais appris la traduction). Il ne fait donc pas d'enseignement, et ceux qu'il désigne comme ses *taalibé* sont seulement des adolescents qui lui ont été confiés par leurs parents et qui cultivent gratuitement ses champs d'arachide ; en somme, une petite école coranique sur le modèle des mourides du Baol, *daara*, où aucun savoir n'est dispensé et dont l'exploitation de la force de travail est la seule raison d'être.

L'originalité d'El Hadji Famara Danso est double. D'une part, il cumule deux registres, généralement distincts, de l'activité économique des marabouts : il est magicien et guérisseur, reconnu, sollicité par les hommes politiques locaux (dont il reçoit probablement en échange la protection), ayant exercé en Europe (à la manière des « marabouts à carte » dont on sait les tarifs très élevés généralement pratiqués) ; et il est propriétaire de champs exploités de façon moderne, à la fois par des travailleurs permanents — dont une partie est constituée par des disciples — et des cultivateurs temporaires des villages voisins qui fournissent quelques jours de main-d'œuvre gratuite chaque année. Et d'autre part, il partage son existence entre la ville et le village pour pouvoir mener sa double carrière de magicien et d'entrepreneur : il vit à Guedjawaye et fait des voyages au village, à l'inverse des marabouts propriétaires fonciers qui restent sur leurs terres toute l'année et ne font que de rares apparitions en ville.

En Haute et Moyenne-Casamance, plusieurs centres maraboutiques, généralement manding (et qadr), se sont développés au cours du dernier demi-siècle. Reproduisant une idéologie du travail très voisine de celle développée en pays wolof ou sérer par les marabouts mourides, et parfois tidjanes, ils obtiennent des paysans casamançais le défrichage et l'exploitation de terres, sous la forme de « champs du mercredi » (travaux quelques journées par an) ou de *daara* (présence permanente et non rémunérée). Ainsi, près de Seydhiou, Tierno Diop, le marabout toucouleur de Boudouk exerce une influence très grande sur les villages avoisinants et constitue même une concurrence dange-

reuse pour El Hadji Famara Danso. Moins puissant localement (possédant moins de terres et de disciples), celui-ci bénéficie néanmoins de deux atouts : son activité de marabout en ville qui lui permet de réinjecter en permanence des capitaux dans son exploitation agricole, et son insertion dans les circuits capitalistes modernes, avec la présentation de projets de développement permettant l'obtention de subventions et avec l'utilisation d'une technologie moderne autorisant une meilleure productivité.

Mais le sens des affaires et le goût de l'argent ne constituent pas une caractéristique des seuls marabouts, et les attraits financiers de l'art de soigner ne sont le fait des seuls thérapeutes traditionnels, comme le discours classique sur le charlatanisme tendrait à le faire croire.

### 3 | **Le médecin et le financier**

« Il faut savoir prendre l'argent là où il est — chez les pauvres », disait un humoriste. Six des huit médecins et sages-femmes du secteur libéral déclarent s'être installés à Pikine pour des motifs financiers ; quant aux deux qui affirment être venus pour des raisons humanitaires, l'un, médecin, a dû fermer son cabinet en 1986 faute de clients, et l'autre, sage-femme, possède une clinique prospère qui lui assure une belle fortune personnelle et illustre les bénéfices secondaires qu'on peut tirer d'une activité désintéressée. D'ailleurs, la carte des cabinets et cliniques privées montre leur localisation exclusive dans les trois zones les moins défavorisées économiquement parmi les huit qui constituent l'agglomération : l'installation nécessite une étude préalable de marché.

La clientèle payante du secteur libéral — la consultation y coûte entre vingt et trente fois plus que dans le secteur public, et l'accouchement revient à près de vingt fois plus cher que dans les maternités publiques — se compose de salariés qui bénéficient d'une assurance maladie de leur entreprise ou de l'Etat, et de non-salariés qui paient eux-mêmes à un tarif supérieur — 4 500 F au lieu de 3 000 pour une consultation normale. L'un des médecins de Pikine, qui a dû s'associer à une jeune pédiatre en raison de sa nombreuse clientèle, n'assure que « les consultations privées », comme l'indique l'écriteau sur sa

porte, alors que sa collègue se charge des consultations des assurés sociaux, moins lucratives. En fait, comme l'indique un autre généraliste, « il y a trois sortes de consultants : les nantis qui ne veulent pas aller dans les dispensaires gouvernementaux, qui gardent le sens du privé, qui exigent qu'on respecte le secret médical, les travailleurs qui ont l'assurance maladie, et les démunis à qui je fais une réduction et qui parfois même ne paient pas » ; ce dernier groupe se compose essentiellement de parents (à l'égard desquels les médecins se sentent des obligations) et des clients de marabouts ou de politiciens (lesquels peuvent un jour devenir eux-mêmes protecteurs).

Pour accroître leurs revenus, la plupart des praticiens disposent d'appareils et utilisent des techniques qui servent à la fois à augmenter leur prestige et à permettre un tarif plus élevé de la consultation : quatre sur les six disposent d'une radioscopie (l'examen vaut 1 200 F) ; un seul dispose d'un laboratoire permettant les examens courants (goutte épaisse, parasitologie des selles) ; un autre pratique des ponctions diverses (ganglions, vessie, genou). Connaissant l'existence de ces examens complémentaires, les malades consultent souvent « pour avoir la radio », ou « pour qu'on leur mette une aiguille dans le genou », de l'aveu même des médecins qui déclarent évidemment ne pratiquer ces méthodes d'investigation que lorsqu'elles sont indispensables. Sans en discuter ici le bien-fondé médical, on peut toutefois en constater l'efficacité sur la constitution d'une clientèle et la réalisation de bénéfices : en médecine libérale, le capital de confiance se transforme rapidement en capital financier.

D'une logique économique encore plus manifeste est le développement, dans la clinique de l'un des généralistes de Pikine, de techniques thérapeutiques empruntées aux « médecines douces », telles que le « Bionar qui est une sorte d'acupuncture électronique », le « DTS, détecteur stimulateur qui permet de repérer et traiter les zones douloureuses », le « Slendertone qui fait des massages en courant continu », bientôt l'auriculothérapie pour laquelle il dispose « déjà du matériel ». Ayant introduit ces techniques depuis 1979, il déclare avoir été « le premier en Afrique à les utiliser ». Il n'a aucune formation spécifique — pour l'un des appareils il a passé une journée à apprendre à s'en servir, pour les autres il a bénéficié des seuls conseils du vendeur —, et il s'en sert de manière quasi magique (« l'électricité qui remplace la chirurgie »), multiplie les indications (« le Bionar est efficace sur les stérilités et les femmes commencent à parler de bébés bionar ») et revendique sa modernité (« inciser les abcès c'est le Moyen

Age, il faut être de son temps »). Discours et pratiques qui expliquent son succès : sa réputation dépasse la région du Cap-Vert et sa consultation est la plus importante du secteur libéral de Pikine.

Si ces activités très lucratives obéissent aux lois de l'entreprise privée — dont l'exercice de la médecine est ici une forme, comme la vente de médicaments en officines — sans dépasser les limites de l'éthique, on ne saurait en dire autant de certaines interventions chirurgicales. Ce praticien des « médecines douces » sans compétence chirurgicale ou gynécologique particulière avait pu pourtant pratiquer (jusqu'à son arrestation et sa condamnation en 1984) des opérations dont la plus remarquable, appelée « coloplastie », consistait à ouvrir l'abdomen et à retirer un peu de tissu grasseux sous-cutané, sans toucher à l'intestin contrairement à ce que laisse supposer le nom de l'intervention, chez des patients se plaignant « de douleurs et de bruits dans le ventre » (selon son assistant et aide-opérateur) ; quand on sait la fréquence des troubles digestifs chez les Sénégalais et le coût de la « coloplastie », 65 000 F, on imagine les ressources qu'il pouvait tirer de cette activité. La pratique abusive de gestes opératoires, et même la pratique de fausses interventions, sont d'ailleurs bien connues en dehors de l'Afrique, notamment à Paris où les travailleurs immigrés sont les premières victimes de ces chirurgiens mystificateurs, français et africains. Pour en revenir au médecin de Pikine, à sa sortie de prison (son séjour n'avait pas reçu trop de publicité), il a pu reprendre son activité de cabinet, délaissant seulement la chirurgie, et en quelques mois a retrouvé son succès populaire.

Le secteur libéral à Pikine n'est ainsi pas seulement un lieu d'enrichissement, il est aussi un lieu « d'enrichissement illicite » pour reprendre la terminologie officielle, très utilisée au début des années quatre-vingt, lors de la campagne de moralisation des affaires menées par le Premier Ministre Abdou Diouf. Outre l'exemple déjà mentionné — il s'agissait d'ailleurs plutôt d'exercice illégal de la chirurgie, sanctionné à la suite du décès d'une jeune femme qui avait subi un avortement —, il y a le cas célèbre des « Imputations budgétaires ». Le 23 décembre 1981, le quotidien national titre sur une « vaste escroquerie » portant sur « 800 millions de francs CFA de préjudice provisoire », et qualifiée dans le numéro du 10 février 1982 de « plus grosse escroquerie jamais connue au Sénégal » (*Le Soleil*, 23 décembre 1981, p. 1, et 10 février 1982, p. 1). En quoi consiste cette affaire de « faux et usage de faux à grande échelle » ?

L'accusation contre les D<sup>rs</sup> B... de Dakar et N... de Pikine

comportait deux charges : d'une part, avoir fait remplir par des fonctionnaires, des formulaires pour des hospitalisations qui n'avaient pas eu lieu et des soins qui n'avaient jamais été prodigués, permettant à ces deux médecins d'obtenir ensuite le remboursement de l'Etat ; d'autre part, avoir fait prendre en charge des frais de la clinique du premier (non agréementée par l'Etat) sous le couvert de la clinique du second. Le montant des bénéfices pour les deux médecins avait été estimé à 15 millions et la condamnation avait été de vingt-trois mois d'emprisonnement ferme et d'un million de francs d'amende (*Le Soleil*, 1<sup>er</sup> mars 1986, p. 8). Ayant aujourd'hui payé sa peine et payé son amende, le D<sup>r</sup> N... essaie de « remonter » sa clinique à Pikine où il continue de bénéficier de l'estime de beaucoup de ses anciens malades et de la communauté toucouleur dont il fait partie.

En présentant ces deux exemples très différents d'illégalité dans l'exercice de la médecine — avec préjudice pour les malades dans un cas, et pour l'Etat dans l'autre —, il ne s'agit évidemment pas de discréditer le secteur libéral : les autres praticiens privés de Pikine n'ont pas été impliqués dans des affaires judiciaires. Ces deux cas montrent toutefois une logique — celle de l'intérêt privé — poussée à l'extrême ; ce qui choque ici le public, c'est que des médecins soient en cause et que des malades soient victimes car, pour le reste, ces falsifications et ces détournements sont bien habituels au Sénégal. Les deux exemples donnés dévoilent une logique du système médical, ils n'en sont pas un accident. Pas plus que les pratiques de corruption ne sont une aberration du système politico-religieux, dans la vente illicite des médicaments.

#### 4 | Fortune dite, fortunes faites

Le savoir enrichit celui qui sait — ou qui prétend savoir. Dans la relation entre richesse et connaissance, où le marabout joue le rôle d'intermédiaire, il y a en fait deux aspects opposés, mais non contradictoires : le savoir qui permet de donner la richesse aux autres — fortune dite —, et le savoir qui permet d'accroître sa propre richesse — fortunes faites. Deux aspects souvent difficiles à dissocier, notamment chez ceux qui vendent le bonheur ou la réussite.

Chez les Peul et les Toucouleur, les *sanaraaBé* sont des marabouts

qui n'ont qu'un « pouvoir blanc » : ils donnent le bonheur et la fortune. El Hadji Balla Sow, Peul du Dyolof, est cultivateur et éleveur. Chaque année, il vient passer la période de soudure en ville chez un ami guérisseur vivant dans le quartier de Médina-Gounasse de Dakar, et pendant plusieurs mois, il déambule dans les ruelles de Pikine et de Dakar avec en bandoulière sa sacoche (*sikaara*) qui le fait reconnaître immédiatement comme *canaraajo*, vendeur de richesse. Il possède des racines que l'on prépare en décoction (pour ensuite se laver), et fait des bénédictions sur des cordelettes (que l'on doit porter au cou ou au poignet).

Jusqu'en 1977, cette activité était une source accessoire de revenus : une fois la récolte terminée, il partait dans les villages du Dyolof pour vendre ses pouvoirs jusqu'à l'hivernage ; les faibles moyens des cultivateurs qui le sollicitaient ne lui permettaient pas de s'enrichir lui-même. Depuis neuf ans, il pratique son savoir en ville, et les périodes à Pikine s'allongent régulièrement chaque année — en 1985, il y a passé plus de six mois —, moins à cause de la plus grande rigueur au village que grâce aux gains qu'il semble faire en ville : « Ici à Dakar, dit-il, il y a le monde, il y a la richesse. » Ce qui, dans son esprit, semble correspondre à une double réalité : la population plus nombreuse lui assure une clientèle plus grande, d'autant qu'il y a « beaucoup de connaissance là-bas, mais peu ici » (le taux de savoir par habitant lui est favorable) ; surtout, les conditions économiques urbaines permettent plus facilement un enrichissement rapide qu'au village où la sécheresse rend exceptionnelles les bonnes années (« en ville, quand tu donnes une poudre ou fais une bénédiction, tu peux en voir immédiatement les effets »). Vendeur de bonheur, il commence lui-même à faire fortune.

Plus récente, une autre pratique d'enrichissement connaît un essor remarquable : la multiplication de billets. Le principe est simple : le multiplicateur, souvent aidé d'un rabatteur, propose à sa victime de faire apparaître plusieurs billets pour un qui est donné au départ ; lors de la première séance, il appâte son client en lui faisant effectivement empocher une somme supérieure à celle engagée ; à la seconde séance, la mise est en général beaucoup plus élevée et le multiplicateur disparaît laissant sa victime désabusée et parfois ruinée ; sur les nombreux cas (voir par exemple *Le Soleil* du 22 décembre 1981), peu donnent lieu à des plaintes et beaucoup de multiplicateurs échappent à la justice. Variante du scénario : un guérisseur sérer de Guedjawaye qui vend « des portefeuilles qui servent à garder de l'argent sans que

personne ne le sache et à multiplier les sommes qu'il cache » et qui prétend que des chérifes lui en auraient acheté.

S'agissant de ces vendeurs de réussite et de ses multiplicateurs de billets, on peut s'estimer loin des problèmes de santé et des systèmes de soins. Pourtant, lorsque ce sont les mêmes qui se déclarent faiseurs de fortune et chasseurs de sorciers, lorsqu'une même racine sert à obtenir la richesse ou la fécondité, lorsque enfin le malade, le commerçant, le chômeur, l'accusé, consulte le même marabout qui leur promet respectivement la guérison, la fortune, un emploi, un non-lieu, il n'est pas facile sauf dans les cas extrêmes de tracer une limite entre deux hommes de savoir, ou même dans l'activité d'un même thérapeute, pour départager le médical du non-médical.

Dans des sociétés où des fortunes peuvent se constituer en quelques années — plusieurs des hommes les plus spectaculairement riches du Sénégal le sont devenus en moins de deux décennies —, il n'est pas étonnant que les talents des vendeurs de réussite et des multiplicateurs de billets soient si convoités. On ne sera donc pas non plus surpris que les marabouts puissent eux-mêmes rapidement s'enrichir des dons de leurs clients. Fortunes vite acquises mais parfois éphémères. Ou instables, comme celle de Mamadou Diaby, déjà évoquée. Mais pourquoi s'enrichir ? A quoi bon cet argent amassé, quand tous déclarent « soigner pour Dieu » et reconnaissent « que les grands hommes méprisent la fortune » ?

## 5 | La richesse comme pouvoir social

L'élément le plus remarquable de la richesse, pour le chercheur étranger, est sa discrétion. Ou plus exactement, le code différent dans lequel elle est exprimée. Rendant visite à Sérigne Mboussobé Mbacké, représentant de Sérigne Mourtafé Mbacké au Cap-Vert et plus haut dignitaire mouride de Pikine, il m'aurait été impossible de le deviner riche et puissant sur la seule apparence de son vêtement ou de sa demeure : enveloppé dans un habit de percale blanche, assis sur un lit recouvert d'un simple drap, dans une pièce sans autre décoration qu'une natte et un fauteuil, il exprimait la modestie et l'austérité. De même allant présenter mes salutations à la mère du Chérife de Nimzatt, et la trouvant allongée sur un matelas au milieu de ses fils

cadets et de ses filles, dans une chambre nue, au milieu d'une concession à peine plus grande que celle de leurs voisins de Guedjawaye, il m'était difficile de l'imaginer mère du chef de la Qadiriya du département de Pikine. Dans les deux cas, n'eût été le respect dont les entouraient leurs proches et leurs disciples (d'ailleurs peu nombreux en ces occasions), rien ne montrait le pouvoir religieux ni les biens matériels dont on se savait pourtant en présence.

De même, connaissant certains guérisseurs depuis plus d'un an, les ayant rencontrés chez eux et dans des lieux publics, m'étant entretenu avec eux sur de nombreux sujets, je ne pouvais estimer leur richesse, et même, pour quelques-uns, je ne parvenais pas à déterminer s'ils étaient riches ou pauvres. Al Djouma Seck, guérisseur sérer qui se faisait offrir, disait-il, un voyage et un séjour en France par un ancien malade reconnaissant, qui arborait de somptueuses étoffes, qui vivait dans une maison en dur, mais dont le plat de riz ne contenait que de maigres poissons, était-il plus riche que Maguet Ka, guérisseur peul et chef de quartier, vêtu d'un vieux boubou usé, habitant une baraque en bois, mais dont les biens étaient dans le Diéri (troupeaux et terres) ? Pour l'enquêteur qui m'accompagnait, il ne faisait aucun doute que le premier trichait (« son voyage et son habit, c'est de la publicité ») et que le second possédait plus qu'il ne montrait (« ses richesses sont cachées ou bien éloignées »). De tels exemples pourraient être multipliés : El Hadji Famaro Danso dont la fortune se mesurait en dizaines de millions de francs investis dans son Cartel de Djinany, et qui ne présentait aucun signe extérieur la laissant deviner ; Doudou Diémé, guérisseur diola, toujours habillé d'un pantalon de toile et d'une blouse, et pas même propriétaire de sa maison, alors qu'on lui connaissait une consultation nombreuse et des tarifs élevés. Des constatations voisines sont faites par J. M. Gibbal (1984) dont le coupeur de luettes, alors même qu'il devient réputé et multiplie les actes opératoires, donc ses revenus, ne modifie pas sa façon de vivre.

En fait, cette règle de la discrétion n'est souvent pas retrouvée chez les grands chefs confrériques. Ainsi Chérife Abba Aïdara, marabout tidjane vénéré du quartier de Médina-Gounasse, ne laissait aucun doute au visiteur sur son importance, chaque détail paraissant étudié pour marquer la grandeur du personnage — arrivée dans une limousine noire précédant un cortège automobile, apparition enturbannée et cérémonieuse, accueil plein de dignité au milieu d'un aréopage l'entourant de sa vénération. De même, la visite à Guedjawaye de Seydina Abdoulaye Laye, cinquième fils du fondateur de la confré-

rie layenne, se déroula dans un faste bruyant, et le marabout avait exigé 40 000 F pour son déplacement à cette veillée de prières (la distance était d'une quinzaine de kilomètres et une demi-douzaine de véhicules étaient venus).

Avant d'essayer d'envisager les différentes expressions et significations de la richesse, il n'est pas inutile de se reporter au discours tenu sur le savoir traditionnel. Voici le récit emblématique à cet égard d'un épisode de la vie d'El Hadji Soura Khata Maréga, marabout soninké de Dembankané ; un vieil homme raconte : « C'était en 1953. J'étais auprès d'El Hadji en train de préparer le thé lorsque, soudain, un homme arrive à cheval. A peine descendu, il dit : je t'apporte une valise, ce qui est dedans est pour toi. El Hadji le bénit et l'homme s'en va. Quelques instants plus tard, un vieux se présente pour recevoir des bénédictions. En apercevant El Hadji, il s'écrie étonné : comment, c'est toi ? je te croyais riche et bien habillé, je te vois pauvre et mal vêtu. Alors, El Hadji dit à l'un de ses disciples : donne-lui de l'eau pour qu'il se baigne et donne-lui de quoi manger pour qu'il n'ait plus faim. Une fois le vieux lavé et rassasié, il lui dit : prends cette valise, en voici la clé ; je ne sais pas ce qu'elle contient ; je ne l'ai pas ouverte ; ce qui est à l'intérieur, c'est ta chance. Puis, il bénit le vieux qui reprend alors son chemin muni de son présent. A la sortie du village, le vieux ouvre la valise et découvre vingt mille francs et des pagnes. »

Illustration des rapports idéaux du sage avec les biens matériels, ce récit apporte deux éléments distincts à la discussion sur la richesse et le savoir. D'une part, on devine à travers la parole du vieux, l'apparence physique du marabout : il vit dans un dénuement volontaire. D'autre part, on découvre, dans le geste généreux, le désintéret de l'argent : il ne regarde même pas le contenu de la valise qu'il donne en cadeau. Par ce double signe, le sage de Dembankané fait l'éclatante démonstration de sa grandeur — riche de savoirs et pauvre de biens. Même signification lorsque Maguet Ka raconte qu'un homme, ayant eu connaissance de sa réputation en Casamance, est venu le voir pour obtenir son aide et l'a trouvé assis sur une natte dans sa chambre : « Tu t'attendais à me voir dans une grande maison à étages, lui a-t-il dit, et tu me trouves dans une baraque en bois ; tout ce qui est ici, je l'ai gagné à la sueur de mon front. » Autrement exprimé : on ne s'enrichit pas de son savoir, on s'en sert pour aider les autres ; ce qu'on gagne c'est en travaillant (lui-même a été ouvrier mécanicien pendant près de quinze ans).

Si la richesse est un pouvoir, sa signification n'est pas univoque : le spectacle qu'en donnent ceux qui la détiennent en fournit une première indication. Le guérisseur peul (Maguet Ka), le marabout manding (El Hadji Famara Danso) et le thérapeute diola (Doudou Diémé), tous trois extérieurement pauvres — leur vêtement et leur maison —, ne font pas le même usage de leurs biens, mais s'en réfèrent tous aux valeurs villageoises : le premier par la possession de champs et de bétail, le second par l'exploitation de terres et la domination d'un groupe, le troisième par la réalisation d'un verger et la construction d'une maison. L'argent gagné en ville retourne au village pour son utilisation individuelle (achat de biens en propre) ou collective (redistribution aux parents). Le référent est le groupe traditionnel, la démonstration de richesse n'a pas de sens en ville, c'est au village que le pouvoir doit se donner à voir.

Au contraire, pour le guérisseur diakhanké (Mamadou Diaby), le marabout toucouleur (Abba Aïdara) et le médecin malinké (Pape Camara), la possession de biens doit se mettre en spectacle, en ville : construction de trois maisons à Dakar et multiplication ostentatoire d'objets à son domicile pikinois (télévision, radio, magnétophone, reproductions de peintures françaises), pour le premier ; cortège automobile, vêtements somptueux, cour nombreuse, pour le second ; véhicule de luxe, clinique richement décorée, pour le troisième. Tous trois ont d'une certaine manière rompu avec le village, Mamadou Diaby en pratiquant un savoir dont il n'avait pas la légitimité traditionnelle, Abba Aïdara par ses nombreux voyages en Europe et au Moyen-Orient et ses séjours prolongés en ville, Pape Camara à l'occasion de sa formation scolaire et universitaire. Non pas que la rupture soit complète et définitive — ils retournent au village, dans leur famille, et Abba Aïdara y passe même encore une grande partie de l'année —, mais ils ont adopté, dans la démonstration de leurs richesses, des codes citadins et modernes.

L'insertion variable dans les circuits économiques de la ville et l'adoption différente de systèmes de valeurs occidentaux ne doivent pas faire négliger un signe commun à tous ces thérapeutes dans l'usage social qu'ils font de leurs biens : la redistribution de la richesse, à la fois comme solidarité obligatoire et comme marque ostentatoire. Être puissant, c'est pouvoir donner, et il n'y a pas de pouvoir économique sans redistribution partielle. Redistribution à la famille bien sûr, mais aussi aux divers dépendants — qu'il s'agisse de griots et de captifs (dépendance traditionnelle), ou de clients et de parasites

(dépendance plus récente). Le marabout qui exploite la force de travail de plusieurs villages et qui reçoit les dons de dizaines d'associations religieuses urbaines, repartage une fraction de sa fortune entre ses proches et démontre sa générosité à l'occasion d'aumônes. Le cas extrême du pouvoir par la redistribution semble être le *Big Man* décrit par M. Sahlins (1963) dans les sociétés mélanésiennes : développant sa puissance sur la base de ses dons, il ne peut conserver sa prééminence qu'en gardant un peu des biens que le groupe lui « confie », ce qui l'amène inéluctablement à sa perte. Dans la société sénégalaise, ni le médecin, ni le marabout, ni même le guérisseur n'en arrivent à ces extrémités, et la portion redistribuée reste toujours en deçà des sommes gagnées. De plus, leur participation à la vie économique moderne les conduit à développer parallèlement d'autres logiques économiques telles que l'épargne (comptes en banque), l'investissement (entreprises agricoles) et la spéculation (domaine foncier). On retrouve ici les processus contradictoires de redistribution et d'accumulation décrits par C. Raynaud (1987) pour les Haoussa du Niger.

Comme tout pouvoir, la richesse est en même temps un danger pour celui qui la possède. Elle excite l'envie et la jalousie, elle attire la mauvaise langue et le mauvais œil, elle est sans cesse menacée. La force ascendante du pouvoir est toujours soumise à une contre-force descendante de destruction et de ruine. L'échec de la clinique de Mamadou Diaby et son accident de voiture sont pour lui des conséquences de la mauvaise langue, que le trop d'ostentation de ses richesses laissait d'ailleurs prévoir. Les portefeuilles d'Al Djouma Seck, qui cachent l'argent sont un moyen d'échapper aux envieux plutôt qu'aux voleurs. La réussite économique doit donc s'entourer de protections multiples. Ainsi, le richissime Lobat Fall met sa fortune à l'abri des maléfices par des aumônes aux handicapés (45 000 F distribués chaque jeudi), par des financements de voyage à La Mecque (une dizaine chaque année), par des sacrifices d'animaux dans les mosquées de Pikine et de Dakar (à l'occasion des trois grandes fêtes musulmanes), par des dons aux quémandeurs (griots, nécessiteux), par la mise à la disposition des associations religieuses de ses véhicules (pour les pèlerinages). Protections symboliques qui n'excluent pas des aides et des services concrets à des membres des pouvoirs politique, judiciaire, policier.

La pratique thérapeutique peut donc apparaître comme moyen d'enrichissement, et la richesse se donner à lire comme pouvoir, avec ses obligations (redistribution) et ses dangers (jalousies, rivalités).

Mais comme le remarque A. P. McCauley (1984) à propos des guérisseurs balinais : « Du point de vue du sociologue, ils sont des hommes qui utilisent leur pouvoir de guérir comme un service public pour élever leur statut social et produire des revenus financiers. Du point de vue balinais, cependant, la relation causale est inversée et c'est leur *sakki* (pouvoir) qui les conduit à un statut élevé et à une richesse supérieure. » Le rôle du chercheur est bien de dépasser le propos subjectif — sans pour autant le négliger car la façon dont les hommes rendent compte de leur vie sociale est toujours signifiante — pour tenter d'objectiver les stratégies individuelles et collectives d'utilisation des richesses pour gagner du pouvoir.

## Les pouvoirs thérapeutiques

En quoi les pouvoirs thérapeutiques diffèrent-ils des pouvoirs politiques, religieux ou économiques ? Comment les soignants en usent-ils dans leurs rapports sociaux ?

La première remarque que l'on peut faire à la lumière des analyses développées au long des pages précédentes, est l'extrême interpénétration des pouvoirs : d'une part, un même homme en détient souvent plusieurs qui se renforcent mutuellement, qu'il s'agisse du marabout qui est à la fois guérisseur, chef musulman et exploitant agricole, ou du médecin simultanément représentant du peuple à l'Assemblée nationale et propriétaire de cliniques privées ; d'autre part, le savoir du thérapeute — qui est aussi un savoir de magicien — intervient dans toutes les pratiques sociales où se disputent des enjeux de pouvoirs. Il n'y a donc pas solution de continuité : l'autorité de guérisseur, comme celle de l'infirmier, ne s'arrête pas à ses connaissances sur la maladie, mais touche à tous les espaces de la société, intéresse la vie publique comme la vie privée, concerne le monde des vivants comme le monde des morts.

Une seconde remarque peut alors être énoncée (en forme d'interrogation) ; ce qui est en jeu dans la relation thérapeutique — et donc dans le pouvoir de guérir —, n'est-ce pas aussi quelque chose de spécifique et d'irréductible aux autres pouvoirs ? Le savoir du thérapeute qui lui permet de soigner mais également de rendre malade, de soulager le malheur mais aussi de le donner, ne lui confère-t-il pas une force différente de celle de l'homme politique, du chef religieux ou du riche entrepreneur ? Et finalement, cette distance entre le pouvoir de soigner et les autres pouvoirs ne tient-elle pas à ce qu'il s'agit, pour le

thérapeute, d'une autorité qui s'exerce sur le corps et l'esprit de l'individu, d'une force qui peut restaurer ou menacer l'intégrité de la personne — que ce soit pour un cas de sorcellerie ou une fracture de bras ?

Ce qu'il s'agit plus précisément d'étudier ici, ce sont donc à la fois les principes et les pratiques de la hiérarchie au sein d'une collectivité de soignants, les positions et les relations des diverses sphères du pouvoir, et enfin les logiques de domination et de résistance des thérapeutes entre eux.

## **I | Les révélations d'une grève**

Comme le note S. O. Alubo (1986) à propos des grèves spectaculaires des médecins nigériens de 1978 à 1984, les enjeux sociaux d'un mouvement de professionnels de la santé dépassent le cadre de leurs revendications et des effets de leur interruption de travail. A ce titre deux grèves de 1984 et 1985 au Sénégal constituent un révélateur des rapports entre les personnels soignants et les autres acteurs sociaux. Par la violence — essentiellement verbale — qui s'y est manifestée, elles indiquent des conflits d'intérêt plus profonds que n'ont voulu le montrer les protagonistes eux-mêmes.

Les deux grèves touchaient — et divisaient — l'ensemble des professionnels de la santé du secteur public : médecins, infirmiers, techniciens, assistants sociaux. Elles survenaient à la suite de ruptures de négociations avec le gouvernement sur des revendications concernant essentiellement la revalorisation salariale et l'amélioration de la protection sociale, et opposaient les deux syndicats en présence : l'Union Nationale des Travailleurs de la Santé, UNTS, regroupée avec les autres catégories professionnelles dans la Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal, CNTS, proche du Parti socialiste (les membres influents appartiennent aux deux structures) et le Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale, SUTSAS, né en 1981 et reconnu en 1983, mouvement contestataire, dont le secrétaire général est l'un des chefs de l'opposition au Parti socialiste. Lors du conflit avec le gouvernement, le SUTSAS appela à l'arrêt du travail alors que l'UNTS prônait la recherche d'un compromis. La première grève, en juillet 1984, fut très suivie à Dakar et à Pikine où les soins furent assurés dans moins de la moitié des

postes de santé ; elle entraîna, à l'égard des médecins et infirmiers grévistes, des sanctions qui furent pour la plupart levées quelques semaines plus tard. La seconde grève, en mai 1985, eut moins de succès, puisqu'un tiers seulement des consultations ne furent pas assurées ; et les mêmes sanctions bénéficièrent finalement de la même mansuétude.

La CNTS (sa branche « santé », UNTS) est constituée avant tout de personnels paramédicaux et d'assistants sociaux ; leur responsable à Pikine est l'infirmier chef de poste de Golf Sud, qui occupe des fonctions importantes au Bureau national (secrétaire général chargé des revendications). Le SUTSAS, au contraire, est composé de médecins et de techniciens supérieurs ; la plupart des praticiens hospitalo-universitaires de Dakar en font partie ou en suivent les consignes, ce qui explique le fort pourcentage de grévistes dans la capitale ; il constitue ainsi la contestation intellectuelle au régime et entretient effectivement des relations privilégiées avec certains partis d'opposition ; le principal représentant à Pikine est le médecin-chef de la circonscription qui est secrétaire général adjoint du SUTSAS. L'opposition des hommes et des syndicats ne doit donc pas faire négliger les conflits politiques et les intérêts sociaux sous-jacents.

La comparaison des revendications permettra de mieux comprendre les enjeux. Pour la CNTS, il s'agit « de revalorisation salariale, d'obtention d'une indemnité de risque, de paiement des heures supplémentaires et de gratuité de l'hospitalisation pour les familles des personnels de santé » ; revendications touchant donc essentiellement à des problèmes financiers qui sont la préoccupation première des personnels paramédicaux. Pour le SUTSAS, si ces aspects matériels font également partie de leurs revendications, celles-ci sont plus nombreuses et diversifiées : syndicales (présence du SUTSAS aux commissions paritaires), politiques (fusion des Ministères de la Santé et des Affaires sociales, respect des 9 % du Budget de la Nation pour le secteur santé), corporatistes (meilleure réglementation de la médecine privée et d'entreprise, remise de l'administration des hôpitaux au personnel médico-social au lieu des administrateurs), mais aussi élitistes (relèvement du niveau de recrutement des infirmiers et des sages-femmes, suppression des bénévoles remplacés par des aides-infirmiers recrutés par concours, alignement des salaires des médecins sur la grille indiciaire des agrégés de l'enseignement public).

Les différences de revendications soulignent les oppositions déjà signalées : appartenance ou sensibilité politiques divergentes, et surtout origines socio-professionnelles différentes. En simplifiant, on

pourrait dire que la CNTS plaide pour les infirmiers (trois de leurs quatre revendications les touchent plus spécifiquement) et le SUTSAS pour les médecins (quatre de leurs huit mesures proposées concernent avant tout le personnel médical, aucune ne met les paramédicaux en priorité). Mais plus encore, c'est l'idéologie élitaire qui distingue le SUTSAS de la CNTS : si des indemnités sont exigées par les deux syndicats, elles concernent « le risque » des appareils radiologiques ou des laboratoires parasitologiques pour la CNTS, « la responsabilité, l'enseignement et l'encadrement » pour le SUTSAS ; de même les augmentations salariales intéressent les infirmiers avant tout à la CNTS, les médecins principalement au SUTSAS ; enfin, et de manière tout aussi significative, c'est l'expérience professionnelle qui est valorisée dans l'échelle de promotion de la CNTS, alors que c'est l'obtention de diplômes, donc la sanction académique, qui donne accès aux échelons de la hiérarchie pour le SUTSAS.

Mais en prenant un peu de recul par rapport à cette opposition d'intérêts syndicaux, politiques et sociaux, on constate au-delà des divergences, un point commun : la défense des seuls professionnels de la santé — et non des « travailleurs de la santé » comme l'affichent les noms des syndicats —, ce qui exclut les non-professionnels que sont les « bénévoles ». Agents de santé formés sur le tas, ceux-ci ont une activité variable, allant des petits soins de pansements à la prise en charge complète de la consultation ; ils reçoivent mensuellement 5 000 à 15 000 F quand les infirmiers gagnent en moyenne entre 80 000 et 120 000 F. Leur espoir de promotion n'est envisageable que s'ils passent des diplômes — leur charge de travail, rend la préparation difficile.

La précarité de leur situation s'est révélée au cours des deux grèves. Lorsqu'ils étaient dans un poste de santé où l'infirmier avait cessé le travail, ils se trouvaient en effet pris entre deux exigences : celle du chef de poste leur imposant de se montrer solidaires de la grève et celle des comités de santé leur demandant d'assurer la continuité des soins ; des deux côtés on les menaçait de renvoi immédiat s'ils n'obéissaient pas aux consignes. Rémunérés par le comité de santé mais travaillant sous les ordres de l'infirmier, ils risquaient — quelle que fût leur décision — de perdre leur gagne-pain. La plupart choisirent d'obtempérer aux pressions de leur employeur plutôt qu'à celles de leur chef. Dans les quelques postes de santé que je visitais régulièrement, je n'ai pas eu connaissance de renvoi ; il est probable que le soutien des comités de santé dans lesquels beaucoup de béné-

voles avaient un parent qui leur avait trouvé cet emploi, a été déterminant.

Non seulement d'ailleurs existait une menace à court terme liée à leur participation ou non à la grève, mais un danger plus grand encore se profilait à moyen terme à travers les revendications des deux syndicats, et surtout du SUTSAS : suppression du bénévolat et recrutement sur concours, d'aides-infirmiers. Sans statut professionnel, sans salaire décent, sans sécurité de l'emploi, les bénévoles n'ont donc aucun moyen de se faire entendre, et leur situation sociale précaire facilite encore leur exploitation par les infirmiers qui les font travailler plus qu'eux-mêmes et par les comités de santé qui les rémunèrent deux à six fois au-dessous du salaire minimal garanti pratiqué au Sénégal (un peu plus de 30 000 F).

À l'autre extrémité de la scène des pouvoirs, la rivalité des deux syndicats masque un autre enjeu non moins révélateur : la distance entre les personnels soignants sénégalais et belges du Projet de soins de santé primaires. Bien qu'elle n'ait été à aucun moment mise en avant, cette question mérite d'être discutée tant elle transparaissait aussi bien dans le silence gêné des médecins belges — qui ne pouvaient évidemment prendre part à la grève, mais qui ne voulaient pas non plus briser le mouvement social de leurs collègues sénégalais, tous deux grévistes puis sanctionnés — que dans certaines tensions survenues indépendamment des grèves.

Même si ces difficultés ne se résument pas aux seules différences de statut social, celles-ci ne sont peut-être pas à négliger : salaires des coopérants cinq à dix fois (selon les cas) supérieurs à ceux des autochtones pour un titre et une ancienneté équivalents ; avantages en nature sous la forme d'une maison à Pikine pour les médecins sénégalais et d'une villa à Dakar pour leurs collègues belges ; absence d'implication dans les enjeux politiques et syndicaux locaux de la part des coopérants ; position d'étranger rendue plus perceptible en été, avec le départ en vacances de tous les membres belges du projet. Ces mêmes remarques peuvent être faites aux chercheurs français travaillant à Pikine, qui bénéficient de statuts sociaux assez proches (mon salaire n'étant toutefois « que » le double de celui de mes collègues sénégalais).

Finalement, à travers ses débats et ses silences, ses acteurs et ses spectateurs, la grève révèle les points de rupture dans la hiérarchie du système de soins de santé primaires de Pikine, chaque groupe se défendant vis-à-vis de ses plus proches voisins. Les bénévoles, tout au bas de l'échelle, se distinguent comme non-professionnels par rapport

à l'ensemble du corps des soignants, organisé en professions ; sans organisation qui les structure, ils n'ont droit ni à la parole, ni à la revendication. Les infirmiers constituent un groupe fort, avec des salaires relativement confortables (pouvant même dépasser ceux des jeunes médecins), avec des avantages en nature importants pour les chefs de poste qui reçoivent une maison, avec une situation sociale assez prestigieuse dans les quartiers. Les médecins sénégalais, que leurs rémunérations ne distinguent pas autant des infirmiers que leur formation universitaire leur semble l'exiger, jouissent toutefois, par rapport à eux, de bénéfices professionnels (horaires et temps de travail) et sociaux (pouvoirs et prestige), et, par rapport à leurs collègues répartis sur l'ensemble du territoire sénégalais, de privilèges géographiques (proximité de la capitale). Les médecins belges enfin : leur caractère d'étranger les place en dehors des enjeux locaux, mais à qui leurs prérogatives dans les choix de politiques de santé leur donnent pourtant des pouvoirs décisifs sur tous les points stratégiques du Projet. Mais au-delà de cette stratification hiérarchique — qu'on retrouverait aussi, dans une certaine mesure, chez les praticiens traditionnels —, il y a chez les plus puissants comme chez les plus vulnérables une logique des pouvoirs.

## **2 | La raison du plus fort**

La logique des pouvoirs est de s'accroître. Les cumuls de fonctions politiques, religieuses, économiques des thérapeutes ont été commentés tout au long des précédents chapitres. Le cas de Yaya Diakhaté, chef du poste de santé de N., paraît toutefois apporter des éléments plus démonstratifs concernant l'acquisition des autres pouvoirs à partir du savoir thérapeutique : il est en cela révélateur de la figure sociale de l'infirmier.

A sa sortie de l'école de formation des personnels paramédicaux de Saint-Louis, il a été envoyé dans la Vallée du Fleuve où il a soigné pendant plusieurs années ; d'origine bambara, il était parfaitement à son aise dans un village essentiellement soninké. Puis il a été nommé en 1976 à Pikine où il a rapidement imposé sa forte personnalité. Un séjour de formation à l'étranger en 1982 a encore accru son prestige puisqu'à son retour, il s'est fait imprimer des ordonnances personnelles

énumérant, en en-tête, ses titres acquis au Sénégal et en Belgique : « Infirmier d'Etat — Diplômé de l'Ecole de Médecine tropicale d'Anvers ». Outre les patients du quartier, il s'est constitué une clientèle privée composée en grande partie de Soninké et de Bambara de toute la zone de Guedjawaye — et même au-delà. Certains compatriotes émigrés en France lui envoient même des mandats pour régler les frais occasionnés par les soins à des gens de leur famille. En parlant de ses patients et de leur entourage, il dit qu'ils le considèrent « comme un parent ».

Dans le poste de santé qu'il dirige avec autorité, on le trouve toujours vêtu de l'habit traditionnel : pantalon court et bouffant, chemise de calicot et bonnet de laine. Le choix du vêtement, chez les thérapeutes, n'est en effet jamais innocent : il situe toujours symboliquement le lieu social. Les bénévoles portent tous une blouse qui affirme leur intégration au moins apparente au système de soins. Les infirmiers sont, pour la plupart, habillés à l'occidentale, d'un costume à manches courtes qui les distingue du reste du personnel soignant en les rapprochant des médecins. Les guérisseurs sont généralement vêtus du pantalon, de la chemise et du bonnet qui marquent le lien avec les origines, en même temps que l'absence d'affectation. Les marabouts adoptent fréquemment le grand boubou qui témoigne avec ostentation du statut prestigieux auquel ils aspirent. Ainsi, le choix de l'habit traditionnel par Yaya indique subtilement la revendication d'une « authenticité africaine », comme dit G. Bibeau (1985), alors que, par ailleurs, ses titres académiques rappellent fort à propos qu'il est aussi et surtout un homme de savoir moderne.

Cette volonté d'apparaître simultanément dans les deux registres — moderne et traditionnel —, et le gain de prestige qui en résulte — l'homme de sciences qui ne renie pas ses origines —, se manifestent clairement dans le domaine religieux. A son arrivée à Guedjawaye, il entre en contact avec l'association confrérique — il est qadr — la plus proche de chez lui. Ce *daayira* était alors dirigé par Mansour Diop, un disciple du Khalife général de la Qadiriya pour le Sénégal. Dès la première réunion, Yaya est nommé président de séance — poste qu'il occupera jusqu'à la rupture finale. Séduit par ce nouvel arrivant que ses fonctions d'infirmier placent naturellement à la tête du *daayira* pour le prestige, Mansour l'accompagne à Ndiassane pour le présenter au Khalife général. Peu après son retour, Yaya apprend qu'il a été choisi pour faire un stage à Anvers — ce qui est aussitôt interprété dans le *daayira* comme le fruit des bénédictions du marabout et accroît encore le prestige de l'infirmier parmi les autres membres.

Lorsqu'il revient de Belgique, il entreprend la conquête du pouvoir dans le *daayira*. Son ambition dépasse même ce niveau local, puisqu'il a le désir de développer des contacts avec les associations confrériques de Dakar et de « créer un réseau de soins de santé primaires pour la religion » — dont il serait bien entendu le chef —, comme il me le confiera plus tard. A l'occasion d'une assemblée mensuelle, il conteste le rapport financier de Mansour ; deux clans se forment ; des accusations sont prononcées ; Yaya donne dramatiquement sa démission et entraîne avec lui un tiers des membres, avec lesquels il prépare la création d'un nouveau *daayira*. Le vendredi suivant la rupture, il organise une veillée de prières et de chants au dispensaire — associant ainsi de manière un peu plus explicite ses fonctions professionnelles et son autorité religieuse. Mince consolation pour Mansour, cette parabole que le Khalife général prononce en apprenant la nouvelle : « Un jour, le Prophète devait partir en guerre. A la tête de ses troupes, il nomme un adolescent de dix-sept ans. Parmi les vieux, certains commencent à se plaindre et à contester le jeune homme. Alors le Prophète leur dit : celui que je désigne pour me remplacer en mon absence, ce n'est ni pour sa grandeur, ni pour sa richesse, ni pour son intelligence. Celui qui est mon *taalibé*, c'est à lui que je donne ma confiance. »

Vis-à-vis des affaires politiques, Yaya se comporte avec la même autorité assise sur son savoir médical. En fait, il se pose en contestataire plutôt qu'en prétendant au pouvoir local — des exemples tirés de l'histoire sénégalaise montreraient d'ailleurs qu'à terme, les deux options peuvent se rencontrer et que l'opposant d'hier peut devenir l'allié de demain. Au niveau local, il combat le comité de santé, et donc les délégués de quartier, au nom de leur incompétence dans les affaires sanitaires et il profite de chaque occasion pour contredire les consignes des représentants locaux. Ainsi, à l'occasion de la journée mensuelle de vaccination de janvier 1986, le président du comité s'étant déclaré prévenu trop tard avait refusé de faire annoncer dans les quartiers la venue de l'équipe de vaccinateurs ; Yaya prit donc lui-même les mesures nécessaires, et le président fut réveillé au petit matin par le tambour et la voix du griot appelant les mères à conduire leur enfant au poste de santé. Episode parmi de nombreux autres illustrant la contestation du pouvoir des notables par le pouvoir des clercs.

Quant au milieu professionnel, Yaya y déploie une activité syndicale virulente au SUTSAS, où il occupe des fonctions importantes. Là

encore, choix significatif du syndicat, qui regroupe la plupart des médecins, qui exprime les revendications les plus élitistes, et qui de plus constitue le fer de lance syndical de l'opposition politique au Parti socialiste. Lors des grèves, Yaya avait été l'un des meneurs de l'action et, pendant la phase de répression, l'une des victimes — bientôt réhabilitées — des sanctions gouvernementales.

A travers ce portrait, on voit se dégager les principes de convergence des intérêts et de cumul des pouvoirs. Infirmier de brousse, puis chef de poste à Pikine, Yaya est un homme de pouvoir qui doit son autorité à sa personnalité, mais plus encore à l'utilisation qu'il fait de sa fonction soignante et de sa formation médicale. Il joue sans cesse sur le double registre de la tradition — pour apparaître comme un enfant de la culture africaine — et de la science — pour qu'on lui reconnaisse sa compétence technique. Il utilise à la fois ses fonctions officielles — chef de poste — et ses relations officieuses — dans son milieu ethnique. Il se tient en retrait apparent de la politique locale, mais c'est pour mieux y faire retentir sa contestation. A quarante-cinq ans, il est devenu l'un des hommes forts et respectés de sa profession et de son quartier. Illustration d'une ascension sociale par la revendication de son pouvoir de soigner.

### 3 | **La raison du plus faible**

A force de montrer la logique de l'accroissement du pouvoir et de présenter les thérapeutes à travers leur quête de puissance, on risquerait de finir par s'imaginer une société où guérisseurs, marabouts, infirmiers, médecins détiendraient tous des positions avantageuses et poursuivraient une incessante lutte pour l'autorité. En fait, comme on a déjà eu l'occasion de le constater, la plupart des praticiens traditionnels vivent dans des conditions très modestes, ne sont pas impliqués directement dans la vie politique locale, et occupent une position sociale de faible visibilité, de même que nombre de praticiens des dispensaires et des hôpitaux sont avant tout intéressés par leur activité professionnelle. Mais cela ne contredit en rien la règle selon laquelle la capacité de soigner, et plus généralement d'intervenir sur le cours de l'existence biologique et sociale d'autres individus — ou plus exactement la capacité de le faire croire — constitue un pouvoir social.

On se propose ici, à partir d'histoires de vie de thérapeutes de petite envergure, de retracer les mêmes itinéraires et de retrouver les mêmes logiques.

De Demba Kanouté — dont l'apprentissage a déjà été évoqué —, on peut dire, avec Ablaye Traoré, que « c'est un grand guérisseur pour la ville, mais qu'en brousse on le trouverait petit ». Soninké originaire du cercle de Kayes, il est venu chercher du travail en 1937 à Dakar où il a été employé comme saisonnier, puis comme ouvrier à l'huilerie Lesieur. A l'âge de cinquante-cinq ans, lorsqu'on l'a mis à la retraite, il n'a plus reçu que sa maigre pension trimestrielle (environ 30 000 F) et s'est mis en quête d'une autre source de revenus : c'est ainsi qu'il a commencé à apprendre le métier de guérisseur. Son père, qui était lui-même thérapeute, était mort trop jeune pour lui enseigner les secrets. C'est donc par un lent apprentissage auprès de maîtres rencontrés à Dakar qu'il a acquis ses connaissances. Depuis une vingtaine d'années, il exerce ; il a peu de patients, mais les ressources qu'il en reçoit lui permettent de nourrir sa famille ; il acquiert chaque année de nouveaux savoirs et est devenu l'un des guérisseurs respectés de son quartier où il est appelé aussi bien pour soigner une diarrhée infantile qu'une attaque en sorcellerie.

Ainsi, pour lui, devenir guérisseur, c'est d'abord acquérir des compétences qui permettent de subvenir aux besoins des siens : « C'est pour assurer mon avenir et assurer celui de mes enfants que j'ai cherché à connaître tous ces secrets ; on peut apprendre un métier pour gagner de l'argent. » Du point de vue des ressources qu'elles lui procurent, ses activités d'ouvrier à l'huilerie et ses activités de thérapeute à Pikine sont en continuité : « Lorsque je travaillais à Lesieur, je n'avais pas le temps d'apprendre ou de pratiquer ; c'est quand on m'a mis en retraite que j'ai commencé à exercer. » Ainsi, même modestes, les gains obtenus par ses consultations représentent un pouvoir économique qui assure son indépendance financière.

Au-delà de cette motivation première, l'acquisition d'une renommée et d'une respectabilité locales constitue un bénéfice non négligeable de son nouveau métier : guérisseur, il a une place dans la société ; pas assez introduit pour faire de la politique, ni assez instruit pour faire de la religion, il obtient pourtant sa reconnaissance comme homme de savoir. Élément qui n'est pas sans importance lorsqu'on sait que la société soninké le place au plus bas échelon de la hiérarchie statutaire puisqu'il est esclave d'esclave : aujourd'hui, s'il doit se comporter en serviteur lorsqu'un membre de la famille dont il est le

captif célèbre un mariage ou un baptême, il peut aussi devenir l'obligé et le créancier par ses pouvoirs thérapeutiques. Le métier de guérisseur acquis au prix d'un apprentissage long et coûteux lui redonne donc un peu du prestige social auquel sa naissance dans un statut inférieur ne lui permet pas de prétendre.

Pour Diawly Ndiaye, devenir thérapeute répondait à une autre exigence. Issu d'une famille toucouleur où la sorcellerie avait fait de nombreuses victimes, il est né « avec une ombre blanche » (*mbeelu ndaneewu*) — proie idéale pour les *sukuñaa* Bé, sorciers-anthropophages, qui le distinguaient aisément parmi les autres ombres et l'effrayaient en attendant de pouvoir le dévorer. Chaque nuit, il se réveillait en sursaut au milieu de cauchemars, et ses cris furent bientôt interprétés comme menace de sorcellerie. Pour éviter qu'il ne soit mangé, puis ne devienne à son tour sorcier, ses parents le confièrent à une tante paternelle, réputée dans le Fouta pour ses pouvoirs de contre-sorcellerie. « Pour moi, explique-t-il, il fallait que j'apprenne pour échapper à la mort. »

C'est donc d'abord afin d'acquérir un pouvoir sur la vie — sur sa propre vie — qu'il a acquis un savoir de contre-sorcier. Savoir dangereux et déconsidéré puisque, comme je lui demande s'il se dit *bileejo* (guérisseur, éventuellement : chasseur de sorciers), il me répond : « Non, je suis *caaforo* (soignant). » Mais, tout au long de la carrière qui le conduit aux fonctions de délégué de quartier (aujourd'hui contestées par un rival), ce sont pourtant ses pouvoirs magiques qu'il met en avant dans le combat politique. Ainsi, au cours d'une dispute, un collègue et ami responsable du Parti socialiste s'était laissé aller à « bastonner un Maure » ; celui-ci porta plainte, mais Diawly Ndiaye fit des protections (amulettes) à son ami et lui dit qu'il n'avait pas à s'inquiéter ; lorsque le verdict fut rendu, le politicien fut innocenté et le Maure eut six mois de prison avec sursis. Et Diawly Ndiaye ajoute : « Les influences avaient joué » (lesquelles ? magiques ? politiques ?).

Le pouvoir du thérapeute peut même, dans certains cas, apparaître si dangereux pour celui à qui il doit échoir que celui-ci se refuse à l'acquiescer. Ainsi, Aminata Bari, fille de guérisseuse soninké, tente-t-elle d'abandonner son héritage, déclarant qu'elle s'en remettra aux seules décisions des esprits du Fleuve, et Koumba Sy, victime dès son enfance des sorciers, ne veut-elle pas une fois soignée (mais non guérie), devenir à son tour contre-sorcière. Pourtant, on n'échappe pas toujours à son destin : Swahibou Diediou, qui appartient à une famille de forgerons

qui, chez les Diola, détiennent les secrets de la lèpre (*kafañak*), a quitté le village pour trouver un emploi à Dakar, où il est gardien de nuit depuis dix ans ; un jour, à l'occasion d'une réunion familiale, il voit une petite fille qui souffre des yeux et que des traitements à l'hôpital n'ont pu guérir ; il reconnaît la maladie que soignait son propre père et propose à la mère de traiter sa petite fille ; ainsi mis devant un mal qu'il pense être le seul à pouvoir guérir, il se met à pratiquer alors qu'il se croyait à l'abri de devenir un jour guérisseur — un peu à la manière de M. Madeleine dévoilant sa véritable identité lorsqu'il sauve de la mort le vieux charretier des *Misérables* .

Mais si les thérapeutes peuvent rarement se dérober à leur destin et doivent au contraire faire la preuve de leur capacité à guérir les maladies et à déjouer les malheurs, comment les choses se passent-elles lorsque se rencontrent les savoirs *a priori* incompatibles et les logiques contradictoires du guérisseur, du marabout, de l'infirmier, du médecin ?

#### 4 | Les thérapeutes entre eux

Confrontés les uns aux autres, les pouvoirs des thérapeutes font sans cesse l'objet de renégociations et de redéfinitions. Ce qui a été dit des nouvelles formes de légitimation n'est qu'une illustration particulière de ce phénomène plus général que l'on observe à toutes les époques.

Les pouvoirs entre eux se combattent et se confortent selon une alternance de répression et de tolérance de la part du pouvoir dominant — par exemple, l'islam ou la médecine moderne —, à laquelle répond une alternance inverse de résistance et de passivité de la part du pouvoir dominé — respectivement, les religions païennes et les médecines traditionnelles. La guerre idéologique que se livrent marabouts et guérisseurs a ainsi, selon les lieux et les époques, pris l'allure d'un *jihād* — au Fouta à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avec El Hadj Oumar Tall, et en Casamance au début du XX<sup>e</sup> siècle, avec Fodé Kaba —, ou d'une oppression dans l'imaginaire — avec l'exclusion sociale des contre-sorciers dans le Fouta et la condamnation verbale des rituels collectifs en Casamance. De même, la médecine moderne a alternativement condamné ou laissé faire les pratiques traditionnelles, mettant

en place une juridiction sur l'exercice illégal de la médecine qui n'a presque jamais été appliquée, mais cherchant par ailleurs à étudier scientifiquement les résultats obtenus par les guérisseurs.

Il est d'ailleurs significatif que, dans cette confrontation idéologique, le pouvoir qui se trouve en position dominante fasse apparaître comme indivisible l'ensemble des pouvoirs auxquels il cherche à imposer sa loi. Ainsi, l'Etat moderne, s'appuyant sur la rationalité scientifique, rejette toutes les pratiques fondées sur d'autres principes que les siens dans la catégorie des médecines traditionnelles — qu'il s'agisse d'utilisation de versets coraniques ou de pharmacopées locales. Mais l'islam à son tour, dans ses rapports avec le paganisme en fait de même, et rassemble comme pratiques païennes toutes les médecines qui n'obéissent pas aux principes musulmans. Et il semble que les mêmes techniques d'amalgame aient prévalu pour les Diola par rapport à leurs vaincus, ou les Toucouleur par rapport à leurs captifs. Dans tous les cas, la domination s'exprime par la réduction des divers groupes dominés — les autres — à un ensemble artificiellement réuni — l'Autre.

D'ailleurs, la dialectique dominant/dominé elle-même mérite reconsidération : il ne s'agit pas d'un mécanisme unilatéral où la totalité du pouvoir se trouverait d'un côté et la totalité de la soumission serait accumulée de l'autre. S'il est vrai que la médecine moderne est placée dans un rapport de forces favorable vis-à-vis des autres pratiques médicales, puisqu'elle détient les critères de rationalité et de légalité, elle n'en montre pas moins ses insuffisances lorsque ses médecins cherchent à valider le savoir des guérisseurs ou accompagnent un parent malade chez le contre-sorcier. De même, s'il est vrai que le marabout est dans une position de légitimité par rapport au thérapeute traditionnel et qu'il rejette son savoir noir au nom de la loi coranique, il n'en reconnaît pas moins implicitement son pouvoir lorsqu'il lui demande une protection contre les puissances de la nuit ou qu'il vient consulter pour l'un des siens, victime d'une attaque en sorcellerie.

La complexité de ces rapports entre savoir dominant et savoir dominé — on pourrait même souvent parler de complicité — est manifeste dans les relations entre le P<sup>r</sup> Collomb et ses thérapeutes, ou entre Al Djouma Seck et son marabout. A la clinique psychiatrique de l'hôpital Fann, la participation des praticiens africains à certaines phases du traitement a constitué l'une des innovations les plus originales de l'Ecole ethnopsychiatrique de Dakar : reconnaissance de l'élément culturel dans la prise en charge du malade mental, mais en

même temps, reconnaissance des guérisseurs par les savants, ce que ne manquent pas de rappeler encore aujourd'hui les thérapeutes traditionnels qui ont été associés à cette expérience. De même, la connivence s'exprime entre le guérisseur sérier Al Djouma Seck et son jeune marabout dans la relation de bienveillance mutuelle qu'ils ont tacitement établie : le premier, homme redouté pour ses pouvoirs maléfiques, reçoit du second à la fois le salut de son âme par sa conversion tardive à l'islam et la garantie de ses biens par son introduction dans les réseaux mourides ; à son tour, le marabout bénéficie à la fois des protections magiques et des dons substantiels du guérisseur ; subtil équilibre des pouvoirs que l'on peut lire dans les échanges de regards complices entre les deux hommes qui ne se connaissent pourtant que depuis peu.

Au terme de cette analyse, le médecin, le marabout et le guérisseur (ou tout autre intervenant dans le domaine de la maladie et du malheur) paraissent tous suivre une logique en quelque sorte inéluctable d'accroissement de leur pouvoir. Pouvoir sur le corps ou l'esprit — à commencer par les siens propres dans le cas du contre-sorcier ou, peut-être, de l'analyste. Pouvoir sur le monde social — dans les domaines politique, religieux, économique, symbolique. Plus généralement, pouvoir d'intervenir sur le cours des événements de la vie — biologique ou sociale. Tout se passe donc comme si les thérapeutes se situaient dans un processus d'accumulation des pouvoirs dont ils sont plus ou moins conscients et qu'ils développent plus ou moins : en effet, si le médecin qui fait de fausses interventions chirurgicales chèrement tarifées, ou le guérisseur qui exige de ses malades des cadeaux coûteux, sont, à n'en pas douter, dans un processus d'enrichissement parfaitement maîtrisé, en revanche, dans bien des cas il s'agit de mécanismes mal identifiés, aussi bien par l'individu que par le groupe — ce qui en renforce encore l'efficacité. Dans les motivations du thérapeute, ce ne sont pas nécessairement des calculs machiavéliques qui vont l'entraîner à devenir un homme de pouvoir — un grand professeur ou un grand marabout, un député ou un délégué de quartier —, mais bien souvent des stratégies vers des objectifs pouvant être tout à fait honorables. On s'étonne de voir le plus riche généraliste de Pikine faire des consultations gratuites ou le puissant chef confrérique de Touba montrer une grande générosité à l'égard des pauvres, mais on néglige qu'en faisant ces gestes spectaculaires, ils renforcent leur capital symbolique, et, plus concrètement encore leur capital politique

lorsque, dans le premier cas, ce sont des parents de marabouts influents qui bénéficient de la gratuité des soins, et que, dans le second, c'est en période pré-électorale que se déroule la distribution aux plus démunis.

Les mécanismes de production et de reproduction des savoirs viennent à l'appui de la logique d'accumulation des pouvoirs. Quand le guérisseur invoque une révélation mythique, rappelle un héritage lignager ou cite des maîtres prestigieux, il ne cherche pas simplement à expliciter la façon dont il a reçu ses connaissances : il se donne le droit d'être là et de se dire magicien. De même, quand des représentants de la médecine moderne décident de reconnaître et de valoriser les praticiens traditionnels à travers des associations, des ouvrages, des expertises, des centres de santé, ils font plus qu'exprimer une aspiration largement partagée par les Sénégalais de voir réunis les deux modèles : ils donnent à quelques guérisseurs et à eux-mêmes une autorité. C'est d'ailleurs ce qu'ont bien compris certains thérapeutes habiles qui se constituent à peu de frais, sauf d'imagination et d'opportunisme, une double légitimité — celle du savoir transmis par des ancêtres, des parents et des maîtres, et celle du savoir reconnu par des scientifiques, ou réputés comme tels.

Toutefois, en présentant toute destinée de thérapeute comme une quête de pouvoir, on s'expose à un double risque. En premier lieu, de faire accroire l'idée d'un finalisme absolu et simpliste : on ne devient médecin ou guérisseur que pour être plus puissant ou plus riche ; il n'est bien sûr pas question de s'enfermer dans une explication aussi univoque : l'authenticité des vocations n'est pas en cause ici, mais la noblesse des motivations subjectives n'exclut pas la satisfaction d'intérêts objectifs. En second lieu, de mettre sur le même plan toutes les pratiques, puisque toutes soumises à une même logique ; autrement dit, on ne ferait pas de différence entre le guérisseur qui tient sa connaissance d'un lignage illustre et ne demande qu'un don symbolique d'argent, et celui qui s'invente une généalogie du savoir et exige des sommes élevées, ou bien entre le médecin qui multiplie inutilement les actes lucratifs et celui qui exerce en toute honnêteté ; mais peut-on assigner aux sciences sociales la tâche de statuer sur des questions qui touchent à la morale et au droit ? Ici, le sociologue se borne à montrer des logiques et à dire que tout se passe « comme si ».



## CONCLUSION

---

### **Quand savoir c'est pouvoir**

Pourquoi est-on thérapeute ? et comment le devient-on ? s'était-on demandé initialement, à propos du cas de Nianguiri. Au fil de l'enquête, à mesure que s'accumulaient les biographies de thérapeutes et les récits de malades, les notes d'observation et les analyses de documents, l'objet d'étude s'est déplacé vers une interrogation plus large sur les modalités de production et de reproduction des savoirs thérapeutiques, et sur la mise en œuvre des pouvoirs autour de la maladie et du malheur : ce sont ainsi les constatations faites sur le terrain qui ont imposé un détour par les confréries musulmanes pour comprendre les circuits de la vente des médicaments, ou par les délégués de quartier pour aborder les enjeux de la participation des populations, et qui ont conduit à redécouvrir cette évidence que la santé est une chose qui dépasse largement le cadre des institutions de soins où elle est parfois confinée, et qui met en jeu des intérêts, des stratégies et des ressources sans rapport avec ceux de la médecine qui est censée la gérer. La ville, avec la concentration des hommes et l'exacerbation des inégalités qui la caractérisent, offrait à cet égard une image contrastée qui ne pouvait que susciter une réflexion de nature sociale et politique.

#### **1 | Le marché de la santé**

S'il fallait indiquer à grands traits le sens des changements que connaît aujourd'hui l'Afrique dans ce domaine, on pourrait dire que la santé s'y déploie, notamment dans les zones urbanisées, comme un

marché plutôt que comme un champ. Un « champ de la santé » supposerait en effet une certaine autonomie (plutôt contestable si l'on songe aux frontières bien mal dessinées du domaine de la santé par rapport aux champs politique ou religieux) et surtout, des enjeux et intérêts spécifiques (or, qu'ont en commun, de ce point de vue, le malade, le marabout et le président du comité de santé ?) ; en revanche, on peut penser qu'est en train d'apparaître un véritable « champ médical » où les thérapeutes auraient les soins comme activité principale (c'est évident pour les médecins et déjà pour certains guérisseurs) et surtout entreraient en relation de concurrence ou de complémentarité (comme l'ont montré les discussions sur les nouvelles formes de légitimation). Un « marché de la santé » paraît donc mieux traduire la réalité sociale, c'est-à-dire un lieu d'échange où les soignés ont le choix de leur soignant et où ne se forment que des relations contractuelles temporaires (à la différence de ce qu'on observe dans les systèmes traditionnels du don et du contre-don qui établissent entre les partenaires des rapports permanents d'obligation mutuelle) ; favorisé par le libéralisme économique et la monétarisation croissante, il fonctionne selon des règles analogues à celles du marché de l'emploi ou du marché de l'immobilier.

Alors que le champ médical se situe exclusivement du côté de l'offre de soins, le marché de la santé permet d'introduire le malade et de faire jouer les mécanismes de l'offre et de la demande. Sur le marché de la santé ainsi défini, le malade peut en effet choisir entre les herbes de l'aïeule, les remèdes magiques du guérisseur, les écrits coraniques du marabout, les médicaments modernes du vendeur ambulancier, les prescriptions ordonnées par le médecin du quartier. Sur ce marché également, les membres des comités de santé peuvent intervenir comme représentants des populations, les guérisseurs peuvent chercher à s'associer pour mieux défendre leurs intérêts professionnels, les marabouts mourides peuvent contrôler la majeure partie de la vente illicite des médicaments. Les échanges se font dans le cadre d'une économie monétaire où ce ne sont pas seulement le diagnostic et le traitement qui font l'objet de règlements en argent, mais aussi le pouvoir politique, la gestion sanitaire, le commerce pharmaceutique.

Pour rendre compte de ces interférences entre les diverses sphères du social, il faut admettre que le marché de la santé est traversé par des champs où se disputent des enjeux et des intérêts différents. Autour de ce qu'il est convenu d'appeler « la participation des populations à la santé communautaire », deux champs — le politique et le

médical — sont ainsi investis. Pour les membres des comités de santé, qui sont des notables locaux, et souvent même des délégués de quartier, c'est l'autorité sur une zone urbaine qui se joue dans le système de cooptation et l'accès aux postes stratégiques ; autrement dit, c'est une légitimation officielle dans le champ politique. Pour les responsables du Projet de soins de santé primaires, qui sont des médecins belges et sénégalais, c'est l'autorisation de parler et d'agir au nom des populations dans la perspective de programmes de santé publique ; autrement dit, c'est une légitimation populaire dans le champ médical. En analysant ainsi en termes de marché et de champ, on comprend mieux qu'il existe des enjeux et des intérêts différents, qui peuvent coïncider dans le temps parce que la situation historique s'y prête — c'est le cas au début des années quatre-vingt lorsque le gouvernement soutient avec force le développement des comités de santé —, mais qui peuvent également se disjoindre si la conjoncture politique évolue, ce dont on a peut-être des signes annonciateurs dans les positions critiques adoptées après 1985 par le Ministère de la Santé à l'égard du Projet belgo-sénégalais.

Cependant, les acteurs ne se situent pas toujours au centre de leur champ, ils peuvent évoluer sur des marges et donc être mus par des enjeux et des intérêts qui ne correspondent pas tout à fait à ceux du courant dominant. C'est ce qui se passe avec les processus actuels de légitimation des médecines traditionnelles. On a, d'un côté, des guérisseurs en quête d'honorabilité qui cherchent à obtenir par des certificats, des diplômes, des cartes, une reconnaissance légale, faute d'avoir su se donner, comme les « grands guérisseurs », une légitimité traditionnelle ; et de l'autre, des personnalités travaillant au sein des facultés de médecine ou des organisations médicales internationales, qui apportent leur concours et leur autorité à ces dispositifs d'officialisation au risque d'être à leur tour contestés par leurs pairs universitaires et médecins et de devoir chercher leur appui du côté du public et de la presse. Ainsi, c'est aux marges du champ médical en voie de constitution (en isolant les fonctions thérapeutiques des fonctions magiques, religieuses ou politiques, ces guérisseurs et leurs défenseurs officiels contribuent largement à le constituer) et du champ scientifique ébranlé par ces savoirs qui lui sont étrangers, que se rencontrent ceux qui cherchent à redéfinir les règles du jeu.

A la lumière de ces exemples, on conçoit peut-être mieux la valeur heuristique, mais aussi la vérité sociologique des concepts de marché de

la santé et de champ médical, puisqu'ils permettent de décrire non pas une situation statique mettant en relation la maladie et la médecine, mais une réalité dynamique correspondant à une évolution historique des sociétés africaines : sous l'effet de l'urbanisation, *le développement d'un marché de la santé*, là où les désordres des corps et de l'esprit mobilisaient indéfiniment un ensemble de forces sociales et de prestations économiques et *l'autonomisation d'un champ médical*, là où la maladie et le malheur impliquaient un domaine où se mêlent politique, religion, magie, parenté, etc. Qu'on entende bien : il ne s'agit pas de nier l'existence (qui est bien plus qu'une survivance), dans les cheminements diagnostiques et les démarches thérapeutiques, de phénomènes qui, comme la divination ou la sorcellerie, se réfèrent à un ensemble complexe de rapports sociaux, souvent sur plusieurs générations et en lien avec des histoires villageoises (tout cet ouvrage plaiderait en effet contre une telle interprétation) ; ce qui est en cause ici, c'est une tendance, une transformation progressive, et probablement inéluctable, des relations entre les individus et leur santé dans les sociétés africaines actuelles ; on y parle certes de génies et de rituels, mais on y va de plus en plus à l'hôpital ; on y a certes des savants dans les connaissances ancestrales, mais on y trouve de plus en plus de thérapeutes revendiquant un savoir avant tout médical. Cette évolution n'est pas sans conséquence sur les formes et les manifestations des pouvoirs des thérapeutes. Pour la comprendre, on peut se reporter au récit de Nianguiri présenté dans le prologue.

## 2 | Le pouvoir de guérir

Si Nianguiri est devenu guérisseur, c'est afin de pouvoir maîtriser le mal introduit dans son lignage par le crime de son père : il ne le dit pas, à la fois parce que le savoir noir doit être caché et parce que sa position de cadet ne l'autorise pas à parler ; c'est Hamé qui livre l'explication indirectement, en racontant pourquoi lui-même a voulu apprendre. De même que l'enfant que l'on déclare « né avec une ombre blanche » ou « né avec la chair savoureuse » et qui devient ainsi la proie des sorciers, c'est-à-dire en fait la victime des accusations de sorcellerie par ses proches, n'a guère le choix s'il veut échapper au malheur et à la mort — il doit apprendre les secrets pour devenir

contre-sorcier — de même, Nianguiri se délivre du maléfice en partant recevoir l'enseignement des guérisseurs. Sans la connaissance, il est condamné : le savoir lui donne le pouvoir.

Pouvoir immense puisque, par les moyens qu'il lui permet de mettre en œuvre contre les forces du mal, il le sauve de la mort. Pouvoir indivis, puisque les usages autres qu'il peut en faire — gagner de l'argent, rechercher du prestige, aider des hommes influents — sont accessoires et secondaires par rapport à cet usage princeps et vital. Mais n'a-t-on pas là l'origine du pouvoir de guérir ? La capacité d'intervenir sur la maladie et le malheur, c'est-à-dire sur la souffrance et sur la mort, n'est-elle pas ce qui fonde le pouvoir du thérapeute, quel qu'il soit ? Certes, toutes les affections n'ont pas le caractère dramatique de l'histoire de Nianguiri, ne mettant pas en péril l'existence du malade et n'impliquant pas une trame aussi complexe de rapports sociaux. Mais c'est moins parce qu'il soigne les plaies que le guérisseur jouit d'une notoriété que parce qu'il chasse les sorciers. Et ce sont moins ses remèdes contre la grippe qui donnent au médecin son autorité que le traitement des cancers. C'est le pouvoir de soulager la souffrance et de repousser la mort dont on le crédite qui donne au thérapeute sa reconnaissance sociale, et non pas ses seules connaissances de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie.

Ainsi devenir thérapeute est-il toujours synonyme d'acquérir du pouvoir. Pouvoir thérapeutique sur les corps et les esprits dont on tire un pouvoir social qui se traduit par du prestige, des revenus, des relations, etc. Bien entendu, le gain dépend de la qualité et de la légitimité du savoir qu'on suppose au thérapeute : ainsi, ses compétences donnent-elles moins de reconnaissance sociale à l'infirmier qu'au médecin, au contre-sorcier qu'au marabout ; pourtant, même pour un guérisseur de modeste envergure, l'investissement que représente l'apprentissage du métier apporte des bénéfices en termes de pouvoir comme dans le cas de cet homme sans travail et de statut inférieur (« esclave d'esclave ») pour lequel les connaissances thérapeutiques récemment acquises constituaient ses seules sources d'un revenu modeste et d'un prestige limité.

Pour autant, il serait simpliste de dire qu'on devient thérapeute *pour* acquérir du pouvoir : le lien entre les deux propositions est beaucoup plus subtil et diversifié ; certes il arrive que des individus choisissent explicitement cette voie pour obtenir de l'argent ou de la puissance (certains des guérisseurs, marabouts et médecins rencontrés avaient du mal à s'en cacher) ; mais le plus souvent les raisons de

cette orientation sont complexes, faisant intervenir des motivations altruistes, des influences de l'entourage, le poids de l'héritage, le choc d'une révélation (et chacune de ces raisons peut être retrouvée chez les praticiens de toutes les médecines, traditionnelles ou modernes).

Plutôt qu'à ces explications anecdotiques qui font appel à la psychologie et aux causes dont les acteurs ont eux-mêmes conscience, on a préféré dans ce livre s'attacher à montrer les mécanismes sociaux, parfois inconscients, de la reproduction des pouvoirs, c'est-à-dire de la transmission des savoirs. Le rôle de l'héritage à l'intérieur d'un lignage pour la tradition africaine, d'une filiation pour les pratiques islamiques, d'une catégorie sociale pour la médecine moderne, y est manifeste, même si l'on montre des exceptions à la règle. Mais également, la mise en œuvre, par les thérapeutes, de pouvoirs en dehors de leur champ médical, en particulier dans les domaines politique ou religieux, et à l'inverse, l'utilisation du pouvoir des thérapeutes par des politiciens ou des religieux témoignent d'une reproduction plus large des pouvoirs, dans laquelle le guérisseur soutient un candidat à une élection puis reçoit pour récompense une aide matérielle substantielle, et le médecin soigne gratuitement les parents d'un marabout qui prend un peu plus tard sa défense dans une affaire de détournement d'argent.

C'est là un fait relativement nouveau en Afrique. Tant que le pouvoir est diffus et entier — de tuer à distance, de faire voler un sorcier, de transformer un homme en singe, d'appeler une bonne pluie d'hivernage ou plus simplement de guérir un malade —, il peut intervenir logiquement dans des circonstances variées où est requis le savoir pris ici dans son sens le plus exhaustif : pour une affaire de droit foncier, pour un mariage, pour une guerre. En revanche, dès lors que s'individualise un champ médical distinct des autres instances du pouvoir — comme c'est le cas sur le marché de la santé actuellement —, le thérapeute n'a plus de légitimité en dehors de son champ, puisqu'il n'a pas de compétences particulières pour faire de la politique, prêcher à la mosquée ou gérer des affaires : la division et la différenciation des pouvoirs l'obligent donc à rechercher l'appui d'individus ou de groupes plus légitimes, constatation qui vaut d'ailleurs pour toutes les activités : la confrérie mouride en a fait depuis longtemps l'expérience avec les plus hautes autorités de l'Etat dans le cadre d'une très efficace alliance politico-religieuse. On peut relever au passage que cette séparation des pouvoirs n'est pas exclusive d'une déspecialisation des savoirs à l'intérieur d'un même champ (les guérisseurs et les mara-

bouts à tout faire sont d'autant plus en expansion que la situation économique du pays est critique et que le marché du malheur, lui, prospère).

La constitution d'un champ médical où la concurrence entre thérapeutes est plus vive mais où il y a plus à gagner, où les conditions d'exercice deviennent plus réglementées mais où des nouvelles sources de légitimation laissent plus facilement la place aux pratiques les moins orthodoxes, où les compétences des thérapeutes sont de plus en plus spécifiques mais d'où ils ont beaucoup de difficultés à ne pas sortir pour s'aventurer dans la politique, la religion ou les affaires, ainsi pourrait-on résumer la situation des médecins dans l'Afrique actuelle, celle des villes notamment. Vision synthétique qui embrasse un mouvement historique, plutôt qu'elle ne livre la réalité sociale dans la richesse et la diversité dont cet ouvrage a tenté de se faire le reflet.

Au moment de conclure, il faut une dernière fois convoquer l'autre partie : les malades. Dans cette logique des pouvoirs, quelle place leur est laissée ? A cette accélération du temps, qu'ont-ils gagné ou perdu ? Certes les indicateurs sanitaires objectifs témoignent d'améliorations sensibles — encore qu'il soit difficile de préciser ce qui, dans ces progrès, revient respectivement aux actions médicales et aux conditions de vie —, mais les bénéfices sur la santé sont mal répartis et les différences devant la mort continuent de se creuser. Certes les thérapeutes et les institutions de soins, traditionnels et modernes, se multiplient, rendant ainsi l'accès plus facile aux structures sanitaires — encore que le prix des traitements apparaisse comme un obstacle, parfois insurmontable, à se soigner —, mais la consultation chez le guérisseur ou au dispensaire ne soulage qu'imparfaitement l'attente anxieuse d'un traitement et d'une explication, aboutissant souvent à ces errances douloureuses qu'interrompt seulement le manque d'argent pour continuer.

Pourtant, si la maladie manifeste, de manière toujours cruelle, les inégalités et les pouvoirs qui structurent les sociétés africaines actuelles, et notamment celles des villes, elle fournit aussi l'occasion aux individus et aux groupes d'exprimer, dans sa diversité et sa richesse, le lien social : entraide autour d'un parent dans le besoin, solidarités dans un quartier ou dans une entreprise à l'égard d'un voisin ou d'un collègue en difficulté, mais aussi processus de recherche identitaire autour de pratiques rituelles ou d'interprétation du malheur, stratégies collectives pour faire reconnaître les droits des handicapés à travers

des associations, tactiques individuelles permettant de tirer le meilleur parti des institutions de soins disponibles. Ainsi, loin de ne faire que subir le poids des inégalités et la loi des pouvoirs, les citoyens africains parviennent-ils à opposer aux contraintes du monde urbain et aux logiques d'une économie de marché, qui s'exercent particulièrement dans le domaine de la santé, leurs capacités de résistance et d'adaptation, faisant de la ville un espace, toujours changeant et sans cesse menacé, de liberté.

## GLOSSAIRE

---

Ne sont indiqués ici que les mots wolof (ou wolofisés) les plus fréquemment rencontrés dans le texte. Pour les mots qui n'apparaissent qu'en un endroit, ils sont traduits et explicités à cette occasion. De même, pour ceux qui sont donnés dans une autre langue, essentiellement pulaar, soninké ou diola, ils trouvent également leur traduction et leur explication lors de leur apparition. La transcription utilisée correspond à la norme définie par le décret 71-556 du 21 mai 1971 cité dans l'introduction. La traduction est faite sans commentaires (pour lesquels on se référera au texte).

*aayé* : écrit coranique, notamment utilisé à des fins magiques

*addiya* : don en argent fait au marabout

*bana bana* : vendeur ambulante ou vendeur de marché

*bileejo* : contre-sorcier, terme emprunté au pulaar

*borom xamxam* : homme de savoir

*daara* : école coranique

*daayira* : association confrérique

*dēm* : sorcier-anthropophage

*fajkat* : guérisseur, soignant

*fas* : nœud sur une cordelette aux vertus magiques

*feebat* : maladie

*gaamu* : fête en l'honneur d'un grand marabout

*garab* : plantes, et par extension médicament

*jinné* : créature de la démonologie islamique

*lasaraar* : secret coranique

*ligeey* : travail et, dans le cadre de la magie, acte maléfique volontaire

*maggal* : fête célébrant le retour de captivité de Cheikh Amadou Bamba

*mawhud* : fête commémorant la naissance du Prophète

*ndēp* : rituel de possession lebou

- ndëpkat* : officiante du *ndëp*  
*njebbël* : acte de soumission du disciple à son marabout  
*rab* : esprit d'ancêtre  
*renn* : racine de plante  
*saafara* : eau bénite  
*samp* : rituel lébou  
*saraax* : aumône rituelle  
*seriñ* : marabout, originellement chef coutumier  
*seytaané* : créature de la démonologie islamique  
*sunguf* : poudre  
*taalibé* : disciple, élève  
*teéré* : amulette, grigri  
*tuur* : autel rituel  
*wird* : formule d'allégeance confrérique  
*xamxam* : savoir, connaissance  
*xaatim* : calcul magique  
*ziyara* : visite annuelle au marabout

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ackerknecht E. (1971), *Medecine and ethnology, selected essays*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1<sup>re</sup> éd. anglaise, 1946.
- Aïach P. (1974), Contradiction et ambiguïté dans la pratique du pharmacien d'officine, *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, XIV, 2, p. 43-59.
- Aïach P., Leclerc A., Philippe A. (1981), Facteurs de différenciation dans la déclaration de symptômes, *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 29, p. 27-44.
- Akesode F. A. (1982), Factors affecting the use of primary health care clinics for children, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36, p. 310-314.
- Alubo S. O. (1986), The political economy of doctors' strikes in Nigeria ; marxist interpretation, *Social Science and Medicine*, 22, p. 467-477.
- Antoine P., Manou-Savina A. (1988), Les conditions d'habitat en milieu urbain et leurs incidences sur la mortalité des jeunes enfants, *Enfants et femmes d'Afrique occidentale et centrale*, Documents et Réflexions n° 7, UNICEF, Abidjan, 41-49.
- Augé M. (1975a), *Théorie des pouvoirs et idéologie. Etude de cas en Côte-d'Ivoire*, Paris, Hermann.
- (1975b), Logique lignagère et logique de Bregbo, in *Prophétisme et thérapeutique*, C. Piault éd., Paris, Hermann, p. 221-236.
- (1982), *Génie du paganisme*, Paris, NRF, Gallimard.
- (1984), Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement, in *Le sens du mal*, M. Augé, C. Herzlich éd., Paris, Ed. des Archives contemporaines.
- (1986), L'anthropologie de la maladie, *L'homme*, XXVI, p. 77-90.
- Ba M. (1983), *Une si longue lettre*, Dakar-Abidjan, Nouvelles Editions africaines, 1<sup>re</sup> éd., 1979.

- Balandier G. (1955), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Dynamique sociale en Afrique centrale*, Paris, PUF.
- (1967), *Anthropologie politique*, Paris, PUF.
- (1969), Les relations de dépendance personnelle, *Cahiers d'Etudes africaines*, IX, 35, p. 345-349.
- (1985), *Sociologie des Brazzavilles noires*, 2<sup>e</sup> éd. augmentée, Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, 1<sup>re</sup> éd. 1955.
- Balandier G., Mercier P. (1952), *Particularisme et évolution. Les pêcheurs lébou du Sénégal*, Etudes sénégalaises, n° 3, IFAN, Saint-Louis.
- Bannerman R. H. B. (1983), Le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires, in *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, R. H. B. Bannerman, J. Burton, Ch'en Wen-Chieh éd., Genève, OMS, p. 312-321.
- Bazin J. (1985), A chacun son Bambara, in *Au cœur de l'ethnie*, J.-L. Amselle et E. M'Bokolo éd., Paris, La Découverte, p. 87-127.
- Behrman L. C. (1970), *Muslim brotherhoods and politics in Senegal*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press.
- Bernard C. (1984), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion, 1<sup>re</sup> éd. française 1865.
- Béti M. (1954), *Ville cruelle*, Paris, Présence Africaine.
- Bhely-Quenum O. (1979), *L'initié*, Paris, Présence Africaine.
- Bibeau G. (1981), The circular semantic network in Ngandi disease nosology, *Social Science and Medicine*, 158, p. 295-307.
- (1985), From China to Africa : the same impossible synthesis between traditional and western medicines, *Social Science and Medicine*, 21, p. 937-943.
- Boilat abbé D. (1984), *Esquisses sénégalaises*, Paris, Karthala, 1<sup>re</sup> éd. 1853.
- Bourdieu P. (1971), Genèse et structure du champ religieux, *Revue française de Sociologie*, XII, p. 295-334.
- (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Ed. de Minuit.
- (1980), *Le sens pratique*, Paris, Ed. de Minuit.
- (1982), *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.
- Bourdieu P., Passeron J.-C. (1964), *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Ed. de Minuit.
- Carrère F., Holle P. (1855), *De la Sénégambie française*, Paris, Firmin Didot.
- Carrin-Bouez M. (1980), Des maux et des mots, *L'homme*, XX, 3, p. 85-107.
- Cendrars B. (1947), *Anthologie nègre*, Paris, Buchet/Chastel.
- Chrisman N. J. (1977), The health-seeking process : an approach to the natural history of illness, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, p. 351-377.

- Cicourel A. V. (1985), Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 60, p. 79-88.
- Collignon R. (1984), La lutte des pouvoirs publics contre les « encombrements humains » à Dakar, *Canadian Journal of African Studies*, 18, 3, p. 573-582.
- Collomb H. (1965), Assistance psychiatrique en Afrique, expérience sénégalaise, *Psychopathologie africaine*, 1, p. 11-84.
- Copans J. (1973), *Stratification sociale et organisation du travail agricole dans les villages wolof mourides du Sénégal*, Paris, EPHE, 370 p.
- (1980), *Les marabouts de l'arachide*, Paris, Le Sycomore.
- Coulon C. (1981), *Le marabout et le prince. Islam et pouvoir au Sénégal*, Paris/Bordeaux, Pédone.
- (1983), *Les musulmans et le pouvoir en Afrique noire*, Paris, Karthala.
- Cruise O'Brien D. (1970), Le talibé mouride : la soumission dans une confrérie religieuse sénégalaise, *Cahiers d'Etudes africaines*, X, p. 562-578.
- (1971), *The mourides of Senegal. The political and economic organization of an islamic brotherhood*, Oxford, Clarendon Press.
- (1975), *Saints and politicians — Essays in the organization of a senegalese peasant society*, African studies series, London, Cambridge University Press.
- Dallemagne G. (1984), *Evaluation du dispensaire municipal II*, document ronéotypé, Pikine, 36 p.
- Deblé I., Hugon P. (1982), *Vivre et survivre dans les villes africaines*, ouvrage collectif, Paris, PUF.
- Delaunay D. (1984), *De la captivité à l'exil. Histoire et démographie des migrations paysannes dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal*, Paris, - ORSTOM.
- Diop A. B. (1965), Société toucouleur et migration, *Initiations africaines*, vol. XVIII, IFAN, Dakar.
- (1981), *La société wolof. Tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination*, Paris, Karthala.
- Diop B., Collignon R. (1979), Aspects éthiques et culturels de la psychiatrie en Afrique, *Social Science and Medicine*, 13B, p. 183-190.
- Diop M. C. (1981), Fonctions et activités des dahira mourides urbains (Sénégal), *Cahiers d'Etudes africaines*, XXI, 81-83, p. 79-91.
- Dozon J.-P. (1974), Les mouvements politico-religieux. Synchrétismes, messianismes, néo-traditionalismes, in *La construction du monde*, M. Augé éd., Paris, Maspero, p. 75-111.
- Dozon J.-P., Fassin D. (1989), Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique, *Sciences sociales et Santé*, 7 (1), p. 21-36.

- Dunn F. L. (1977), Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adoptive systems, in *Asian Medical Systems*, C. Leslie éd., Berkeley, University of California Press, p. 133-158.
- Dupire M. (1980), *Organisation sociale des Peul. Etude d'ethnographie comparée*, Paris, Plon.
- El-Bekri (1913), *Description de l'Afrique septentrionale*, Adolphe Jourdan éd., Alger, manuscrit de 1068.
- Elling R. H. (1978), Medical systems as changing social systems, *Social Science and Medicine*, 12, p. 107-115.
- Epelboin A. (1983), *Savoirs médicaux et phytopharmacopées des Fulbé Bandé et des Nyokholonké*, thèse 3<sup>e</sup> cycle en ethnologie, Paris.
- Evans-Pritchard E. E. (1976), *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford, Clarendon Press, abridged, 1<sup>re</sup> version anglaise 1937.
- Fabrega H. J. (1974), *Disease and social behavior*, Cambridge, The MIT Press.
- Fainzang S. (1984), Le regard du serpent. Réflexions sur la théorie de la contamination chez les Bisa de Haute-Volta, *L'homme*, XXIV, p. 83-89.
- (1986), *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- Fassin D. (1985), Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, *Cahiers d'Etudes africaines*, XXV, 98, p. 161-177.
- (1986a), « La bonne mère » : pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal, *Social Science and Medicine*, 23, 11, p. 1121-1129.
- (1986b), Economies « parallèles », Etat et société. La vente illicite des médicaments au Sénégal, *Politique africaine*, 23, p. 123-130.
- (1986c), La vente illicite des médicaments au Sénégal. Conséquences pour la santé des populations, *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 79, 4, p. 557-570.
- (1986-1987), Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar, *Psychopathologie africaine*, 21, 2, p. 155-176.
- (1987), Rituels villageois, rituels urbains. La reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal, *L'homme*, XXVII, 104, p. 54-75.
- (1988), *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*, thèse de doctorat en sciences sociales, Paris, EHESS.
- Fassin D., Badji I. (1986), Ritual buffoonery : a social preventive measure against childhood mortality in Senegal, *Lancet*, 1986, 18 janv. 18, p. 12-143.
- Fassin D., Fassin E. (1988), Traditional medicine and the states of legitimation in Senegal, *Social Science and Medicine*, 27, 4, p. 353-357.
- (1989), La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal, *Revue Tiers-Monde*, xxx, 120, p. 881-891.
- Fassin D., Jeannée E., Salem G., Réveillon M. (1986), Les enjeux sociaux de

- la participation des populations. Les Comités de Santé à Pikine (Sénégal), *Sciences sociales et Santé*, IV, 3-4, p. 205-221.
- Fernandes V. (1951), *Description de la côte occidentale d'Afrique*, Centro de Estudios da Guiné Portuguesa, Lisbonne, n° 11.
- Fischer C. S. (1976), *The urban experience*, New York, Harcourt Brace Jovanovich Inc.
- Foster G. M. (1974), Anthropology and sociology of medicine, *Medical Anthropology Newsletter*, 6, 1, p. 1-6.
- (1976), Diseases etiologies in non-Western medical systems, *American Anthropologist*, 78, p. 773-782.
- Fosu G. B. (1981), Disease classification in rural Ghana : Framework and implications for health, *Social Science and Medicine*, 15B, p. 471-482.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- François B. (1984), *Etude du poste de santé de Las Palmas*, Document ronéotypé, Pikine, 42 p.
- Gamble D. (1967), The Wolof of Senegambia, *Western Africa*, Part XIV, London, International African Institute.
- Garenne M., Cantrelle P., Diop I. L. (1985), Le cas du Sénégal, in *La lutte contre la mort*, J. Vallin et A. Lopez éd., INED, UIESP, Cahiers et documents n° 108, PUF, p. 307-330.
- Gesler W. M. (1979), Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria, *Social Science and Medicine*, 13D, p. 23-30.
- Gibbal J. M. (1973), Le retour au village des nouveaux citadins. Résultats d'une enquête et amorce de réflexion méthodologique, *Cahiers d'Etudes africaines*, XIII, 51, p. 549-574.
- (1974), *Citadins et villageois dans la ville africaine. L'exemple d'Abidjan*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, François Maspero.
- (1984), *Guérisseurs et magiciens du Sahel*, Paris, A. M. Métaillé.
- Gibbal J. M., Le Bris E., Marie A., Osmont A. et Salem G. (1981), Position de l'enquête anthropologique en milieu urbain africain, *Cahiers d'Etudes africaines*, XXI, p. 81-83 et 11-24.
- Glick L. B. (1967), Medicine as an ethnographic category : the Gimi of the New Guinea Highlands, *Ethnology*, 6, p. 31-56.
- Goody J. (1977), *The domestication of the savage mind*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Gravrand P. (1983), *La civilisation sérère. Cosaan. Les origines*, Dakar-Abidjan, Les Nouvelles Editions africaines.
- Gueye M., Sarr I. (1985), La mortalité infanto-juvénile in *Nuptialité et fécondité au Sénégal*, Y. Charbit, L. Gueye, S. Ndiaye éd., Cahiers n° 112, INED, Paris, PUF, p. 141-145.
- Gugler J., Flanagan W. G. (1978), *Urbanization and social change in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Press.

- Guindo S., Jeannée E., Réveillon M., N'Diaye B. (1986), *Soins de santé primaires en milieu urbain : l'exemple de Pikine*, Document ronéotypé, 8 p.
- Gutkind P. C. W. (1975), The view from below : political consciousness of the urban poor in Ibadan, *Cahiers d'Etudes africaines*, XV, 57, p. 5-35.
- Hanna W. J., Hanna J. L. (1981), *Urban dynamics in Black Africa. An interdisciplinary approach*, New York, Aldine publishing Co., 1<sup>re</sup> éd. 1971.
- Hannerz U. (1967), Gossip, networks and culture in a Black American Ghetto, *Ethnos*, 32, p. 35-60.
- (1983), *Explorer la ville*, Paris, Ed. de Minuit, 1<sup>re</sup> éd. anglaise 1980.
- Herbert D. T., Hijazi N. B. (1984), Ill-health and health care in Khar-toum/Omdurman, *Social Science and Medicine*, 18, 4, p. 335-343.
- Herzlich C. (1969), *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton.
- Hesseling G. (1985), *Histoire politique du Sénégal. Institutions, droit et société*, Paris, Karthala.
- Horton R. (1967), African traditional thought and Western science, *Africa*, 37, p. 50-71 et p. 155-187.
- Hours B. (1985), *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- Hughes C. C. (1968), Ethnomedicine, in *Medical Care, International Encyclopedia of the Social Sciences*, D. Sills éd., Mac Millan Co. and the Free Press, vol. 10, p. 87-93.
- Jancloes M., Seck B., Van de Velden L., N'Diaye B. (1982), Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires, *Forum mondial de la Santé*, 3, p. 425-429.
- Janzen J. M. (1978), *The quest for therapy in Lower Zaïre*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Jeannée E. (1986), Soins gratuits, maladie pour tous, *Développement et santé*, 62, p. 23-25.
- Jones W. T. (1977), World views and Asian Medical systems : some suggestions for further study, in *Asian Medical Systems*, C. Leslie éd., Berkeley, University of California Press, p. 383-404.
- Journet O. (1981), La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société diola de Basse-Casamance, *Journal des Africanistes*, 51, p. 98-115.
- (1985), Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Diola de Basse-Casamance, in *L'arrondissement des femmes*, N. C. Mathieu éd., *Cahiers de l'Homme*, XXIV, Paris.
- Kane C. A. (1972), *L'aventure ambiguë*, Paris, UGE 10/18, 1<sup>re</sup> éd. 1961.
- Kaufmann A. E. (1985), *La lepra y sus imagenes. Enfermedad estigmática y muerte social*, Ministerio de Trabajo y Seguridad social, Madrid.
- Kerhord J., Adam J. G. (1974), *La pharmacopée sénégalaise traditionnelle*, Paris, Vigot Frères.

- Kleinman A. (1978), Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, *Social Science and Medicine*, 12, p. 85-93.
- Koumare M. (1983), Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique, in *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, R. H. Bannerman, J. Burton, Ch'en Wen Chieh, Genève, OMS, p. 25-32.
- Kourouma A. (1970), *Les soleils des indépendances*, Paris, Seuil.
- Kroeger A. (1983), Anthropological and socio-medical health care research in developing countries, *Social Science and Medicine*, 17, p. 147-161.
- Landy D. (1977), Medical systems in transcultural perspective, in *Culture, disease and healing*, D. Landy ed., New York, Mac Millan Publishing.
- Lasker J. N. (1981), Choosing among therapies : illness behavior in the Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, 15A, 157-168.
- Le Cour Grandmaison C. (1972), Femmes dakaroises. Rôles traditionnels féminins et urbanisation, *Annales de l'Université d'Abidjan*, Série F, t. 4, Abidjan.
- Leslie C. (1977), Introduction to *Asian Medical Systems*, C. Leslie éd., Berkeley, Univ. of California Press, p. 1-12.
- Lévi-Strauss C. (1958), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon.
- (1962), *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- Maack S. (1978), *Urban change and quarter routinization in Pikine, Senegal*, Ph. D., Columbia Univ. Copy Ann Arbor Michigan, 2 vol., 754 p.
- Mac Cauley A. P. (1984), Healing as a sign of power and status in Bali, *Social Science and Medicine*, 18, 2, p. 167-172.
- Mac Lean C. M. U. (1966), Hospitals or healers ? An attitude survey in Ibadan, *Human Organization*, p. 131-139.
- Maire B., Chevassus-Agnès S., Grière B., N'Diaye T., Bénard C., Salem G. (1986), *Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Pikine*, Document ronéotypé, 5 p.
- Marie A. (1981), Marginalité et conditions sociales du prolétariat urbain en Afrique. Les approches du concept de marginalité et son évaluation critique, *Cahiers d'Etudes africaines*, XXI, 81-83, p. 347-374.
- Martin V., Becker C. (1977), Les ethnies et les religions, in *Atlas national du Sénégal*, Dakar, p. 64-73.
- Marty P. (1917), *Etudes sur l'islam au Sénégal*, t. I : *Les personnes*, Paris, Ernest Leroux Ed.
- Marwick M. (1970), *Witchcraft and sorcery*, London, Penguin.
- Marx K., Engels F. (1976), *L'idéologie allemande*, Paris, Editions Sociales, 1<sup>re</sup> éd. allemande complète 1932.
- Mauss M. (1980), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1<sup>re</sup> éd. 1950.
- M'Bokolo E. (1983), Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914, *Cahiers d'Etudes africaines*, XXII, 85-86, p. 13-46.
- Meillassoux C. (1968), *Urbanization of an African community. Voluntary associations in Bamako*, Seattle-London, Univ. of Washington Press.

- Meillassoux C. (1975), *Femmes, greniers et capitaux*, Paris, Maspéro.
- (1977), *Terrains et théories*, Paris, Anthropos.
- Mercier P. (1954), Aspects de la société africaine dans l'agglomération dakaroise : groupes familiaux et unités de voisinage, *Etudes sénégalaises*, 5, p. 11-40.
- (1973), Quelques remarques sur le développement des études urbaines, *Cahiers d'Etudes africaines*, XIII, 51, p. 397-404.
- Michel J. M. (1985), Why do people like medicines? A perspective from Africa, *Lancet*, 26 janv., p. 210-211.
- Mitchell J. C. (1956), The Kalela Dance, *Rhodes Livingstone Papers*, n° 27, Manchester, Manchester University Press.
- (1965), The meaning of misfortune for urban Africans, in *African systems of thought*, M. Fortes, G. Dieterlen éd., Oxford, IAL, p. 192-203.
- Mitrani P. (1984), Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine, *L'homme*, XXII, p. 93-104.
- Monteil C. (1931), La divination chez les Noirs de l'Afrique occidentale française, *Bulletin du Comité d'Etudes historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, XIV, 1-2, p. 27-136.
- Monteil V. (1966), *Esquisses sénégalaises*, Dakar, IFAN.
- (1980), *L'islam noir. Une religion à la conquête de l'Afrique*, Paris, Seuil.
- Morice A. (1987), Ceux qui travaillent gratuitement : un salaire confisqué, in *Classes ouvrières d'Afrique noire*, M. Agier, J. Copans, A. Morice éd., Paris, Karthala.
- Nicolas G. (1978), L'enracinement ethnique de l'islam au sud du Sahara. Etude comparée, *Cahiers d'Etudes africaines*, XVIII, 71, p. 347-377.
- Odeye M. (1983), *La dynamique urbaine et les associations dans le mouvement social africain. Etude comparative des cas de Brazzaville et de Dakar*, thèse de 3<sup>e</sup> cycle en sociologie, EHESS, Paris.
- Ortigue M.-C. et E. (1984), *Ædipe africain*, Paris, L'Harmattan, 1<sup>er</sup> éd. 1966.
- Oyebola D. D. O. (1981), Professional associations, ethnics and discipline among Yoruba traditional healers of Nigeria, *Social Science and Medicine*, 158, p. 87-92.
- Parsons T. (1951), *The social system*, Glencoe, The Free Press.
- Paulme D. (1971), Introduction à *Classes et associations d'âge en Afrique de l'Ouest*, D. Paulme éd., Paris, Plon, p. 9-23.
- Pélissier P. (1966), *Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance*, Saint-Yrieix, Imprimerie Fabrègue.
- Piault C. (1975), Albert Atcho et son monde, in *Prophétisme et thérapeutique*, C. Piault éd., Paris, Hermann, p. 27-85.
- Pierret J. (1984), Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault, in *Le sens du mal*, M. Augé et C. Herzlich éd., Paris, Ed. des Archives contemporaines, p. 217-256.

- Pouillon J. (1975), Malade et médecin. Le même et/ou l'autre ?, in *Fétiches sans fétichisme*, J. Pouillon éd., Paris, Maspéro, p. 77-103.
- (1979), Remarques sur le verbe « croire », in *La fonction symbolique*, M. Izard et P. Smith éd., Paris, Gallimard, p. 43-51.
- Press I. (1980), Problems in the definition and classification of medical systems, *Social Science and Medicine*, 14B, p. 45-57.
- Rabain J. (1979), *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Paris, Payot.
- Rasenberg A. P. (1973), *L'habitat du grand nombre. Une étude sur les équipements médicaux de base à Pikine, région du Cap-Vert, Sénégal*, Document ronéotypé, Dakar, 127 p.
- Raynaut C. (1987), Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger, *Politique africaine*, 28, p. 42-52.
- Réveillon M. (1987), *Aspects économiques et financiers de la participation des populations au développement des services de santé de base à Pikine (Sénégal)*, Bruxelles, Medicus Mundi-Belgium.
- Rivers W. H. R. (1924), *Medicine, magic and religion*, New York, Harcourt and Brace.
- Sahlins M. (1963), Poor Man, Rich Man, Big Man, Chief : Political Types in Melanesia and Polynesia, *Comparative Studies in Society and History*, 5, p. 285-303.
- Salem G. (1981), De la brousse sénégalaise au Boul'Mich : le système commercial mouride en France, *Cahiers d'Etudes africaines*, XXI, 81-83, p. 267-288.
- Sankale M., Thomas L. V., Fougeyrollas P. (1968), *Dakar en devenir*, Dakar, Présence Africaine.
- Santos M. (1971), *Les villes du Tiers Monde*, Paris, M. Th. Génin Ed.
- Sautter G. (1973), Recherches en cours sur les villes d'Afrique noire : thèmes et problèmes. Le point de vue d'un géographe, *Cahiers d'Etudes africaines*, XIII, 51, p. 405-416.
- Schulpen T. W. J., Swinkels W. J. A. M. (1980), Machakos Project Studies. XIX. The utilization of health services in a rural area of Kenya, *Tropical and Geographical Medicine*, 32, p. 340-349.
- Scotch N. C. (1963), A medical anthropology, in *Biennial Review of Anthropology*, J. B. Siegel éd., Stanford, Stanford University Press, p. 30-68.
- Seck A. (1970), *Dakar, métropole ouest-africaine*, Dakar, IFAN.
- Sembène O. (1966), *Le mandat*, Paris, Présence Africaine.
- (1973), *Xala*, Paris, Présence Africaine.
- Sindzingre N. (1984), La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo, in *Le sens du mal*, M. Augé et C. Herzlich éd., Paris, Ed. des Archives contemporaines, p. 93-122.
- Sindzingre N., Zempléni A. (1981), Modèles et pragmatique, activation et ré-

- pétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte-d'Ivoire, *Social Science and Medicine*, 15B, p. 279-293.
- Sindzingre N., Zempléni A. (1982), Anthropologie de la maladie, *Bulletin d'Ethnomédecine*, 15, p. 3-22.
- Skinner E. P. (1975), Competition within ethnic systems in Africa, in *Ethnicity and resource competition in plural societies*, L. A. Després éd., Paris-La Haye, Mouton, p. 137-157.
- Sow C. (1983), *Cycle de sécheresse*, Paris, Seuil.
- Sow Fall A. (1979), *La grève des battù*, Dakar-Abidjan, Nouvelles Editions africaines.
- Sow-Sarr F. (1984), *Heurs et malheurs de l'animation sanitaire, le cas de Médina-Gouanasse*, Mémoire de DEA en Sciences de l'Environnement, Dakar, 111 p.
- Sperber D. (1979), La pensée symbolique est-elle prérationnelle ?, in *La fonction symbolique*, M. Izard et P. Smith éd., Paris, NRF, Gallimard.
- (1982), *Le savoir des anthropologues*, Paris, Hermann.
- Sy C. T. (1969), *La confrérie sénégalaise des mourides. Un essai sur l'Islam au Sénégal*, Paris, Présence Africaine.
- Sylla A. (1984), *Seydina Issa Rouhou Lahi, fils du Mahdi*, document ronéotypé, IFAN, Université de Dakar, 32 p.
- Tall E. K. (1984), *Guérir à Cubabel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal*, thèse de 3<sup>e</sup> cycle en ethnologie, EHESS, Paris.
- (1985), Le contre-sorcier haalpulaar, un justicier hors la loi, *Sciences sociales et Santé*, III, 3-4, p. 131-150.
- Terray E. (1978), L'idéologie et la contradiction, *L'homme*, XVIII, 3-4, p. 123-138.
- (1979), *Le marxisme devant les sociétés « primitives »*, Paris, Maspéro.
- (1986), L'Etat, le hasard et la nécessité. Réflexions sur une histoire, *L'homme*, p. 97-98, réédition Livre de Poche, p. 234-248.
- Thomas L. V. (1958), *Les Diola. Essai d'analyse fonctionnelle sur une population de Basse-Casamance*, 2 t., Dakar. IFAN.
- Thoré L. (1964), *Dagoudane-Pikine : étude sur l'évolution et les problèmes du groupe familial en ville*, thèse de 3<sup>e</sup> cycle, Paris, Sorbonne.
- Trincas J. (1981), *Colonisations et religions en Afrique noire. L'exemple de Zinguinchor*, Paris, L'Harmattan.
- Turner V. W. (1972), *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*, Paris, Gallimard, 1<sup>re</sup> éd. anglaise 1968.
- Van Gennep A. (1981), *Les rites de passage*, Paris, Picard, 1<sup>re</sup> éd. 1909.
- Vernière M. (1977), *Volontarisme d'Etat et spontanéisme populaire dans l'urbanisation du Tiers Monde. Formation et évolution des banlieues dakaroises. Le cas de Dagoudane-Pikine*, Mémoire de géographie, Bibliothèque nationale, Paris.

- Wane Y. (1969), *Les Toucouleur du Fouta Tooro (Sénégal). Stratification sociale et structure familiale*, Dakar, IFAN.
- Weber M. (1959), *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1<sup>re</sup> éd. allemande 1919.
- (1978), *Economy and society*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1<sup>re</sup> éd. allemande 1921.
- (1982), *La ville*, Paris, Aubier-Montaigne, 1<sup>re</sup> éd. allemande 1937.
- Wellin H. (1977), Theoretical orientations in medical anthropology : continuity and change over the last half-century, in *Culture, disease and healing*, D. Landy ed., New York, Mac Millan Publishing, p. 47-58.
- Wone I. (1984), *Première analyse d'indicateurs de santé à partir des statistiques officielles du ministère de la Santé publique de 1960 à 1979*, Cahiers Madesahel n° 1, Dakar.
- Zempléni A. (1966), La dimension thérapeutique du culte des rabs. Ndop, tuuru, samp. Rites de possession chez les Lébou et les Wolof, *Psychopathologie africaine*, 2 (3), p. 295-440.
- (1968), *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, thèse de 3<sup>e</sup> cycle en ethnologie, Paris.
- (1974), Du symptôme au sacrifice. Histoire de Khady Fall, *L'homme*, XIV, 2, p. 31-77.
- (1975), De la persécution à la culpabilité, in *Prophétisme et thérapie*, C. Piault éd., Paris, Hermann, p. 155-218.
- (1981), Réponse à D. D. O. Oyebola, *Social Science and Medicine*, 15B, p. 101-102.

Ne sont pas référencés ici tous les documents concernant le Projet Pikine, rapports annuels, notes de service, comptes rendus de réunions, procès-verbaux d'assemblées, documents parfois d'un grand intérêt, mais qu'il eût été fastidieux de répertorier ici, d'autant que la plupart ne sont plus trouvables.

Imprimé en France  
Imprimerie des Presses Universitaires de France  
73, avenue Ronsard, 41100 Vendôme  
Janvier 1992 — N° 36 681

COLLECTION

---

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

*L'automédication*, Nelly Molina

*La psychiatrie devant la qualité de l'homme*, René Angelergues

*Le sperme du diable*, Tobie Nathan

*La mutilation*, Michel Erlich

*Figures de la dépendance autour d'Albert Memmi*,  
sous la direction de Catherine Dechamp-Le Roux

*Pouvoir et maladie en Afrique*, Didier Fassin

La maladie et son traitement, dans toutes les sociétés, sont objet de savoirs et enjeu de pouvoirs. Dans les villes africaines, les savoirs de l'herboriste, du marabout et du médecin sont en situation de rivalité en même temps que d'échange, et les pouvoirs du thérapeute interviennent dans les champs politique, religieux et économique ; la santé y devient un marché où se nouent des relations contractuelles et transitoires entre le malade et le soignant.

Partant du récit initiatique de Nianguiri, devenu guérisseur pour échapper au mal, l'auteur propose un voyage aux confins de Dakar dans le monde de la sorcellerie et de la divination, dans les réseaux de la vente illicite des médicaments et les arcanes des comités de santé, à la recherche des logiques sociales du pouvoir de guérir.

Didier Fassin, né en 1955, a travaillé successivement comme médecin et anthropologue dans plusieurs pays d'Afrique et d'Amérique latine. Maître de conférences en sociologie à l'Université Paris XIII, il poursuit actuellement des travaux sur les aspects sociaux, culturels et politiques de la maladie et de la santé dans le Tiers Monde.

# LES CHAMPS DE LA SANTÉ

A un moment où les interactions entre santé, culture et société s'imposent comme une évidence, cette collection a pour objectif de jeter les bases d'une réflexion transdisciplinaire originale sur le vaste domaine des pratiques professionnelles et sociales de ce champ.

Pierre Cornillot, président de l'Université Paris-Nord, a créé la Faculté de Médecine et de Biologie humaine de Bobigny. A partir de la biochimie, il s'est impliqué dans l'étude des interactions entre les facteurs écologiques, biologiques, psychologiques et somatiques dans le domaine de la santé.

Serge Lebovici, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant à l'Université Paris-Nord, est psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris.

